

MORBILIDAD POR ASMA BRONQUIAL EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS EN EL SERVICIO DE URGENCIA

MORBILITY FOR BRONCHIAL ASTHMA IN PATIENT BIGGER THAN 15 YEARS IN THE SERVICE OF URGENCY

Miriam Bravo Sotolongo *, Yisel de la Caridad Fernández Cartaya **

* Doctora, Especialista de 1er grado Medicina General Integral, Máster en Atención Integral al Niño, Metodóloga integral de Docencia Policlínico Campo Florido, Profesora Instructora, Policlínico Docente Campo Florido. Correo electrónico: miribravo@infomed.sld.cu

** Doctora, Especialista de 1er grado Medicina General Integral, Máster en Urgencias Médicas, Metodóloga integral de Docencia Policlínico Campo Florido, Profesora Instructora, Policlínico Docente Campo Florido. Correo electrónico: yfdez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: En Cuba, el asma bronquial se considera un problema de salud donde influyen las condiciones climáticas. Incidiendo en la severidad de las crisis: alérgenos inhalados, infecciones respiratorias virales, e irritantes primarios e inespecíficos. Objetivo: Evaluar la morbilidad por asma bronquial en mayores de 15 años en el servicio de urgencias en el año 2013. Método: Se realizó un estudio descriptivo transversal. El universo de estudio fueron 289 pacientes mayores de 15 años, la muestra aplicando el criterio de experto fue de 204 pacientes para el 70.5%. La fuente de recolección primaria utilizada fue la encuesta aplicada a los pacientes, se analizaron las variables: edad y sexo, severidad de la crisis, etapa de aparición de las mismas, conducta asumida por los médicos en la urgencia y tratamiento utilizado. Resultados: Predominó el grupo de 25 a 34 años con un 24.5 %, siendo la crisis de asma ligera la más frecuente en el sexo femenino, el tratamiento con broncodilatadores Inhalados predominó, con un 11, 2%, la niñez fue la más afectada con un 35.4 %, se observa que el 73.0 % de los pacientes atendidos en cuerpo de guardia, por asma bronquial fueron dados alta al hogar. Conclusiones: La severidad de la enfermedad tuvo relación con la edad, la crisis de asma ligera fue la predominante. Fue el alta al hogar la conducta más frecuente con los pacientes atendidos en la urgencia y el tratamiento con broncodilatadores inhalados fue el más utilizado.

Palabras Clave: asma bronquial, morbilidad, alérgenos inhalados.

ABSTRACT

Introduction: In Cuba, the bronchial asthma is considered a problem of health where they influence the climatic conditions. Impacting in the severity of the crises: inhaled allergens, primary viral, and irritating breathing infections and inespecífic. Objective: To evaluate the morbidity for bronchial asthma in bigger than 15 years in the service of urgencies in the year 2013. Method: He/she was carried out a traverse descriptive study. The study universe was 289 patients bigger than 15 years, the sample applying expert's approach belonged to 204 patients for 70.5%. The source of used primary gathering was the survey applied the patients, the variables were analyzed: age and sex, severity of the crisis, stage of appearance of the same ones, behavior assumed by the doctors in the urgency and used treatment. Results: The group prevailed from 25 to 34 years with 24.5%, being the crisis of slight asthma the most frequent in the feminine sex, the treatment with Inhaled bronchodilators prevails with a 11, 2%, the childhood was the more affected with 35.4%, it is observed that 73.0% of the patients assisted in guard's body by bronchial asthma was given high to the home. Conclusions: The severity of the illness had relationship with the age, the crisis of slight asthma was the predominant one. The high one went to the home the most frequent behavior with the patients assisted in the urgency and the treatment with inhaled bronchodilators it was the most used one.

Key Words: bronchial asthma, morbidity, inhaled allergens.

INTRODUCCIÓN

Con el perfeccionamiento de la Salud Pública en Cuba, y la puesta en práctica de múltiples y diversos programas de prevención, se han erradicado en gran medida las enfermedades trasmisibles que antiguamente constituían un verdadero azote para la humanidad. Todo esto ha conllevado que en la actualidad los principales problemas de salud son las enfermedades crónicas no trasmisibles y dentro de estas, el asma bronquial la cual ocupa sin duda un lugar importante, pudiendo en ocasiones provocar la muerte.^{1,2}

En las dos pasadas décadas se produjo un incremento en las tasas de hospitalización y muerte por asma en muchas naciones del mundo. Países como Estados Unidos, Inglaterra, Alemania, Francia, Canadá, Australia, Nueva Zelandia, entre otros, informaron esta tendencia. Asimismo, se reportó un incremento de la gravedad de los pacientes que eran hospitalizados.³

