

Asma bronquial: su caracterización en un consultorio

Bronchial asthma: its characterization in a doctor's office

Dr. Yarmeín Rodríguez García; Dr. Juan Ariel Oliva Díaz; Lic. Arletty Gil Hernández; Dr. Rodolfo Hernández Riera

Policlínico Docente Comunitario Joaquín de Agüero y Agüero. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo para caracterizar la población asmática del consultorio # 40 del médico de familia del Policlínico Docente Joaquín de Agüero de Camagüey, desde enero a diciembre de 2005. El universo estuvo constituido por 38 pacientes dispensarizados como asmáticos a los que se les aplicó una encuesta que contempló las variables grupos de edades, antecedentes familiares, factores desencadenantes y nivel de conocimientos de la enfermedad, la cual constituyó el registro primario de la investigación. Los datos se procesaron según el programa estadístico MICROSTAT, se determinaron estadísticas descriptivas, el mayor por ciento de asmáticos se encontró entre los 15 y 29 años, el polvo fue el mayor factor desencadenante. Se concluyó que sólo un mínimo reducido utilizó el tratamiento no farmacológico en las ínter crisis.

DeSC: asma; consultorios médicos

ABSTRACT

A descriptive study to characterize the asthmatic population of the doctor's office # 40 that belongs at Joaquín de Agüero Educational Hospital of Camagüey, from

January to December 2005, was made. The universe was constituted by 38 patients considered as asthmatic to which a survey was applied, that contemplated the variables: age groups, family antecedents, triggering factors and knowledge level of the illness, which constituted the primary register of the investigation. Data were processed according to MICROSTAT statistical program, descriptive statistics were determined, the major percent of asthmatic patients was found between 15 and 29 years, the dust was the major triggering factor. It was concluded that only a minimum reduced utilized not pharmacological treatment in the inter crisis.

DeSC: asthma; physician offices

INTRODUCCIÓN

El asma bronquial es una enfermedad de las vías respiratorias caracterizadas por la presencia de la obstrucción generalizada y variable de la misma, reversible de forma espontánea o como consecuencia del tratamiento, debido a una inflamación crónica o transitoria recidivante de las vías aéreas, una enfermedad recurrente, de evolución crónica y de distribución universal, es la más común de las enfermedades crónicas en el mundo desarrollado. ¹

Varios autores plantean que el asma es un desorden inflamatorio crónico de las vías aéreas en el cual muchas células juegan su papel, incluyendo las células cebadas y los eosinófilos. ²

El asma bronquial es una enfermedad conocida desde la antigüedad. En la columna 55 del papiro de Ebers (cerca de 1500 años antes de nuestra era), se enumeraban una serie de remedios contra el asma. Cinco mil años antes de nuestra era ya los chinos hablaban del asma denominándola enfermedad musical (por los sibilantes) y la explicaban como una ruptura del equilibrio del ying (bueno) y el yang (malo). ²

El médico de la familia como personal de salud integrado a la comunidad contribuye a ofrecer su asistencia al asmático con el fin de mejorar su estado de salud. ³⁻⁵

Existen toda una serie de elementos capaces de desencadenar crisis asmáticas en los pacientes susceptibles y se conocen con el nombre de alérgenos. Estos entran en contacto con el enfermo a nivel de la piel (alérgenos contactantes), por el tubo digestivo (alérgenos ingestante), o del sistema respiratorio (alérgenos inhalantes). Entre los más frecuentes se señalan: polvo, pelos, caspa de animales domésticos, pólenes, hongos ambientales, medicamentos y alimentos (pescados, mariscos, chocolates). ⁶⁻⁷ Entre los factores precipitantes de la crisis asmática se describen a

los agentes sensibilizantes de el área de trabajo (asma ocupacional), las infecciones, ejercicios (asma producida por el ejercicio), reflujo gastroesofágico, factores psicológicos y el embarazo.⁸⁻¹⁰

El asma bronquial es una enfermedad recurrente, de evolución crónica y de distribución universal, es la más común de las enfermedades crónicas en el mundo desarrollado.^{10, 11}

