

**Caracterización clínico-epidemiológica del asma bronquial en tres consultorios del médico de la familia**

**Clinical-epidemiological characterization of the bronchial asthma in three health clinics of the family physician**

**Dra. Dora I. Díaz Romero; Dr. Miguel Damián Junco Bonet; Lic. Wilber Segura Mora.**

Policlínico Comunitario Docente Tula Aguilera. Camagüey, Cuba.

**RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de conocer las características clínico-epidemiológicas del asma bronquial en la edad adulta, en los consultorios 16, 21 y 22 del médico de la familia, pertenecientes al Policlínico Comunitario Docente Tula Aguilera de la ciudad de Camagüey, en el período comprendido de febrero de 1999 a febrero del 2000. Se utilizó espirometría con el objetivo de dosificar a los pacientes según la intensidad de la enfermedad, y una encuesta constituyó el registro primario de los datos en una muestra de 91 pacientes dispensarizados como asmáticos. La rinitis fue la manifestación alérgica asociada más frecuente, el 74, 72 % de los sujetos presentaron antecedentes patológicos familiares de atopia, el kerosene fue el combustible más utilizado para cocinar, predominaron las condiciones higiénicas regulares de las viviendas. Se constató que ser fumador pasivo influyó en la severidad del asma bronquial.

**DeCS:** ASMA/epidemiología; ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

## **ABSTRACT**

A descriptive, cross-sectional study with the aim of knowing clinicoepidemiological characteristics of bronchial asthma in the adulthood, in family physician health clinics 16, 21 and 22, belonging to Tula Aguilera communitary polyclinic of Camagüey city, was carried out from January 1999 to February 2000. Spirometry was used with the aim of dosifying patients according to disease intensity and a surgery was the primary register of data in a sample of 91 patients registered as asthmatic. Rhinitis was the allergic associated manifestation most frequent, 74, 72 % of subjects presented family pathologic antecedents of atopy, Kerosene was the fuel most used for cooking, regular hygienic conditions of lodgings prevailed, it was proved that passive smoking influenced in the severity of bronchial asthma.

**DeCS:** ASTHMA/epidemiology; PRIMARY HEALTH CARE.

## **INTRODUCCIÓN**

Con el perfeccionamiento de la salud pública en Cuba y la puesta en práctica de diversos programas de prevención se han erradicado en gran medida las enfermedades transmisibles que antiguamente constituían un verdadero azote para la humanidad. Todo esto ha contribuido a que en la actualidad los principales problemas de salud sean las enfermedades no transmisibles y dentro de éstas, el asma bronquial ocupa sin dudas un lugar importante.<sup>1, 2</sup>

Actualmente varios autores definen el asma bronquial como una enfermedad crónica inflamatoria de las vías aéreas con episodios recurrentes de limitación del flujo de aire, producción de mucus y tos, la cual está modulada y controlada por mecanismos inmunológicos.<sup>1-3</sup>

A nivel mundial constituye un problema de salud en la población adulta y en los niños es causa frecuente de ausentismo escolar y de hospitalizaciones, por lo que resulta costoso a la economía.<sup>3-5</sup>

La prevalencia de esta enfermedad varía de un país a otro. En Estados Unidos se estima que de 9 a 12 millones de personas están afectadas. Los países de Europa Occidental señalan que el 5 % de la población padece de asma bronquial.<sup>6-12</sup> En

nuestro país la prevalencia estimada en personas mayores de 15 años es de 9, 24 % y en menores de 15 años, de 14 %. <sup>13</sup>

Como factor favorable que pone a nuestro país en posición muy ventajosa con relación a los restantes países del orbe, es el carácter totalmente gratuito de los servicios médicos y la cobertura de casi un 100 % del territorio nacional con el sistema de atención primaria. Esto nos permitiría un cambio profundo y amplio en el manejo del asma bronquial. <sup>7, 9, 13</sup>