El incremento de estos índices resultó paradójico en un período en el que, paralelamente, ocurrieron notables adelantos en el conocimiento de la naturaleza inflamatoria de la afección y en su terapéutica. Afortunadamente, estas cifras han tendido a mejorar o estabilizarse en los últimos cinco años, si bien la prevalencia parece aumentar. Estudios en diversos países han demostrado la disminución de los cuadros agudos cuando se instala un manejo adecuado e integral del asma crónica.^{4,5} En Estados Unidos los fallecimientos por asma bronquial ocurren predominantemente en grandes ciudades, lo que sugiere una asociación con el medio urbano. La prevalencia, severidad y mortalidad por asma es mucho mayor entre grupos minoritarios como negros e hispanos, en asociación con factores socioeconómicos relacionados con la pobreza tales como maternidad precoz, hábito de fumar de las madres, bajo peso al nacer, hacinamiento y vivir en ciudades del interior donde el acceso y uso de los servicios de salud puede no ser óptimo.⁶ Otros países como Gran Bretaña y Nueva Zelandia también han tenido un notable incremento en la morbilidad y mortalidad por esta entidad. Paulatinamente al incremento de la mortalidad por asma ha habido un incremento de su prevalencia.^{7,8} En Cuba, el asma bronquial se considera un problema de salud donde influyen decisivamente las condiciones climáticas. Los factores que influyen en la severidad de las crisis son: alérgenos inhalados, infecciones respiratorias virales, e irritantes primarios e

inespecíficos. Se calcula una prevalencia en la población cubana de 8,3 % en el área urbana y de 7,5 % en el área rural. Es la principal causa de morbilidad e incapacidad en los niños y adolescentes de 2 a 17 años de edad; también es muy común en todos los grupos de edades y el 65 % de quienes lo padecen desarrollan síntomas antes de los 5 años de edad.⁹ Se hace necesario enfatizar en la prevención de esta afección, de manera que la responsabilidad de la atención diaria entre el paciente y su familia con el médico, sea más compartida; que los pacientes cada vez sean más capaces de actuar por sí mismos, bajo las orientaciones de los profesionales de la salud. En Cuba hoy día existe el momento propicio para producir un cambio favorable en la mortalidad por esta causa y en la calidad de atención al paciente asmático de manera integral, se cuenta con suficiente potencial técnico y prioridad del problema asma.^{10,11} Los profesionales de salud deben conjugar los conocimientos preventivos y curativos de las enfermedades crónicas no transmisibles, para poder disminuir la morbimortalidad por estas enfermedades¹²⁻¹⁴ para ello se plantearon los siguientes objetivos Caracterizar los pacientes atendidos en el cuerpo de guardia según edad y sexo. Relacionar la intensidad de la crisis de asma bronquial con la edad, tratamiento recibido y etapa de aparición .Determinar la conducta seguida con los pacientes atendidos por crisis aguda de asma bronquial en el servicio de urgencias.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de la morbilidad por asma bronquial en el cuerpo de guardia del Policlínico Campo Florido en el período comprendido de Enero – Diciembre del 2013. El universo de estudio estuvo conformado por 289 pacientes mayores de 15 años con crisis aguda de asma bronquial, que acudieron a atenderse al servicio de urgencia, aplicando el criterio de exclusión se conforma la muestra por 204 pacientes para el 70.5%.la cual constituyo nuestro grupo de estudio.

Criterio de inclusión: Todos los pacientes mayores de 15 años con crisis aguda de asma bronquial atendidos en el servicio de urgencia del Policlínico Campo Florido.

Criterio de exclusión: A todos los pacientes mayores de 15 años atendidos con crisis aguda de asma bronquial que no corresponden al área de salud.

La fuente de recolección primaria que se utilizo' fue la encuesta aplicada a los pacientes mayores de 15 años con crisis aguda de asma bronquial atendidos en el servicio de urgencia del Policlínico Campo Florido en el periodo comprendido de Enero – Diciembre del 2013, además el registro estadístico de las hojas de cargo, se confeccionó la encuesta según la bibliografía consultada utilizando las siguientes variables: edad , sexo , Etapa de comienzo de las crisis de asma ,clasificación de la intensidad de las crisis, tratamiento recibido y la conducta asumida por los médicos con los pacientes en el Cuerpo de guardia.