En nuestro país comparando el asma entre todas las enfermedades crónicas no transmisibles, constituye la principal causa de ingresos hospitalarios. Estudios realizados por diferentes autores calculan una prevalencia del asma bronquial en la población cubana de 8, 2 % en el área urbana, y de 7, 5 % en el área rural, aunque se observan valores superiores a la media nacional en zonas marítimas e inferiores en zonas montañosas. Esta enfermedad no significa el principal problema de salud en Cuba, pero modifica importantemente la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, alto porcentaje de hospitalización y son responsables en muchos casos de la ocurrencia de crisis familiares no transitorias con estrecha repercusión en el psiquismo de las personas afectadas.¹²

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo para caracterizar la población asmática del consultorio # 40 del médico de la familia, perteneciente al Policlínico Comunitario Joaquín de Agüero de Camagüey, desde enero a diciembre de 2005.

El universo de estudio estuvo constituido por 38 pacientes dispensarizados como asmáticos en las historias clínicas familiares, la que constituyeron la fuente de datos primarios.

Se confeccionó una encuesta teniendo en cuenta, los objetivos del trabajo, donde se tuvieron en consideración variables como el grupo de edades, los antecedentes familiares de asma bronquial, los factores desencadenantes, el tratamiento no farmacológico en intercrisis y el nivel de conocimiento de aspectos fundamentales de la enfermedad.

Una vez llenada la encuesta de la investigación, constituyó el registro primario de la misma (Anexo 1).

Anexo 1. Encuesta

Nombre y apellidos:

Dirección:

1. Grupos de edades:

- Menor de 1 año.

- De 1 – 14 años.
- De 15 – 29 años-
- De 30 y más.

2. Conoce en su familia antecedentes de asma. Diga el parentesco:

- 2.1 Madre.
- 2.2 Padre.
- 2.3 Hermanos.
- 2.4 Ninguno.

3. Cuales de estos factores le lleva a desencadenar una crisis asmática:

- 3.1 Polvo.
- 3.2 Frío.
- 3.3 Humedad.
- 3.4 Kerosén.
- 3.5 Humo de tabaco.
- 3.6 Lana.
- 3.7 Calor.
- 3.8 Infección respiratoria aguda.
- 3.9 Emociones.
- 3.10 Perfume.
- 3.11 Animales domésticos.
- 3.12 Alimentos.
- 3.13 Medicamentos.

4. De estos métodos no farmacológicos. Cuales UD. Utiliza en su periodo de Inter crisis:

- 4.1 Ejercicios Respiratorios.
- 4.2 Ejercicios Físicos.
- 4.3 Acupuntura.

5. Nivel de conocimiento de aspectos fundamentales de la enfermedad. Diga sobre cuales aspectos conoce.

- 5.1 Factores de riesgo.
- 5.2 Complicaciones.
- 5.3 Medidas de control.
- 5.4 Conducta a seguir ante las crisis.
- 5.5 Rehabilitación.

Los datos obtenidos fueron procesados de forma automatizada, se utilizó el programa estadístico MICROSTAT para la confección de ficheros y determinación de estadísticas descriptivas frecuencia y por ciento. Los datos fueron procesados con un 95 % de confiabilidad y se presentan sus resultados en textos y en tablas.

RESULTADOS

Al recolectar y computar los datos de la investigación, se encontró que el mayor número de casos se concentraron en el grupo de 15–29 años, con un 39,5 %, seguido por el grupo de 30 años y más. Tabla 1.

Tabla 1. Distribución según grupos de edades

Grupo de Edades	No.	%
14 años	9	23,6
15–29 años	15	39,5
30 años y más	14	36,8
Total	38	100

Fuente: Encuesta.

Los antecedentes patológicos familiares de asma fueron más frecuentes en los hijos de padres y madres asmáticos respectivamente (39,5 % y 31,6 %). Tabla 2.

Tabla 2. Distribución según antecedentes familiares

Procedentes	No.	%
Padre	15	39,5
madre	12	31,6
Hermanos	6	15,8
Ninguno	5	13,1
Total	38	100

Fuente: Encuesta.

En cuanto a los factores desencadenantes de la crisis, se pudo definir que en la población asmática estudiada el polvo es el de mayor incidencia con un 71,1 %, el frío y la humedad en 60,5 % y 57,9 % respectivamente. El kerosén (55,3 %) y el humo del tabaco (50 %), también incidieron notablemente en la aparición de las crisis. Es válido aclarar que hubo pacientes que refirieron más de un factor desencadenante de sus crisis asmáticas. Tabla 3.

