

Comportamiento del asma bronquial en Cuba e importancia de la prevención de las enfermedades alérgicas en infantes

Anselmo Abdo Rodríguez¹ y Manuel Cué Brugueras²

RESUMEN

El asma es una enfermedad frecuente que continúa siendo difícil de diagnosticar, sobre todo en la primera infancia; y además, es de difícil tratamiento, a pesar de los avances medicamentosos de los últimos años. Por tales razones, las organizaciones de salud pública y los organismos que se ocupan de ella a nivel mundial, cada día enfocan su atención, fundamentalmente, al capítulo de la prevención, particularmente, en el niño propenso a ser asmático. Se analizan las estadísticas relacionadas con el asma bronquial de los años 2001-2004 en Cuba, específicamente en lo referente a: prevalencia en pacientes dispensarizados por asma según grupos de edad y sexo; número de pacientes dispensarizados por asma según grupos de edad; tasa de prevalencia de pacientes dispensarizados por asma según provincias; así como las principales causas de egresos hospitalarios con diagnóstico de asma según estado al egreso. Se presentan recomendaciones prácticas para la prevención de enfermedades alérgicas en infantes con riesgo.

Palabras clave: Asma, Cuba, estadísticas del asma, prevalencia del asma, prevención del asma.

El asma es una enfermedad frecuente que continúa siendo difícil de diagnosticar, sobre todo en la primera infancia; y es además de difícil tratamiento, a pesar de los avances medicamentosos de los últimos años. Clínicamente, es una obstrucción bronquial del flujo aéreo, por un proceso inflamatorio alérgico, en el que los alérgenos inhalantes como el ácaro del polvo doméstico, los hongos del ambiente (anemófilos) y los alérgenos alimentarios (leche, huevo, mariscos, cereales, etc.) son las causas más frecuentes en los pacientes sensibilizados, pero donde, también, intervienen otros factores no específicos, como el humo de tabaco, los polvos y el humo de los químicos, las infecciones respiratorias y los cambios climáticos, que tienen un papel importante en provocar las crisis de asma. Todo esto se complica si están presentes en el paciente factores genéticos de atopia, o una disfunción de los mecanismos inmunopatológicos de regulación celular, con la intervención de citocinas, interleucinas y moléculas de adhesión, que hacen más compleja la fisiopatología del paciente asmático.¹⁻³

Por tales razones, las organizaciones de salud pública y los organismos que se ocupan de esta enfermedad a nivel mundial, cada día enfocan su atención, fundamentalmente, al capítulo de la prevención, sobre todo, en el niño propenso a ser asmático, con los que hay que comenzar por intervenir en la prevención desde la madre alérgica y su embarazo, el desarrollo embrionario, el recién nacido y los primeros años de vida.^{4,5} Es por ello, que entre los objetivos de este trabajo, nos trazamos:

- Conocer la situación estadística de esta patología en Cuba.

- Valorar los factores específicos e inespecíficos que provocan las crisis de asma, ajustadas a nuestras realidades ambientales, los hábitos alimentarios y la situación socio-económica.
- Conocer las medidas de prevención, que de un modo general, puedan ser aplicadas por los pacientes y en el nivel de atención asistencial primaria.

Se revisaron los anuarios estadísticos de los años 2001 a 2004, elaborados por la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadística del MINSAP, en los que se presentan indicadores organizados por territorios, edad y sexo, con información demográfica, morbilidad y mortalidad. Los datos provienen de las salidas del sistema de información estadístico del sector salud, y del Centro de Estadísticas de Población y Desarrollo de la Oficina Nacional de Estadísticas.

Las estadísticas de morbilidad y mortalidad se recogen acorde con la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), implantada en el país el 1ro. de enero de 2000,⁶⁻⁹ y se analizaron las tablas relacionadas con el asma bronquial de los años 2001 a 2004 en lo referente a:

- Prevalencia en pacientes dispensarizados por asma según grupos de edad y sexo.
- Número de pacientes dispensarizados por asma según grupos de edad.
- Tasa de prevalencia de pacientes dispensarizados por asma según provincias.
- Principales causas de egresos hospitalarios con diagnóstico de asma, según estado al egreso.

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la prevención del asma, por considerarla la estrategia más importante en su control.

DESARROLLO

El sistema estadístico de salud cubano, utiliza el método de registro continuo y la aplicación de encuestas por muestreo, con cobertura nacional. Cuenta con un departamento de registros médicos y estadísticas en todas las unidades e instituciones de salud del país, así como en las estructuras municipales, provinciales y a nivel nacional.