Es de interés y convivencia dar pasos que favorezcan la introducción gradual y creciente de programas cubanos que hagan posible el abordaje preventivo del asma y la preparación de los pacientes asmáticos para un automanejo más racional y efectivo de su enfermedad, bajo la dirección del médico de la familia y con la participación activa del resto del equipo de salud y de los propios pacientes. Por ello es necesario un profundo conocimiento de las características higiénico-epidemiológicas de esta enfermedad, motivo de la realización de este trabajo. <sup>14, 15</sup>

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de conocer las características clínico-epidemiológicas del asma bronquial en la edad adulta en los consultorios 16, 21 y 22, los cuales se escogieron por su cercanía, pertenecientes al área de salud de salud del policlínico comunitario docente Tula Aguilera de Camagüey, en el período comprendido de febrero de 1999 a febrero del 2000.

El universo de estudio lo constituyeron 143 pacientes diagnosticados como asmáticos y de ellos se seleccionó una muestra de 91. Se utilizó el programa EPIDAT por el método aleatorio simple.

La fuente de datos primarios los constituyó la historia clínica familiar. Para la confección de esta investigación se les realizó una espirometría a cada uno de los pacientes mediante el equipo Microspiro HI 298.

Para la clasificación de los pacientes sometidos al entrenamiento se tuvo en cuenta la clasificación basada en la intensidad de la enfermedad que establece el Programa Nacional de Asma Bronquial, actualmente vigente en nuestro país, y se confeccionó una encuesta según bibliografía revisada, a partir de las siguientes variables: antecedentes familiares de atopía, manifestaciones alérgicas asociadas, combustible utilizado para cocinar, grado de severidad del asma y hábito de fumar. Una vez llenada

la encuesta por los autores de la investigación, ésta constituyó el registro primario de datos.

Se consideró el antecedente familiar de asma bronquial presente cuando se constató en: madre, padre y hermanos.

Fumador: Todo paciente que afirmó fumar cigarrillos, puros o pipas sin tener en cuenta la cantidad diaria.

Fumador pasivo: Todo paciente que no fuma, pero convive con un fumador activo.

### **HIGIENE DE LA VIVIENDA**

**Buena:** Toda la vivienda que se encuentra limpia y ordenada, sin polvo, patio limpio y basura tapada, en las visitas realizadas.

**Regular:** Toda la vivienda donde se encontró uno de los aspectos anteriores en las visitas realizadas.

**Mala:** Aquella vivienda en que se encontraron dos o más aspectos incumplidos en las visitas realizadas.

### **RESULTADOS**

Se analizaron las manifestaciones alérgicas asociadas donde se apreció que la rinitis fue la más frecuente con un 49,45 %, seguido de la urticaria con un 40,28 % (tabla 1).

**Tabla 1. Distribución según las manifestaciones alérgicas asociadas**

<b>Manifestaciones alérgicas asociadas</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Rinitis	45	49,45
Urticaria- edema	29	31,86
Laringitis	4	4,39
Bronquitis	3	3,29
Dermatitis atópica	3	3,29
Conjuntivitis	7	7,69
Total	91	100

Fuente: Encuesta

Los antecedentes familiares de atopia se presentaron en el 74, 72 %, mientras que el 16, 48 % lo negó y el 8, 80 % desconocía tener estos antecedentes (tabla 2).

**Tabla 2. Distribución según los antecedentes familiares de atopia**

<b>Antecedentes familiares de atopia</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	68	74,72
<b>NO</b>	15	16,48
<b>Desconoce</b>	8	8,79
<b>Total</b>	91	100

Fuente. Encuesta

Al relacionar la distribución de combustible utilizado para cocinar con la intensidad del asma bronquial se observó que 54 pacientes (59, 34 %) utilizaron el kerosene para cocinar, donde el 55, 5 % eran asmáticos severos, 22 pacientes (24, 17 %) utilizaron el carbón, de los cuales el 40, 49 % eran asmáticos moderados y la leña fue el tercer combustible más utilizado con 14 pacientes (15, 38 %) y el 42, 85 % fueron severos (tabla 3).

