

**Caracterización del asma bronquial en edades pediátricas**

**Characterzacion of the bronchial asthma in pediatric ages**

**Dra. Xiomara C. Ledo Recio; Dr. Eduardo Alvarez Márquez ; Lic. Magalys Mena**

Policlínico Comunitario Joaquín de Agüero. Camagüey, Cuba.

**RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo y transversal para conocer el comportamiento del asma bronquial en edades pediátricas en cinco consultorios del médico de familia del área urbana del Policlínico Comunitario Docente Joaquín de Agüero del Municipio Camagüey en el período comprendido de enero de 1994 a enero de 1995. El universo estuvo constituido por 112 niños dispensarizados con esta afección. Los datos seleccionados para el estudio se obtuvieron de un modelo encuesta confeccionado según bibliografía revisada, los cuales se procesaron de forma computarizada. Los resultados ofrecen un predominio de la afección en las edades de 5-9 años y muestran evidencias entre los antecedentes familiares positivos y la presencia ambiental del polvo y la humedad relacionada con la enfermedad. Se concluye con una prevalencia de 14, 7%. El tratamiento intercrisis estuvo constituido por los antihistamínicos de primera generación.

**DeCS: ASMA; NIÑO.**

## **ABSTRACT**

A descriptive, cross-sectional study performed so as to know the behavior of the bronchial asthma in pediatric ages in five health clinics of the family physician of the urban area of Joaquín de Agüero from Camagüey municipality within study universe composed of 112 children registered with this affection, obtaining data selected for the reviewed. These were processed in a computer.

Results offer a predominance of affection in the ages of life and there is evidence among the positive pathologic family antecedents and the environmental influence of dust and humidity related with the disease. We conclude our study with predominance of 14, 7% the first generation antihistamines were used for the intercrisis treatment.

**DeCS:** ASTHMA; CHILD.

## **INTRODUCCIÓN**

Las influencias múltiples del clima, el tiempo y otros factores físico-ambientales sobre la salud humana han sido estudiados y descritos desde hace mucho tiempo, los cuales han tenido un apreciable efecto sobre el hombre y su hábitat (1).

Entre las afecciones más estudiadas para determinar cuán importante es el efecto del clima y la contaminación atmosférica, se encuentra el asma bronquial (2). Esta es una enfermedad de la vía respiratoria caracterizada por la presencia de una obstrucción generalizada y variable de la misma, reversible de forma espontánea o como consecuencia del tratamiento (3). Esta entidad se caracteriza por hiperactividad de tráquea y bronquio a diversos estímulos, lo cual produce bronquio- constricción, hipersecreción y edema de la mucosa bronquial (4).

El asma bronquial infantil en algunas regiones es atendida hasta en el 10% por el pediatra consultante (5) y del 1-2% de la enfermedad asistida por el Médico General Integral.

En relación con la mortalidad las cifras son bajas en la mayoría de las estadísticas y son raras las muertes por asma en niños menores de 15 años (6).

El asma puede clasificarse (7) de acuerdo a los síntomas, funcionalidad respiratoria y tratamiento empleado:

- . Asma Leve
- . Asma Moderada
- . Asma Severa

En el momento actual, el asma constituye un problema de salud que afecta a las sociedades humanas, su incidencia y prevalencia aumenta en la medida en que estos se desarrollan, crece la expectativa de vida del hombre y se logra hacer un diagnóstico más temprano de la enfermedad (8).

## MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de conocer el comportamiento del asma bronquial en edades pediátricas en cinco consultorios del Médico de la Familia del Policlínico Comunitario Docente Joaquín de Agüero, del Municipio Camagüey desde enero de 1994 a enero de 1995.

El universo estuvo constituido por 112 niños registrados independientemente como asmáticos, el registro definitivo de la investigación fue una encuesta confeccionada según la bibliografía revisada.