Como puede observarse en la tabla 1, en sentido general, el número de pacientes asmáticos se ha ido incrementando anualmente, sobresaliendo los grupos de edades de 5 a 9 años de edad con 149,7, y los de 10 a 14 con 137,1 en 2004; aunque es oportuno agregar que estas cifras también se justifican por el incremento en la asistencia médica a nivel primario, con nuevos consultorios del Médico de Familia y los policlínicos regionales.

TABLA 1. Prevalencia en pacientes dispensarizados por asma según grupos de edades

Grupos de edades	2001			2002			2003			2004		
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
< 1	25,2	21,9	23,7	29,3	22,4	25,9	23,1	23,3	23,2	25,5	22,9	24,2
1 - 4	108,7	91,8	100,7	113,2	97,6	105,6	112,7	97,2	105,1	112,9	98,5	105,9
5 - 9	131,7	114,3	23,5	137,9	119,3	128,9	140,1	122,2	131,4	158,0	140,9	149,7

10 - 14	133,2	117,9	126,0	138,6	122,6	130,8	139,7	124,0	132,1	144,0	129,8	137,1
15 - 24	113,9	106,7	110,6	118,4	109,5	114,0	122,5	113,3	118,0	124,2	118,6	121,5
25 - 59	52,5	68,7	60,7	54,9	72,7	63,9	56,5	73,4	65,0	56,8	73,7	65,3
60 - 64	112,3	126,6	119,8	127,3	136,6	132,0	129,4	144,4	137,0	123,9	137,9	131,0
65 o más	49,8	58,0	54,2	53,3	63,1	58,4	56,6	66,2	61,6	55,1	63,9	59,7
Total	78,0	82,6	80,3	83,1	86,8	84,4	83,8	88,6	86,2	84,7	90,2	87,4

Tasa x 1 000 hab según sexo y edad.

Fuente: Anuarios Estadísticos de Salud. 2001-2004.

El asma en la primera infancia, en la mayoría de los casos, es provocada por factores multicausales, que van desde factores específicos como los alérgenos (ácaros del polvo doméstico, hongos anemófilos, alérgenos alimentarios, etc.), hasta factores no específicos como procesos infecciosos virales de las vías respiratorias altas, el humo de tabaco y los cambios climáticos.¹⁰⁻¹³ Por todo ello, existe un marcado aumento de la prevalencia de asma durante los primeros años de vida hasta los 14 años de edad.

En el año 2004 se encontró una tasa de prevalencia de 87,4 por 1 000 habitantes, con un estimado de 980 210 pacientes asmáticos, lo cual según la cantidad de habitantes en el país, da un índice de prevalencia de asma de 8,7 % (tabla 2), cifra similar a la del estudio realizado por la Comisión Nacional de Asma en 1982 (Comisión Nacional de Asma. Estudio de la prevalencia en San Antonio de los Baños. 1982).

TABLA 2. Número de pacientes dispensarizados por asma según grupos de edad

Grupos de edades (en años)	No.de pacientes asmáticos dispensarizados
< 1	11 991
1 - 4	50 183
5 - 14	136 867
15 - 49	530 070
50 - 59	105 528
60 y más	145 571
Total	980 210- 8,7 % por total de hab

Cuando comparamos estas cifras con estudios realizados en pacientes asmáticos, sobre la incidencia o prevalencia del asma y la intensidad de las crisis, encontramos una similitud en las cifras de pacientes recogidas por encuestas o estudios de tesis de grado.¹⁴ (Ochoa M, Estruch I, Ginard A, Alfonso L. Factores de riesgo de muerte por asma bronquial. Centro Habana y Habana Vieja, 2005. Tesis de Grado).

Valoramos, además, la tasa de prevalencia en pacientes dispensarizados por asma por provincias, haciendo un cálculo del número de pacientes asmáticos según su número de habitantes y la tasa de prevalencia (tabla 3), lo cual nos permitirá poder analizar, en cada provincia, las medidas de prevención de las crisis de asma que se pueden aplicar, así como el estimado de medicamentos de rescate y preventivos de las crisis de asma.