**Tabla 3. Distribución según combustible utilizado para cocinar y severidad del asma**

<b>Combustible utilizado</b>	<b>Ligera</b>	<b>%</b>	<b>Moderada</b>	<b>%</b>	<b>Severa</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Keroseno</b>	11	20,37	13	24,07	30	55,5	54	59,34
<b>Carbón</b>	6	27,27	9	40,90	7	37,81	22	24,17
<b>Leña</b>	3	21,42	5	35,71	6	42,85	14	15,38
<b>Gas Licuado</b>	4	40	5	50	1	10	10	10,38
<b>Electricidad</b>	3	42,85	2	28,57	2	28,57	7	7,69

Fuente: Encuesta

Al recolectar y computar los datos de la investigación sobre la distribución según higiene de la vivienda y severidad del asma, se apreció que predominó la higiene regular con 39 pacientes, de los cuales el 54, 83 % eran asmáticos severos, 33 tenían buena higiene (el 59, 45 % eran asmáticos leves) y por último, 19 tenían una mala higiene lo que influyó en la severidad del asma, ya que el 29, 03 % eran asmáticos severos (tabla 4).

**Tabla 4. Distribución según higiene de la vivienda y severidad del asma**

<b>Higiene de la vivienda</b>	<b>Leve</b>	<b>%</b>	<b>Moderada</b>	<b>%</b>	<b>Severa</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Buena</b>	22	59,45	6	26,08	5	16,12	33	36,27
<b>Regular</b>	9	24,32	13	35,13	17	54,83	39	42,85
<b>Mala</b>	6	16,21	4	10,81	9	29,03	19	20,88
<b>Total</b>	37	40,67	23	25,27	31	34,06	91	100

Fuente: Encuesta

Sobre la distribución del hábito de fumar y su relación con la intensidad del asma, 41 personas (45, 05 %) negaron este mal hábito y de ellas, el 62, 16 % eran asmáticos leves, mientras que no hubo gran diferencia entre los fumadores pasivos y los que afirmaron tener este hábito (23, 08 y 20, 89 %, respectivamente). Nos llamó la atención que el 32, 25 % de los fumadores pasivos eran asmáticos severos (tabla 5).

**Tabla 5. Distribución según hábito de fumar y severidad del asma**

<b>Hábito de fumar</b>	<b>Leve</b>	<b>%</b>	<b>Moderada</b>	<b>%</b>	<b>Severa</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Fumador</b>	6	16,21	8	34,78	5	16,12	19	20,89
<b>Exfumador</b>	4	10,81	3	13,04	3	9,67	10	10,98
<b>No fumador</b>	23	62,16	5	21,73	13	41,93	41	45,05
<b>Fumador pasivo</b>	4	10,81	7	30,43	10	32,25	21	23,08
<b>Total</b>	37	40,67	23	25,29	31	34,06	91	100

Fuente: Encuesta

## **DISCUSIÓN**

Estudios revisados coinciden con nuestros resultados en cuanto a la rinitis como la manifestación alérgica más frecuente.<sup>1, 4, 16, 17</sup>

Los resultados obtenidos en este trabajo con relación a los antecedentes familiares de atopia coinciden con los de otras investigaciones<sup>3, 9, 11, 18</sup> al registrar asociaciones importantes entre el asma bronquial y los antecedentes familiares de atopia.

Se puede plantear que la exposición a alérgenos inhalantes, como el keroseno, tiene gran relevancia al relacionarlo con el grado de intensidad del asma bronquial, de acuerdo con los resultados de este trabajo.

Monaka<sup>5</sup> plantea que los factores casuales más importantes son los alérgenos inhalantes.

Otros autores<sup>15, 16</sup> encuentran una mayor frecuencia de asmáticos severos entre los que usan cocinas de keroseno.