Tabla 3. Distribución según factores desencadenantes

Factores desencadenantes	No.	%
Polvo	27	71,0
Frío	23	60,5
Humedad	22	57,9
Kerosén	21	55,3
Humo de Tabaco	19	50,0
Lana	16	42,1
Infecciones respiratorias	14	36,8
Aguda	11	28,9
Calor	9	23,7
Perfumes	7	18,4
Emociones	7	18,4
Animales	3	7,89
Alimentos	2	5,26
Medicamentos		

Fuente: Encuesta.

No todos los pacientes estudiados realizaron el tratamiento no farmacológico en intercrisis (68, 42 %), de los pacientes que refieren haber realizado tratamiento no farmacológico intercrisis el 13, 5 % realizó ejercicios físicos, el 10, 52 % ejercicios respiratorios y un 7, 89 % acupuntura. Tabla 4.

Tabla 4. Distribución según tratamiento no farmacológico en intercrisis

Tratamiento no farmacológico	No.	%
Ninguno	26	68,42
Ejercicios Físicos	5	13,5
Ejercicios respiratorio	4	10,52
Acupuntura	3	7,89
Total	38	100

Fuente: Encuesta.

Se apreció que el 100 % de la población asmática conoce los factores desencadenantes de la enfermedad, y tienen los conocimientos elementales de la misma. El aspecto que demostró mayor desconocimiento fueron las complicaciones, pues sólo 21 pacientes tenían conocimientos de los métodos para lograr la misma.

Es importante señalar que a pesar de que el 92,1 % de la población asmática conoce las medidas de control, no todos los pacientes las cumplen (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución según conocimiento de la enfermedad

Aspectos conocen	Conocen	%	No.	%
Factores de riesgo	38	100	-	-
Medidas de control	35	92,1	3	7,9
Conducta a seguir antes la crisis	33	86,8	5	13,2
Complicaciones.	21	55,3	17	44,7

Fuente: Encuesta.

DISCUSIÓN

La literatura revisada muestra resultados que coinciden con nuestra investigación, pues existe un predominio de la enfermedad entre las edades de 15-29, todo dado por patrones inmunológicos y genéticos.¹¹⁻¹³

Todo lo anterior confirma como es más frecuente la aparición de esta enfermedad en personas cuyos padres padecen de asma bronquial lo que permite plantear que existe una base hereditaria demostrada en investigaciones, y le confiere credibilidad a lo que se plantea sobre el hecho de que los asmáticos engendran asmáticos.¹⁴⁻¹⁶

Sin embargo Álvarez Cintes¹⁷ plantea que la enfermedad aparece a cualquier edad, pero es más frecuente en los primeros años de la vida, en la mitad de los casos comienza antes de los 10 años, datos que no coincidieron con nuestros resultados, tampoco coincide con los resultados que señalan que el grupo de asmáticos más afectados es el de 40 y más años con 20,7 % de prevalencia,¹⁸ difiere además de estudios realizados por otros autores que encontraron predominio del asma en las edades de 60 y más años.¹⁹

Las bibliografías revisadas constatan que existen autores que coinciden en cuanto a los factores desencadenantes de las crisis de asma como el polvo, frío y humedad. Estos resultados están en relación con el área donde residen los pacientes en la cual predomina el polvo en exceso y por otra parte están desprovistas las viviendas de un adecuado sistema de alcantarillado, muchas de ellas tienen dificultades en las condiciones estructurales, en cuanto a ventilación e iluminación, condiciones que propician la proliferación de hongos ambientales. Otros plantean que el factor alimento tiene un orden prioritario.^{12, 15, 17, 18}

En cuanto al conocimiento del tratamiento no farmacológico en intercrisis la bibliografía revisada plantea que no hay dominio y aplicación de los ejercicios respiratorios y físicos, dando la medida de desconocimiento sobre Medicina Natural y Tradicional. ^{19, 20} Pendergraft ²¹ plantea que el mayor por ciento de los pacientes asmáticos posee los conocimientos elementales de su enfermedad.