RESULTADOS

En la tabla 1, se observa que predominaron los pacientes de 25-34 años de edad con un 24.5 %, siendo el sexo masculino el que predominó con un 17,6 %.

Tabla 1: Distribución porcentual según grupos de edades y sexo.

Grupos de Edades	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15-24	23	11.3%	26	12.7%	49	24.0%
25-34	36	17.6%	14	6.9%	50	24.5%
35-44	11	5.4%	20	9.8%	31	15.2%
45-54	8	4.0%	22	10.7%	30	14.7%
55-64	14	6.9%	15	7.3%	29	14.2%
65 y más	7	3.4%	8	4.0%	15	7.4%
Total	99	48.6 %	105	51.4 %	204	100%

Fuente: Encuesta

En la tabla 2 se observa que las edades entre 25 a 34 predominaron en un 11, 2 % con tratamiento recibido en el cuerpo de guardia siendo los Broncodilatadores Inhalados los que predominaron con un 24.4 %.

Tabla 2: Relación entre el Tratamiento Recibido y el grupo de edades.

Grupos de Edades	Tratamiento Recibido								Total	
	Broncodilatadores Parenteral		Broncodilatadores Inhalados		Esteroides		Broncodilatadores Inhalados y Esteroides			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
15-24	10	4.90%	14	6.9%	19	9.31%	6	2.94%	49	24.0%
25-34	13	6.37%	23	11.2%	5	2.45%	9	4.41%	50	24.4%
35-44	6	2.94%	15	7.35%	7	3.43%	3	1.5%	31	15.2%
45-54	3	1.5%	9	4.41%	10	4.90%	8	3.92%	30	14.7%
55-64	5	2.45%	7	3.43%	12	5.88%	5	2.45%	29	14.2%
65 y más	3	1.5%	6	2.94%	4	1.96%	2	1.0%	15	7.4%
Total	40	19.6%	74	36.2%	57	28.0%	33	16.2%	204	100%

Fuente:

Encuesta

En la
La inten-

la crisis de asma predominante fue ligera con un 43.6 %, incidiendo en el sexo femenino con un 27, 0 %.

tabla 3
sidad de

Tabla 3: Relación porcentual entre la intensidad de las crisis del asma bronquial y el sexo.

Intensi-	Sexo	Total
----------	------	-------

Etapas de Las Crisis	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Ligera	34	16.6%	55	27.0%	89	43.6%
Moderada	28	13.7%	35	17.1%	63	31.0%
Severa	21	10.2%	15	7.35%	36	17.6%
Muy Severa	7	3.43%	9	4.41%	16	7.8%
Total	90	44.0%	114	56.0%	204	100%

Fuente: Encuesta

En la tabla 4 Se observa que fue la niñez la más afectada por esta enfermedad con un 35.4 %, siendo la intensidad de la crisis ligera la predominante con un 25,4%.

Tabla 4: Relación porcentual entre la edad de comienzo y la Intensidad de las crisis de asma bronquial.

Etapas de comienzo	Intensidad de las Crisis									
	Ligera		Moderada		Severa		Muy Severa		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Niñez	52	25.4%	10	4.90%	10	4.90%	0	0%	72	35.4%
Adolescencia	34	16.6%	18	8.82%	6	2.94%	1	0.49%	59	29.0%
Juventud	3	1.4%	34	16.6%	9	4.41%	2	1.0%	48	23.4%
Adulthood	0	0%	1	0.49%	11	5.39%	13	6.37%	25	12.2%
Total	89	43.4%	63	31.0%	36	17.7%	16	7.8%	204	100%

Fuente: Encuesta

En la tabla 5 se observa que el 73.0 % de los pacientes atendidos en cuerpo de guardia por asma bronquial fueron dados alta al hogar siendo la intensidad de la crisis ligera la más frecuente con un 35.2 %.

Tabla 5: Relación entre la intensidad de las crisis y la conducta seguida en cuerpo de guardia.

