

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con asma bronquial en un consultorio rural de Chivirico

Clinical and epidemiological characterization of patients with bronchial asthma in a rural doctor's office in Chivirico

MsC. Carlos Luis Milán Lemus,¹ MsC. Andrés García Arpajón,² Dra. Milagros V. Font Difourt,³ Dr. Ricardo Grant López⁴ y Dra. Leidyana Ruiz Martín⁵

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de I Grado en Medicina Interna. Máster en Urgencias Médicas. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

⁴ Especialista de I Grado en Nefrología. Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora", Santiago de Cuba, Cuba.

⁵ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Diplomado en Urgencias y Emergencias Médicas. Consultorio Médico de la Familia "El Mazo", Guamá, Santiago de Cuba, Cuba.

Resumen

Se hizo un estudio descriptivo y transversal de 45 pacientes asmáticos, mayores de 15 años, pertenecientes al consultorio médico de la familia "El Mazo" en Chivirico, municipio de Guamá, desde enero hasta diciembre de 2006, ambos meses inclusive, con vista a caracterizarles para conocer cómo se manifestaba el asma bronquial en esta zona rural y se obtuvo una mayor incidencia de la enfermedad en las personas de 15 a 24 años y del sexo masculino. La generalidad de los encuestados tenían un bajo nivel de escolaridad y el mayor porcentaje de ellos presentó un estadio ligero intermitente del cuadro clínico. También se observó que el hábito de fumar, el género de vida regular y la ausencia del tratamiento intercrisis fueron los factores de riesgo más frecuentes en la casuística.

Palabras clave: asma bronquial, factores de riesgo, hábitos tóxicos, género de vida, tratamiento intercrisis, atención primaria de salud

Abstract

A descriptive and cross-sectional study was carried out in 45 asthmatic patients over age 15, belonging to "El Mazo" family doctor's office in Chivirico, Guamá municipality, from January to December, 2006, including both months, with the purpose of characterizing them to know how evident bronchial asthma is in this rural area. A higher

incidence of the disease was obtained in male patients between 15 and 24 years. Most of the respondents had a low educational status and the highest percentage of them presented with an intermittent mild stage of the clinical pattern. It was also noted that smoking, a regular mode of life and the absence of intercrisis treatment were the most frequent risk factors in the case material.

Key words: bronchial asthma, risk factors, toxic habits, mode of life, intercrisis treatment, primary health care

INTRODUCCIÓN

El asma bronquial es una enfermedad de distribución universal. Su presencia es más frecuente en las islas que en los continentes y tiene una elevada incidencia en la práctica médica diaria.^{1, 2}

Ya desde antes de nuestra era, Hipócrates realizó la caracterización más antigua de los pacientes con esa afección, completada por Areteo de Capadocia, cuando aún esta se desconocía. Esa enfermedad crónica no transmisible se presenta tanto en niños como en adultos, con plenas capacidades educacional o laboral, y puede comprometer la vida de quien la padece si no se previene y atiende debidamente. Se define como una entidad clínica crónica, inflamatoria, de origen multifactorial, caracterizada por hiperreactividad bronquial, que causa episodios recurrentes de sibilancia, disnea, opresión torácica y tos, especialmente durante la noche. Tales síntomas se asocian habitualmente a un grado variable de obstrucción de las vías aéreas que, con frecuencia, es reversible, ya sea de forma espontánea o mediante tratamiento.^{2, 3}

Actualmente, el asma bronquial se manifiesta como un padecimiento de creciente ascenso, que eleva su prevalencia al presentarse como la más común de las afecciones crónicas en la población adulta e infantil del mundo desarrollado, donde la padecen más de 5 % de sus pobladores.^{1, 2} Se estima que esta enfermedad provoca entre 1 y 2 millones de muertes por año y se calcula un gasto entre 20 y 30 billones de dólares estadounidenses en los servicios de salud para sufragar sus perjuicios.⁴⁻⁶

Según estudios efectuados en 1967 en diferentes regiones de Cuba,^{7, 8} entre 9 y 10 % de la población padecía asma bronquial. Luego, las investigaciones realizadas por Rodríguez de la Vega^{8, 9} revelaron una prevalencia de la afección en la población cubana de 8,2–8,5 % en el área urbana y 7,5 % en la rural, aunque se obtuvieron valores superiores a la media nacional en las zonas marítimas e inferiores en las montañosas.