Los datos obtenidos se codificaron mensualmente y luego se procesaron de forma computarizada por el sistema Microstat. Se utilizaron los métodos estadísticos de distribución de frecuencia y test de hipótesis de proporciones, con una confiabilidad de un 95%.

Estos resultados se presentaron en forma de tablas y con las conclusiones pertinentes.

## RESULTADOS

**Tabla 1. Distribución según edad**

<b>Grupos de edades</b>	<b>No. de Casos</b>	<b>%</b>
<b>0-12 meses</b>	12	10,7
<b>1-4 años</b>	18	16,0
<b>5-9 años</b>	50	44,6
<b>10-14 años</b>	32	28,5
<b>Total</b>	112	100

**Fuente:** Encuesta P < 0,02

En esta tabla se aprecia que las edades de 5-9 años aportaron el mayor número de niños afectados con un total de 50 (44,6%).

**Tabla 2. Antecedentes de padecimientos familiares**

<b>Antecedentes familiares de asma bronquial</b>	<b>No. de Casos</b>	<b>%</b>
<b>Madre</b>	43	38,3%
<b>Padre</b>	27	21,1%
<b>Otros</b>	30	26,7
<b>Ninguno</b>	12	10,7%

**Fuente:** Encuesta P < 0, 02

La tabla 2 expone los antecedentes de padecimientos familiares donde la madre en un 38, 3% es la afectada y el padre en 24, 1%, muestra una mayor proporción, la suma de ambos (62, 4%). Lo que refleja la importancia de la aparición de la enfermedad y su frecuencia de acuerdo a la descendencia.

**Tabla 3. Exposición a factores ambientales**

<b>Factores ambientales</b>	<b>No. de Casos</b>	<b>%</b>
<b>Polvo</b>	40	35,7
<b>Humo</b>	24	21,4
<b>Humedad</b>	48	42,8

**Fuente:** Encuesta P < 0, 02

La presencia de polvo de casa (35, 7%) y humedad (42, 8%) son los factores ambientales que predominaron (Tabla 3).

**Tabla 4. Edad de comienzo de la enfermedad**

<b>Edad de comienzo</b>	<b>No. de Casos</b>	<b>%</b>
<b>Menor de 1 año</b>	81	72,3
<b>1-2 años</b>	20	17,8
<b>Más de 2 años</b>	11	9,8

**Fuente:** Encuesta P < 0,02

La edad de comienzo de la enfermedad (Tabla 4) muestra el grupo de los menores de 1 año como el más afectado con 81 casos (72, 3%).

De un total de 759 niños comprendidos hasta la edad de 14 años se encuentran afectados por la enfermedad 112 (74, 7%).

**Tabla 5. Tratamiento intercrisis**

<b>Tratamiento</b>	<b>No. de Casos</b>	<b>%</b>
Xantinas	19	17
Estabilizadores Mastocitos	7	6,2
Antihistamínicos	63	55,2
Vacunas	9	8,0
Ninguno	4	3,5

**Fuente:** Encuesta  $P < 0,02$

En la tabla 5 se muestra el tratamiento intercrisis y se observa que los antihistamínicos de primera generación con 55, 2% fueron los más utilizados.

## **DISCUSIÓN**

La edad es un factor importante a valorar en la enfermedad bronquial crónica teniendo en cuenta la variedad de alérgenos existentes en el medio ambiente, los mecanismos inmunológicos deficientes en los primeros años de vida del niño, así como su incorporación al medio escolar, además de la proximidad a la pubertad donde se ponen de manifiesto una serie de cambios hormonales, es lo que explica que el grupo de 5-9 años sea el más afectado según la edad. Padrón Velázquez (9) y Sastres de la Peña (10) también reflejan este grupo. Las particularidades anatómicas, fisiológicas e inmunológicas ya referidas, de los primeros años de vida; sobre todo en el aparato respiratorio los predisponen a las enfermedades obstructivas de las vías aéreas. Padrón Velázquez (9) también hace referencia a ello.