Conducta seguida en cuerpo de guardia	Intensidad de las Crisis								Total	
	Ligera		Moderada		Severa		Muy Severa			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Alta al hogar	72	35.2%	50	24.5%	25	12.2%	2	0.98%	149	73.0%
Ingreso en sala de observación	17	8.33%	12	5.88%	5	2.45%	0	0%	34	16.6%
Ingreso en terapia Intensiva Municipal	0	0%	0	0%	2	0.98%	1	0.49%	3	1.47%
Remisión a atención secundaria	0	0%	1	0.49%	4	1.96%	13	6.37%	18	8.82%
Total	89	43.6%	63	30.8%	36	17.6%	16	7.84%	204	100%

Fuente: Encuesta

DISCUSIÓN

En el análisis de los resultados obtenidos en la tabla 1 se relacionan con la aparición concomitante de los cambios puberales, de hábitos tóxicos como el tabaquismo, y en el caso de la mujer, el embarazo; siendo este último un proceso biológico de gran demanda hormonal y en el que se suceden un sinnúmero de cambios metabólicos.^{12,13}

El comportamiento del sexo femenino en los grupos de edades de 35 y más años puede estar dado por la llegada de la mujer a la etapa del climaterio donde aparecen cambios hormonales que predisponen a la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles; Además en este período pueden aparecer exacerbaciones de crisis de asma bronquial en mujeres que padecían la enfermedad antes de este período.¹³

Estos resultados son similares al estudio realizado por Arévalo Reyes y Victoria L, Villegas en la Ciudad de Bogotá en el año 2012¹⁴ no coincidiendo con los obtenidos por el Dr. Mareao D, Redoux S¹⁵, en su investigación realizada en Francia, donde predominaron los pacientes de 35 a 39 años. En el sexo masculino con un 54%.

En el análisis de los resultados de la tabla 2 los mismos están dados porque la intensidad de las crisis ligera tienen buena respuesta al tratamiento con los broncodilatadores inhalados ya que en otros estudios revisados se demuestra que en la actualidad están en boga dicho tratamiento por una acción rápida y eficaz sin complicaciones¹⁷ ya que tienen una acción directa sobre el epitelio bronquial.

Al analizar la tabla 3 se encontró que en estudios realizados en el Centro de Investigaciones Clínicas, el doctor Lara y colaboradores realizaron un análisis del modelo de clasificación del asma bronquial según la severidad de los síntomas en 100 pacientes adultos de uno y otro sexos de las ciudades de La Habana, Santiago de Cuba y Baracoa por médicos de diferentes especialidades enlazados por la red cubana de salud Infomed en una Lista de Discusión de correo electrónico creada para este propósito (ASMA-L) y obtuvieron que predominaron los pacientes con crisis de asma bronquial muy severa, resultado que se diferencia del registrado en nuestra investigación. Existen varias clasificaciones de acuerdo con la severidad de las crisis agudas, pero es la clasificación clínica la que se usa en el seguimiento de los pacientes porque combina los síntomas y signos con las mediciones funcionales respiratorias y por lo tanto lleva implícita una conducta terapéutica.¹⁷

En el análisis de los resultados de la tabla 4 se demostró que en la medida que avanza la edad la forma clínica que padece el paciente es más severa, nos sugiere que la mayor parte de los asmáticos debutantes en la niñez exhibían crisis de asma bronquial ligera y un por ciento menor la moderada. Quienes debutaron en la adultez presentaban formas clínicas severas de la enfermedad, resultados similares obtiene Sly R.^{17,18}

Según Hernández Cisneros el 17 % de los casos de asma tiene su origen en la infancia, y este mismo autor cita a Brag, el cual señala que el 33,7 %, comienza antes de los 10 años con esta sintomatología. Existen autores que señalan que casi el 50 % de todos los casos de asma, el pico de inicio se localiza por debajo de los 5 años de edad, y en la mayor parte de los niños los síntomas suelen comenzar antes de cumplir los 2 años, coincidiendo este estudio con nuestra investigación.^{19,20}

Estos datos difieren de muchos ofrecidos por la literatura mundial, sin embargo no se puede obviar que el asma es una enfermedad cuyo control primero radica en el ambiente, en el que se conjugan factores sociales, culturales y ecológicos para propiciar su aparición; por lo tanto, cuando a todo esto se une la genética, el grado de severidad aumenta y esto marca las peculiaridades de cada zona.

En la tabla 5 coincide el estudio con numerosas publicaciones planteando que como promedio el 50% de los asmáticos con un tratamiento adecuado en tiempo y forma, las manifestaciones clínicas pueden desaparecer

por años, aunque en un grupo de ellos puede reaparecer el asma bronquial varias décadas después de desaparecida; el 25% se mantendrá asintomático la mayor parte de la vida o teniendo cuadros más esporádicos a la ocasión de ponerse en con factores desencadenantes; alrededor del 24% tendrá que mantener un tratamiento más o menos intenso por tiempo prolongado y menos del 1% presentarán una evolución desfavorable, pudiendo hasta ser mortal, debido en gran parte por el inadecuado del tratamiento y lesiones irreversibles broncopulmonares.^{19,20}