Hasta 1930, el asma bronquial se consideraba una enfermedad de baja mortalidad; pero a partir de entonces se incrementó su ocurrencia, lo cual resultó inesperado y paradójico si se tienen en cuenta los adelantos médicos producidos en la segunda mitad del siglo pasado.⁹

En 1970 se alcanzó una tasa de 4 por cada millón de habitantes, lo cual, al igual que en otros países, fue relacionado con el mal uso de los broncodilatadores en aerosoles. Este índice se redujo en 1973 con la aplicación del Programa Nacional de Atención al Paciente Asmático, pero en la década de 1980 ascendió nuevamente y afectó principalmente, en esta ocasión, a los grupos laboralmente activos, cuyas edades oscilaban entre 15 y 64 años. En 1999, dicha tasa disminuyó a 2,2 por cada millón de habitantes debido, en

gran parte, a la regulación de la venta de broncodilatadores en aerosoles, así como al uso extensivo del cromoglicato de sodio y los esteroides inhalados.⁷⁻⁹ Como base para mantener estos indicadores de salud, actualmente se priorizan importantes estrategias de la salud cubana, que han impulsado el desarrollo de un proceso de actualización del Programa Nacional de Asma, que incluye, entre sus directrices generales, la consideración del médico y la enfermera de familia como piedra angular de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación del paciente asmático.

A finales de 2004, la provincia de Santiago de Cuba informó el mayor número de fallecidos (62,5 %) en contraste con la cifra nacional, para una tasa cruda de 0,38 a 1,53 por 100 000 habitantes y una mayor afectación del sexo femenino, con 83,3 %. En el municipio cabecera, en el 2006, se obtuvo una tasa de 6,23 %, una de las más elevadas en relación con las enfermedades crónicas no transmisibles. En el consultorio médico donde se efectuó este trabajo, hasta ese momento existía una prevalencia de 3,7 % de pacientes mayores de 15 años con asma bronquial.

La mayoría de los estudiosos^{4, 10, 11} plantean que la alta incidencia de este proceso morboso se atribuye a factores de riesgo como la contaminación ambiental y los ácaros de polvos en el hogar, entre otros, así como al descontrol del tratamiento estricto bajo vigilancia facultativa de la enfermedad, sobre todo en el período de intercrisis. La exposición a condiciones desfavorables y el abandono de un tratamiento acertado son las causas fundamentales de la aparición y el mantenimiento de los síntomas de ese cuadro clínico; razones estas que justificaron la ejecución del presente trabajo, con vista a definir cuáles de esos factores eran los que más incidían en los pacientes de esta zona rural.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal para identificar los factores de riesgo en 45 pacientes asmáticos (mayores de 15 años), dispensarizados como tales y pertenecientes al consultorio médico de la familia (CMF) "El Mazo", localizado en el área de salud de Chivirico en el municipio de Guamá. La investigación abarcó desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2006, con los siguientes criterios de inclusión:

1. Permanencia en el área en el momento de la recogida de la información
2. Dispensarizados por el médico de familia y control en la historia de salud familiar
3. Consentimiento para participar en la investigación

Se caracterizó a los pacientes seleccionados a través de las variables: edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, hábitos tóxicos, género de vida, estadio de la enfermedad y tratamiento intercrisis.

Se utilizó el porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

En esta serie primaron los varones, con 60,0 %. En cuanto a la edad, la mayoría de los afectados por esta entidad clínica, tenían entre 15 y 24 años, con 35,56 y 15,56 % para los sexos masculino y femenino, respectivamente (51,12 % en total).

Respecto a la relación existente entre el sexo y la ocupación de los pacientes, se obtuvo que 20,0 % de los hombres trabajaban en el campo y 17,8 % en la pesca, mientras que entre las mujeres preponderaron las amas de casa, con 26,7 %.

El nivel de escolaridad primario fue el predominante, con 51,1 %, distribuido en 31,1 % en los varones y 20,0 % en las féminas.

También se observó que entre los hábitos tóxicos de estos pacientes prevaleció el tabaquismo, con 64,3 %, imperante más en los hombres (37,7 %) que en las mujeres (26,6 %).

Según los estadios de esta afección, se halló que la mayoría de los pacientes (48,8 %) se encontraban en un estadio ligero intermitente, seguido del ligero y moderado persistentes, con 28,8 y 20,0 %, en orden de mención. Al relacionar esto con el género de vida, se constató una primacía del regular en todas las etapas de la enfermedad, con mayor incidencia en la ligera intermitente (33,6 %), excepto en la ligera persistente, donde se impuso el régimen de vida malo (19,8 %).