CONCLUSIONES

Predominó el grupo de edades de 15-29 años, con antecedentes familiares de asma bronquial. El polvo fue el principal factor desencadenante de las crisis, sólo un grupo reducido utilizó el tratamiento no farmacológico intercrisis y la mayoría conocen las medidas de control.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Orueta JF, López D, Munain J Medline record in process. Centro de Salud de Astrabudua. Bilbao: Servicio Vasco Salud; 2000.
2. Jowers JR, Schwartz AL, Tinkelman DG, Reed KE, Corselio PR, Mazzei A, et al. Disease management program improves asthma outcomes. National Jewish medical and Research Center. USA: Denver; 2000.
3. Keirney PJ, Kearney PM. Health care needs for travellers. Arch Dis child 2000; 2(1): 123-33.
4. De Britto MC, Berreza PG, Ferreira OS, Maranhão IC, Trigueiro GA. Asthma Prevalence in schoolchildren in a city in north-east Brazil. Department of Paediatric Respiratory Diseases. Brasil: Instituto Materno Infantil de Pernambuco; 2000.
5. Paris Kohler A, Megret-Gabeaud ML, Fabre C, Mares P, Vincent D. The allergic pregnant woman. Allerg Immunol (Paris) 2001; 33(10): 399-403.
6. Mannido DM. How much asthma is occupationally related. Occup Med 2000; 15 (2): 359-68.
7. Banks DE, Wang ML. Occupational Asthma. The big picture. Occup Med 2000; 15 (2): 335.
8. Shapiro JM. Management of respiratory failure in status asthmaticus. Am J Respir Med 2002; 1(6):409-16.

9. Grupo de Trabajo para el Estudio de la Enfermedad Asmática en el niño. Bases generales del tratamiento de la obstrucción bronquial. *An Esp Pediatr* 2002; 56 (Supl 7): 44-52.
10. Mintz M. Asthma update, Diagnosis, monitoring, and prevention of disease progression. *Am Fam Physician* 2004; 70(5):893-8.
11. Skrepnek GH, Skrepnek SV. An assessment of therapeutic regimens in the treatment of acute exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease and asthma. *Am J Manag Care* 2000; 10(Supl 5):S139-52.
12. Matarama Peñate M. Medicina Interna; diagnostico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas: 2005.p.1-8.
13. Lawson JA, Senthilselvan A. Asthma epidemiology: has the crisis passed?. *Curr Opin Pulm Med* 2005; 11(1):79-84.
14. Dobbin CJ, Miller J, van der Hoek R, Baker DF, Cumming R, Marks GB. The effects of age, death period and birth cohort on asthma mortality rates in Australia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004; 8(12):1429-36.
15. Skrepnek GH, Skrepnek SV. Epidemiology, clinical and economic burden, and natural history of chronic obstructive pulmonary disease and asthma. *Am J Manag Care* 2004; 10(Supl 5):129-38.
16. Han P, Cole RP. Evolving differences in the presentation of severe asthma requiring intensive care unit admission. *Respiration* 2004; 71(5): 458-62.
17. Álvarez Cintes R. Temas de Medicina General Integral. V2. Afecciones respiratorias más frecuentes. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p. 469-494.
18. Padrón V, Hernández ME, Espinosa A. Caracterización del paciente asmático en la comunidad. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1992; 8(4):333-40.
19. Tan WC. Viruses in asthma exacerbations. *Curr Opin Pulm Med* 2005; 11(1):21-6.
20. Anzueto A, Frutos Vivar F, Esteban A, Alia I, Brochard L, Stewart T. Incidence risk factors and outcome of barotrauma in mechanically ventilated patients. *Intensive Care Med* 2004; 30(4):612-9.
21. Pendergraft TB, Stanford RH, Beasley R, Stempel DA, Roberts C, McLaughlin T. Rates and characteristics of intensive care unit admissions and intubations among asthma-related hospitalizations. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2004; 93(1):29-35.

Recibido: 3 de noviembre de 2006

Aprobado: 4 de mayo de 2007

Dr. Yarmein Rodríguez García. Especialista de I Grado en Medicina General Integral.
Profesor Instructor. Policlínico Docente Comunitario Joaquín de Agüero y Agüero.
Camagüey. Cuba.