TABLA 3. Tasa de prevalencia de pacientes dispensarizados por asma según provincias

Provincias	Tasa	No. estimado de pacientes
Pinar del Río	90,7	66 147
La Habana	109,2	78 303
Ciudad de La Habana	105,4	232 116
Matanzas	88,5	59 574
Villa Clara	80,7	66 049
Cienfuegos	76,1	30 218
Sancti Spíritus	73,8	34 101
Ciego de Ávila	69,7	28 871
Camagüey	96,2	75 591
Las Tunas	91,9	48 529
Holguín	93,4	95 728
Granma	73,9	61 042
Santiago de Cuba	59,9	62 309
Guantánamo	70,5	17 859
Isla de la Juventud	74,8	6 435
Total	87,4	980 210

Tasa x 1000 hab

En la tabla 4 observamos una disminución de los ingresos hospitalarios por asma y egresos por fallecimiento entre el 2001 y el 2004. Esto está relacionado con una mejor atención primaria y de urgencia al paciente asmático, debido al incremento en todos los municipios de los servicios médicos, en lo cuales existe un área de urgencias y un sistema de ambulancias médicas (SIUM) con equipamiento de atención y reanimación, así como un personal médico y paramédico entrenado.^{5,14,15}

TABLA 4. Principales causas de egresos hospitalarios con diagnóstico de asma, según estado al egreso

2001			2002			2003			2004		
Estado al egreso (%)			Estado al egreso (%)			Estado al egreso (%)			Estado al egreso (%)		
Vivo	Fallecido	Total	Vivo	Fallecido	Total	Vivo	Fallecido	Total	Vivo	Fallecido	Total
3,0	0,2	2,9	3,0	0,1	2,9	2,8	0,1	2,7	2,7	0,1	2,6

Importancia de la relación entre la sensibilización alérgica y el asma

En estos últimos años se reporta a nivel mundial un aumento en la prevalencia del asma infantil, y nuestro país no es una excepción.^{14,16,17} Actualmente se plantea el concepto de “teoría de la higiene” para prevenir la sensibilización a alérgenos en el niño alérgico o controlar el curso de la enfermedad en los primeros años de vida. Con los conocimientos y medidas de los factores desencadenantes desde las primeras etapas de existencia, comenzando por la madre alérgica embarazada, las primeras semanas de

nacido del niño con riesgo alérgico, así como sus primeros años de vida, pudiera lograrse una prevención de las enfermedades alérgicas y el asma bronquial.^{2,3,13,18-22}

Las medidas de prevención expuestas en el anexo deben ser explicadas, no solo por el especialista en alergia, neonatología o pediatría, sino también en la APS por el especialista de medicina general integral, sobre todo en las primeras etapas.

Anexo

Recomendaciones prácticas para la prevención de enfermedades alérgicas en infantes con riesgo.

I. Madre durante el embarazo	Dieta alimentaria balanceada, rica en vitaminas y minerales. Suprimir hábito de fumar y evitar inhalar humo de fumadores.
II. Madre alérgica durante el embarazo	Igual y, además, supresión de alimentos conocidos que le provoquen crisis de alergia.
III. Madre durante la lactancia	Reducción de alimentos conocidos como alergénicos durante la lactancia (huevo, pescado, cítricos, soya, trigo, chocolate, etc.). Ingerir vitamina C.
IV. Recién nacido atópico	Lactancia materna de 4 a 6 meses. No alimentación adicional al estilo de fórmulas basadas en proteínas de leche de vaca o soya, trigo, cereales. Si son necesarios los suplementos de leche materna, usar las hipoalérgicas. Introducir leche fresca de vaca, huevo, cereales, soya, cítricos y pescado, después del año de edad.
V. Factores medioambientales	No fumar en el ambiente del niño. Disponer de un ambiente para que el niño duerma lo más higiénico posible y con buena ventilación. No usar colchas, cortinas, ni alfombras. No permitir animales domésticos, ni pájaros, ni olores irritantes en el ambiente del niño. No llevarlo a lugares donde haya aglomeración de personas.

SUMMARY

Behavior of bronchial asthma in Cuba and importance of the prevention from allergic diseases in infants

Asthma is a frequent disease that is still difficult to diagnose, mainly in early childhood. It is also difficult to treat, in spite of the medical advances attained in the last years. For these reasons, the health public organizations and the bodies having to do with it at the world level focus their attention mainly on prevention, particularly in the child that is prone to be asthmatic. The statistics related to bronchial asthma from 2001 to 2004 in Cuba, specially what refers to the prevalence in patients suffering from asthma categorized by age and sex, the number of asthmatic patients categorized by age groups, the rate of prevalence of asthmatic patients categorized by province, as well as the main causes of hospital discharges with asthma diagnosis according to their state at discharge, are analyzed. Practical recommendations are given for the prevention of allergic diseases in infants at risk.