Sobre el seguimiento correcto de la terapéutica médica durante el período de intercrisis (**tabla**), quedó demostrado que la mayoría de los pacientes no lo cumplían, aunque los afectados por asma ligera intermitente constituían casi la mitad; sin embargo, casi ninguno de los que padecían asma ligera y moderada persistentes, realizaba tratamiento intercrisis.

Tabla. *Pacientes según estadio de la enfermedad y tratamiento intercrisis*

Estadio de la enfermedad	Tratamiento intercrisis				Total	
	Sí		No		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Ligero intermitente	-	-	22	48,89	22	48,89
Ligero persistente	4	8,89	9	20,00	13	28,89
Moderado persistente	4	8,89	5	11,11	9	20,00
Severo persistente	1	2,22	-	-	1	2,22
Total	9	20,00	36	80,00	45	100,00

Al relacionar el hábito de fumar con el tratamiento intercrisis, se obtuvo como dato relevante que la mayoría de los fumadores obviaban el plan terapéutico (46,7 %) y solo 17,7 % seguían lo prescrito.

DISCUSIÓN

Definida como una enfermedad de amplia distribución mundial, el asma bronquial ha propiciado la realización de múltiples estudios acerca de su incidencia en la población, sin encontrar una superioridad marcada de un sexo sobre el otro, aunque en la mayoría se aprecia un predominio casi imperceptible de las mujeres sobre los hombres, y se plantea que las primeras están más expuestas a la acción de los alérgenos intradomiciliarios que, a su vez, han demostrado ser más influyentes en el desarrollo de la afección que la contaminación extramuros. Según especialistas,² la exposición a factores de riesgo como el combustible doméstico, la humedad, el polvo existente en las casas, entre otros, es mayor en las féminas, debido a la propia idiosincrasia del trabajo doméstico que recae casi en su totalidad sobre ellas.

En la casuística no se apreció notable primacía de un sexo sobre otro, solo una ligera prevalencia en los hombres con respecto a las mujeres, y la mayoría de los pacientes tenían edades entre los 15 y 24 años, lo cual coincide con lo encontrado por otros autores.^{5, 12} Acerca de las edades más vulnerables, en la mayoría de los trabajos sobre

el tema ^{2, 5, 12} se afirma que el asma es una enfermedad preponderante en la niñez y la adolescencia, aunque en esta serie los más afectados eran adolescentes y adultos.

Hasta el momento, gran parte de la población asmática se encuentra en edad laboral o escolar, lo que trae consigo una limitante en este aspecto, pues contribuye, en muchos casos, a elevar el índice de ausentismo en estas esferas; tanto es así, que se ha planteado que cada paciente en edad escolar pierde, anualmente, entre 5 - 7 días de clases, debido a este padecimiento.

Con referencia a lo laboral se ha demostrado una disminución del aprovechamiento de la jornada de trabajo, con una merma en la eficiencia al efectuarlo. En este aspecto repercute mucho el tipo de labor que realizan los pacientes, pues no siempre se exponen de igual forma a la cantidad y diversidad de factores de riesgo que desencadenan la enfermedad. Al respecto se obtuvo que el mayor porcentaje de los hombres realizaban labores en el campo y la pesca, lo cual se debe a que son los tipos de trabajos más comunes de esta comunidad rural costera, y, a su vez, les expone a múltiples factores que provocan esas manifestaciones clínicas, como son: el humo de la leña en los hornos de carbón, el polvo, la elevada humedad, así como el contacto directo con plantas y animales, entre otros. Todo lo anterior coincide con lo expuesto por Abu Shams *et al*, ¹³ quienes demostraron que el asma bronquial es la enfermedad respiratoria crónica de mayor incidencia en la edad laboral y se observa, con mayor porcentaje, en los pacientes que trabajan la ganadería, la agricultura y el hilado de hebras de amianto. ^{4, 10-14} La prevalencia, en el estudio, de las amas de casa corrobora el hecho de que ellas están más propensas al contacto con alérgenos intradomiciliarios como el combustible doméstico (queroseno, leña), muy común en esta zona y relacionado con los síntomas alérgicos que presenta este importante sector de la población, y les produce, principalmente, asma y rinitis. ¹²⁻¹⁴

El predominio del nivel de escolaridad primario en ambos sexos, seguido, en orden descendente, por el secundario y preuniversitario, se explica por el estilo de vida de la población rural de esta área, donde la mayoría de los hombres dejan sus estudios para comenzar a trabajar y las mujeres contraen matrimonio en edades tempranas, por lo que abandonan la escuela para dedicarse a las labores hogareñas; aspecto en el que debe hacerse hincapié y realizar una labor conjunta entre el médico y la enfermera de la familia, los trabajadores sociales y los directivos de las instituciones escolares. Lo anterior contrasta con los resultados de Cuba en materia de educación, comparables con los de países desarrollados del primer mundo, así como con estudios obtenidos en otras regiones del territorio nacional, donde prevalece la población con niveles de escolaridad preuniversitario y universitario.