CONCLUSIONES

Predominaron los pacientes con crisis aguda de asma bronquial en las edades de 25 a 34 años, con el sexo femenino. La intensidad de la crisis que predominó fue la ligera, el tratamiento recibido que más predominó fueron los broncodilatadores inhalados. La severidad de la enfermedad tuvo relación con la etapa de la infancia. Fue el alta al hogar la conducta más frecuente con los pacientes atendidos por asma bronquial en urgencia relacionada con la intensidad ligera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez de la Vega AA. Mortalidad por asma: un problema paradójico de carácter mundial. *Rev. Cubana Med* 2011; 31(2): 75-8.
2. McKinney B. Under new management: asthma and the elderly. *J Gerontology Nurse* 2010; 21(11):39-45.
3. Sama S, Christiani D, Milton D. Diagnosis and management of occupational asthma. In: Finn P, editor. *Immunology and allergy clinics of North America. Asthma and the environment*. Vol. 22, Number 4. Philadelphia: W.B. Sanders Company; 2011. p. 791-806.
4. Roca GR, Smith SV, Paz PE, Losada GI, Serret RB, Llanos SN. Asma Bronquial. *Temas de Medicina Interna*. Tomo I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009:119-32.
5. Rodrigo C, Rodrigo G. Evaluación y pronóstico del paciente con crisis asmática severa en la emergencia. *Rev. Med Cub* 2010; 16: 45-57.
6. Toirac E.. Asma Bronquial. En: Roca R et al, editores. *Temas de medicina Interna*, 4ª edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008.
7. Varela AI. Correlación clínica y espirométrica con alérgenos intradomiciliarios y con contaminantes. *Alergia México*, 2010; 48 (4): 107 -9.
8. Guanche GH, Sayas SE, Valera MR. Morbilidad y mortalidad por asma. *Rev. Cubana Med* 2010; 40(3): 169-175.
9. Soto Martínez N M, Soto Quiros M. Epidemiología del asma en Costa Rica. *Rev. méd. (Costa Rica)*. [online]. 2010, vol.39, no.1 :42-53
10. Torres Marco P. Enfermería Médico-Quirúrgica. En: *Valoración en el paciente respiratorio*. Madrid: Mediciones D.A.E (Difusión Avances de Enfermería); 2011. p.258–60.
11. Georganne DM. Asma. *Visión Global de las enfermedades alérgicas. Diagnósticos, tratamiento y factores que obstaculizan la atención adecuada*. *The American Academy Of. allergy Asthma immunology* 2011; 2: 80-144.

12. Ochoa LG, Rico FG, Escobedo G y Cabrera MA. "Questionnaires are on epidemiological to detect patients with Asthma". Departamento de Neumología. Hospital General Dr. Grudencio González Garza. Centro Médico Nacional La Raza. Instituto Mexicano del Seguro Social. México. Revista Alerg Mex 2011; 48 (1): 9 – 14.
13. Fubbigge A, Jackson B, Wright R. Gender and asthma. In: Finn P, editor. Immunology and allergy clinics of North America. Asthma and the environment. Vol. 22, Number 4. Philadelphia: W.B. Sanders company, 2012. p.753-789.
14. Mareau D, Redoux S, et al. Prevalence and Severity of asthma in adolescents in France. *Int J Tubercul and Lung Diseases* 2012; 4 (7): 240 – 280.
15. Arévalo HM, Reyes MA, Victoria L, Villegas A. El asma y la rinitis se han convertido en las enfermedades alérgicas más prevalentes en la población infantil en el mundo. *Rev. med colomb* 2012; 34:4-8.
16. Dueñas S. Asthma: epidemiology. In: Fishman A, editor. *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders*, Vol. I, III edition. New York: McGraw-Hill, 2010pp. 735-74
17. C.A Programa Nacional de Asma Bronquial; Ministerio de Salud Pública. Primera Edición 1998.
18. D Amato G, Liccardi G, D Amato M. Cazzola M. The role of outdoor air pollution and climatic changes on the rising trends in respiratory allergy 2012; 95 (7): 606 – 611.
19. Collet C, María M, Fantin S, Morales R. Rosso A, Ferrara N. Día Mundial del asma: Análisis de la población asistida en un hospital interzonal. *HIGA. Serv Alergia y Neumología* 2010; 33(supl 1):531.
20. Hernández Cisneros F. Comportamiento del asma bronquial en la Atención Primaria. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2012; 19(4): 7-12.