Key words: Asthma, Cuba, asthma statistics, asthma prevalence, asthma prevention.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Smith JM. Atopy and asthma: an epidemic of unknown cause. *J.Allergy Clin Immunol.* 2005. Jul, 116(1):231-2.
2. Arshad SH. Primary prevention of asthma and allergy. *J.Allergy Clin Immunol.* 2005 Jul, 116(1):3-14.
3. Holt PG, Upham TW, Sly PD. Contemporaneous maturation of immunologic and respiratory function during early childhood: implications for development of asthma prevention strategies. *J.Allergy Clin Immunol.* 2005, Jul: 116(1):16-24.
4. Chan-Young M, Ferguson A, Watson W. et al. The Canadian childhood asthma primary prevention study: outcomes at 7 years of age. *J.Allergy Clin Immunol.* 2005, Jul:116 (1): 49-55.
5. Matsui T. Sudden asthma death: etiology and prevention. *Rev Japaness* 2005, July: 63(7): 1214-9.
6. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadística. Anuario Estadístico de Salud Pública 2001. Ministerio de Salud Pública: Ciudad de La Habana , 2002. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/temas.php?idv=3264>
7. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadística. Anuario Estadístico de Salud Pública 2002. Ministerio de Salud Pública: Ciudad de La Habana, 2003. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/temas.php?idv=3264>
8. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadística. Anuario Estadístico de Salud Pública 2003. Ministerio de Salud Pública: Ciudad de La Habana, 2004. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/temas.php?idv=3264>
9. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadística. Anuario Estadístico de Salud Pública 2004. Ministerio de Salud Pública: Ciudad de La Habana, 2005. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/temas.php?idv=3264>
10. Busse TJ, Wang JJ, Halm EA. Allergen sensitisation evaluation and allergen avoidance education in an inner city adult cohort with persistent asthma. *J.Allergy Clin Immunol.* 2005, Jul, 116 (1): 146-52.
11. Martignon G, Oryszczyn MP, Annesi-Maesano T. Childhood immunization against infections diseases protec from the development of atopic disease? *Pediatr Allergy Clin Immunol.* 2005 May; 16(3):193-200.
12. Nja F, Nystad W, Lodrup J et al. Effects of early intake of fruit or vegetables in regulations to later asthma and allergy sensitisations in school-age children. *Acta Paedriatr* 2005, Feb, 94(2):147-54.
13. Cantan A, Micera M. Epidemiology of passive smoke: a prospective study in 589 children. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2005 Jan-Feb, 9 (1): 23-30.
14. Neffen H, Fritscher C, Schacht FC et al. Asthma control in Latin America. The asthma in sights and reality in Latin America (AIRCA). Survey. *Rev. Panam Salud Publica.* 2005, Mar. 17(3):191-7.
15. Berer A, Jana IA, Sabbah A. Atopics and environmental risks factors associated with asthma in school children. *Allergy Immunol.*2005. May. 37(5): 163-8.
16. Arshad SH, Kurukulaaratchy RJ, Fenn M, Mathew S. Early life risk factors for current wheeze, asthma, and bronchial hyperresponsiveness at 10 years of age. *Chest,* 2005; 127:502-8.
17. Romei I, Boner AL. Possible reasons for lack of effect of allergen avoidance in atopy prone infants and sensitive asthmatic patients. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2005 Feb. 28(1):59-71.
18. O'Connor GT. Allergen avoidance in asthma: What do we do now? *J Allergy Immunol* 2005 Jul; 116(1):25-30.

19. De Vereux G, Seatno A. Diet as a risk factor for atopy and asthma. *J. Allergy Clin Immunol* 2005, Jun. 115 (6): 1109-17.
20. Thompson J. Breast feeding: benefits and implications. *Community Pract.* 2005 Jun; 78 (6):218-9.
21. Friedman NJ, Zeiger RS. The role of breast-feeding in the development of allergies and asthma. *J. Allergy Clin Immunol* 2005, Jun. 115(6):1238-48.
22. Becker AB. Primary prevention of allergy and asthma is possible. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2005 Feb, 28(1):5-16.

Recibido: 23 de mayo de 2006. Aprobado: 30 de mayo de 2006.

Dr. *Anselmo Abdo Rodríguez*. Hospital Universitario "Calixto García", Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba.

¹Especialista de II Grado en Alergología. Profesor Auxiliar de Medicina Interna del Hospital Universitario "Calixto García".

²Licenciado en Ciencias Farmacéuticas. Especialista en Información Científica y Técnica de Infomed, CNICM.