Los hábitos tóxicos, en especial el tabaquismo, siempre se han relacionado con enfermedades pulmonares crónicas y, específicamente, con el asma bronquial. Se plantea que el consumo de cigarros reduce las capacidades y volúmenes pulmonares, además de aumentar la intensidad de la crisis y el grado de obstrucción bronquial, lo que es directamente proporcional al número de cigarrillos que se fume diariamente y al tiempo que se lleve consumiéndolos. ^{10, 15} En esta casuística prevaleció el tabaquismo (65 %) sobre los demás hábitos tóxicos y se comprobó que la mayoría de los fumadores eran hombres.

Múltiples clasificaciones han servido a los médicos, a lo largo de los años, para medir el grado de afectación de los pacientes con esta enfermedad, el fenómeno fisiopatológico que la desencadena o sencillamente para simplificar la respuesta al tratamiento impuesto. De ellas se tomó la que propuso el National Institute of Health en 1997, en la

cual se cataloga la enfermedad según el estadio en que se encuentre y esto permite establecer el tratamiento adecuado en cada situación, basado en criterios clínicos (síntomas, necesidad de medicación de rescate) y funcionales (FEV 1, FEM)³. Esta clasificación es de gran utilidad práctica, a diferencia de la mal llamada "etiológica" (extrínseca e intrínseca), que aporta menos posibilidades para la atención clínica al paciente. En esta investigación se obtuvo que la mayoría de los pacientes se encontraban en un estadio ligero intermitente de la enfermedad y en lo concerniente al género de vida, se apreció un predominio del regular en todos los estadios, lo que refuerza lo planteado en párrafos anteriores acerca de las condiciones de vida de los afectados en esta zona rural.

La aparición de una nueva era de medicamentos para evitar las crisis de asma bronquial o disminuir la intensidad de estas, entre los que se encuentran los beta 2 agonistas de acción prolongada, inhibidores de los leucotrienos y esteroides inhalados, entre otros, así como administrarlos en el período de intercrisis o de forma precoz en sus inicios, acompañado de la aplicación de medidas higiénico-sanitarias, han disminuido o abolido estas durante largo tiempo.^{3, 16, 17}

Con el desarrollo de la medicina y la farmacología modernas se han elaborado guías y recomendaciones para su terapia, que surgieron como una necesidad al comienzo de la década de los 90. Como se conoce, el asma es una entidad clínica que provoca pérdidas en el sector de la economía y se calcula que el gasto financiero que ocasiona, oscila entre 1-2 % del gasto sanitario total de un país. Del coste total del asma, 70 % es ocasionado por un mal control y atención de la enfermedad, es decir, por el escaso empleo del tratamiento intercrisis.^{3, 16}

Sobre el uso correcto del tratamiento médico durante el período de intercrisis se mostró que la mayoría de los pacientes no lo realizaban, esto puede estar dado por el hecho de que casi la mitad de los pacientes se clasifican en el nivel ligero intermitente y ninguno sigue tratamiento médico de forma regular en esta etapa. No obstante se obtuvo, además, que en las etapas ligera y moderada persistentes de la enfermedad, una mayoría no llevaba tratamiento, lo que es inadecuado, pues en estos estadios se ha demostrado que se debe aplicar un tratamiento intercrisis regular y ajustado con las demandas del paciente, para así evitar las crisis o disminuir la intensidad de estas. Ante esta situación se evidencia la imprescindible labor educativa del médico de la familia con sus pacientes, a fin de lograr constancia y disciplina en la administración de estos medicamentos (antiasmáticos en aerosoles o comprimidos) para evadir las crisis graves, puesto que una de las causas más frecuentes de los ingresos por asma en los servicios de medicina interna y neumología es el abandono u olvido de la medicación.