En la presente investigación las condiciones de la vivienda demostraron tener influencia en el grado de severidad del asma bronquial. Estos resultados no se corresponden con otras investigaciones<sup>14, 15</sup> donde no se constata una relación tan clara entre la higiene de la vivienda y la severidad del asma.

Un aspecto importante a señalar es que el 32, 25 % de los fumadores pasivos eran asmáticos severos. Estos resultados se correspondieron con otros estudios realizados<sup>10, 11, 19, 20</sup> donde el 20 % de los asmáticos severos eran fumadores pasivos.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Motzer EO. Role for leucotriene receptor antagonist therapy in asthma and their potential role in allergic rhinitis based on the concept of One linked airway disease. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2000 Feb;84(2):176-86.
2. Makino S. Surre of recognition and utilization of guidelines for diagnosis and management of bronchial asthma in Japan. *Allergy.* 2000;55(2):135-40.
3. Smedje G, Norback D. New ventilation system at select schools in Sweden: effects on asthma and exposure. *Arch Environ Health.* 2000 Jan-Feb;55(1):34-45.
4. Christie G. Asthma, wheezy bronchitis and atopy across two generation. *Am J Respir Crit Care Med.* 1999;159(1):125-9.
5. Monaka M: Concept, definition and diagnosis of bronquial asthma. *Adrian Medical J.* 1997;40(5):40-4.

6. Pedro W. Asthma therapy by the general practitioner new approaches and progress why inhaled steroids and delajod action beta- 29 drenegec drugs should be combined early. *MMW Fortschr Med.* 1999 Aug 26;141(34):24-8.
7. Heini KW, Gautdt S, Halogo R, Petormann F. Educating the asthma patient for routine illness management. *MMW Fortschr Med.* 1999;141(34):29-32.
8. Welch R. Variation in self reported health by occupation grade in the British post office. *Occup Med.* 1999;49(8):491-7.
9. Martínez FD, Wright, Taussing LM. Asthma and wheezing in the first six years of live the group health medical associates comments. *N Eng Med.* 1995;19;332(2):181-2.
10. Wafula EM, Limbo MS, Onyorgo FE, Duarte R. Effects of passive smoking and breastfeeding on childhood bronchial asthma. *East Afr Med J.* 1999;76(11):606-9.
11. Leson S, Gershwin ME. Risk factors for asthmatic patients: a comprehensive review *allergilimmunophthal (Madr).* 1995;23(5):235-7.
12. Stolof SW. Pharmacologic therapy for asthma. *Clin Cornestone.* 1998;1(2):17-28.
13. Martínez Dotres C. Programa Nacional de Asma Bronquial. La Habana: MINSAP; 1998.
14. Pereira J, Rodríguez C. Assessment of a strategic for the control respiratory diseases. *Rev Saude Publica.* 1992;26(2):414-23.
15. Traver GA. El asma en el anciano. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1994;10(3)281-93.
16. Benedictis FM, Ferrante AL. Asthma in adolescence: a problem. *Monaldi Arch Chest Dis.* 1994;10(3):281-93.
17. Djupesland PG, Chatkin JM, Qian W, Haigh JS. Nitric oxido in the nose and paranasal sinuses- respiratory tract physiology in new perspective. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 1999;119(27):4070-2.
18. Wuthich B. Allergology: quo valis? *Schweiz Med Wochens Chr.* 1999;129(24):905-14.
19. Kolnaar B, Boissel E, Vanden Basch WJ. Asthma in adolescents and young adults: screening outcome versus diagnosis in general practice. *Fam Pract.* 1994;11(2):133-40.
20. Samet JM. Asthma and the environment factors effect the incidence and prognosis of asthma. *Toxical Ret.* 1998;82-83.

Recibido: 23 de marzo de 2002



Aprobado: 12 de abril de 2002

*Dra. Dora I. Díaz Romero.* Especialista de I Grado en Medicina General Integral.  
Policlínico Comunitario Docente Tula Aguilera. Camagüey, Cuba.