Phelan PD (11) plantea que la prevalencia y la severidad del asma está incrementándose, debido al deterioro del medio ambiente, por la contaminación atmosférica, así como la contaminación doméstica, Benítez Hernández MA. (Estudio epidemiológico de la influencia de los factores ambientales en la evolución del asma

bronquial. Policlínico Comunitario Sur. Florida 1991. Trabajo de Terminación de Residencia de Medicina General Integral) y Álvarez Gómez dan a los factores ambientales (polvo-humo-humedad) un papel importante en la génesis de esta afección.

La OPS (13) refiere, aunque en la actualidad existen antihistamínicos H-1 que carecen de la acción anticolinérgica y depresora central (astemisol, loratadina, terfenadina) las indicaciones son similares a los antihistamínicos de viejo uso. Cires M. Vergara (14) plantea que el Ketotifeno es el único antihistamínico que ha mostrado eficacia en el tratamiento intercrisis del asma bronquial.

## **CONCLUSIONES**

La prevalencia del asma bronquial fue de 14, 7%.

La afectación de los niños comprendidos en las edades 5-9 años fue la de mayor frecuencia, el inicio de la enfermedad fue en edades tempranas de la vida (0-12 meses) asociado a la presencia de antecedentes patológicos familiares positivos de asma bronquial .

El mayor número de casos está relacionado con factores ambientales adversos.

Los antihistamínicos de primera generación fueron los más utilizados en el tratamiento de las intercrisis.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Alvarez Sintés R. Densidad de oxígeno en el aire y crisis de broncoespasmo. Rev. Cub. MGI 1995;11(2):161-67.
2. Almiral Collazo JJ. Pruebas de provocación con agua destilada en asmáticos y no asmáticos. Rev Cub Medicina 1991;30(3):11-6.
3. Wyngaarden JB, H Smith LL, Bennett C. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 19ª ed. México: Editorial Interamericana; 1994.p 294-99.
4. Braunwald E. Harrison: Principios de Medicina Interna. México: Editorial Interamericana; 1989. Vol 2. p.1325-27.
5. Cruz Oliver HA. Rehabilitación laboral y tolerancia al ejercicio físico en escolares asmáticos severos. Rev Cubana Ped 1995;67(1):21-8.
6. Hernández Cisneros F. Comportamiento del asma bronquial infantil en la atención primaria. Rev. Cub MGI 1992;8(4):351-56.
7. Alvarez Sintés R Antihistamínicos H1 de segunda generación. Nueva opción terapéutica en el asma bronquial. Rev Cubana MGI 1994;110(3):296.
8. Comentario del Dr. Roberto Alvarez Sintés. Rev Cubana MGI 1994;10(3):56.

9. Padrón Velázquez LM. Caracterización del asmático en la comunidad. Rev Cubana MGI 8(4):333-40, 1992.
10. Sastres de la Peña G. Estudio Epidemiológico del asma bronquial en el Policlínico 13 de Marzo. Rev Cubana MGI 1989;5(3):327-33.
11. Phelan PD. Asthma and children. Epidemiology. Br Med J 1994;308:1524-5.
12. Alvarez Gómez L. Profilaxis del asma bronquial y otras manifestaciones alérgicas respiratorias por sustancias difundidas en el medio ambiente. Rev Cubana MGI 1989;5(1):103-9.
13. OPS. Tres nuevos antihistamínicos no sedantes. En: Medicamentos y terapia. 1990 .p.3-5.
14. Cires M, Vergara E. Guía terapéutica para la atención primaria de salud en Cuba. La Habana: Editorial José Martí; 1995.p.155.

*Dra. Xiomara C. Ledo Recio.* Especialista de I Grado en Pediatría. Policlínico Comunitario Docente Joaquín de Agüero. Camagüey. Policlínico Comunitario Joaquín de Agüero. Camagüey, Cuba