Se obtuvo también que la mayoría de los fumadores no cumplían el tratamiento intercrisis. Este dato es contradictorio con la ya comprobada relación directa que hay entre la exposición, tanto activa como pasiva, al humo del cigarro y su asociación con la hiperreactividad bronquial; hecho característico del asma. La plausibilidad biológica de esta relación es fuerte, pues ello aumenta el riesgo de infecciones respiratorias, lo cual favorece el desarrollo de asma y causa, también, hiperrespuesta e inflamación de la vía aérea en fumadores activos.^{10, 15} No obstante, los autores de este trabajo opinan que en este caso los datos no influyen, en gran medida, porque la mayoría de los pacientes se hallaban en un estadio ligero persistente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferrer Carrión M, Girón Rosales J, Nápoles Smith N. Asma bronquial: enfermedad crónica no transmisible. Atención de enfermería [artículo en línea]. Rev Cubana Enfermer 2000; 16(1) <<http://www.scielo.sld.cu>> [consulta: 12 enero 2009].
2. Casas X, Monso E, Orpella X, Hervas R, González JA, Arellano E, et al. Incidencia y características del asma bronquial de inicio en la edad adulta. Arch Bronconeumol 2008; 44(9):471-7.
3. Matamara Peñate M. Asma bronquial. Medicina interna, diagnóstico y tratamiento. La Habana: ECIMED, 2005:1-7.
4. Drobnic F, Borderias C. Guía del asma en condiciones ambientales extremas. Arch Bronconeumol 2009; 45(1):48-56.
5. Sociedad Latinoamericana de Alergia, Asma e Inmunología: Datos y cifras mundiales de asma. <<http://www.slaai.org>> [consulta: 12 enero 2009].
6. Sánchez Bahillo M, García Marcos L, Pérez Fernández V, Martínez Torres AE, Sánchez Solís M. Evolución de la mortalidad por asma en España, 1960-2005. Arch Bronconeumol 2009;45(3):123-8.
7. Abdo Rodríguez A, Cué Brugeras M. Situación actual y futura del asma bronquial en Cuba. <bvs.sld.cu/revistas/med/vol46_3_02/med06307.html> Agosto 2002. [consulta: 15 febrero 2009].
8. Rodríguez de la Vega A. Mortalidad por asma bronquial, es un problema paradójico de carácter mundial. Rev Cubana Med 1992; 31(2):75-9.
9. ----. Investigación sobre prevalencia y herencia del asma bronquial en San Antonio de los Baños. Rev Cubana Med 1975; 14:3-13.
10. Vázquez N, Zaldívar G, Córdova F, Vázquez R, García M, Martínez P. Asociación entre atopia familiar, tabaquismo (pasivo o activo), rinitis alérgica, ambiente laboral y asma del adulto. Rev Alerg Mex 2008; 55(6):222-8.
11. Blanco Aparicio M, Vázquez Rodríguez I, Vereá Hernando H. Adaptación transcultural al español del Airways Questionnaire 20 (AQ20), un cuestionario de calidad de vida abreviado para la evaluación clínica del asma y la EPOC. Arch Bronconeumol 2009; 45(1):24-9.
12. Castro HJ, Malka Rais J, Bellanti JA. Current epidemiology of asthma: emerging patterns of asthma. Allergy Asthma Proc 2005; 26(2):79-82.
13. Abú Shams K, Boldú J, Tiberio G. Registro de enfermedades respiratorias de origen laboral en Navarra. Anales 2005; 28(Sup 1) http://www.cfnararra.es/SALUD/publicaciones/.../capitulo%2010_05.pdf [consulta:25 mayo 2009].
14. Corsico AG, Cazzoletti L, De Marco R, Janson C, Jarvis D, Zoia MC. Factors affecting adherence to asthma treatment in an international cohort of young and middle-aged adults. Respir Med 2007; 101:1363-7.

15. Min M, Song S, Miller M, Cho J, Mcelwain S, Ferguson P. Coexposure to environmental tobacco smoke increases levels of allergen-induced airway remodeling in Mice. *J Immunol* 2007; 178:5321-8.
16. Pont L, van der Molen T, Denig P, van der Werf GT, Haaijer-Ruskamp FM. Seguimiento de directrices de tratamiento en asma bronquial y calidad de vida. *Eur Respir J* 2004; 2004(5):718-22.
17. Obyrne PM, Bisgaard H, Godard PP. Budesonide/formoterol combination therapy as both maintenance and reliever medication in asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171:129-36.

Recibido: 7 de marzo de 2009

Aprobado: 12 de julio de 2009

MsC. Carlos Luis Milán Lemus. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso".
Avenida Cebreco s/n, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba
Dirección electrónica: carlosml@hospclin.scu.sld.cu