

POLICLINICO DOCENTE "DR. HUMBERTO CASTELLO", LOS PALOS

ASMA BRONQUIAL ALÉRGICA EN LA POBLACIÓN INFANTIL, SU PREVENCIÓN Y CONTROL EN EL NIVEL PRIMARIO DE SALUD.

Dra. Mayra Barreto García¹, Dr. Juan Carlos Castro Cuello², Dr. Idalberto Aguilar Hernández¹.

1. Especialista de I grado en MGI. Asistente
2. Especialista de I grado en MGI y Alergología.

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención donde el universo de trabajo estuvo constituido por 60 niños asmáticos que acudieron al cuerpo de guardia del Policlínico Docente "Humberto Castello" de los Palos durante cuatro meses en 1999, determinándose la severidad de la enfermedad y los factores de riesgo en cada uno de ellos, se aplicó una estrategia de salud con seguimiento durante un año, arribando a las siguientes conclusiones, existe un mayor porcentaje de asistencia a servicios de urgencias en la edad preescolar y durante la adolescencia, con predominio del sexo masculino, los factores de riesgo más importantes fueron el polvo doméstico y el tabaquismo pasivo. Antes de la intervención de salud solo el 20% de los pacientes eran asmáticos intermitentes y persistentes leves, posterior a esta la cifra aumentó a un 86.66 %, demostrándose la importancia del control de esta enfermedad en el nivel primario de salud.

Descriptores DeCS: **ASMA/prevencción & control; PEDIATRIA; ATENCION PRIMARIA DE SALUD**

INTRODUCCION.

El asma bronquial es un desorden inflamatorio crónico de las vías aéreas en la cual muchas células juegan su papel. En individuos susceptibles esta inflamación causa síntomas los cuales están comúnmente asociados con una obstrucción amplia pero variable del flujo de aire que es frecuentemente reversible, tanto espontáneamente como con tratamiento y causa un incremento asociado en la reactividad de la vía aérea ante una amplia variedad de estímulos ¹⁻⁴.

La mayor parte del asma bronquial perenne es producida por aeroalergenos intradomiciliarios, los cuales tienen un papel preponderante en las exacerbaciones y son marcadores de la gravedad del asma en los niños. Entre los factores predisponentes del asma persistente severa se encuentran además la contaminación ambiental y el tabaquismo pasivo en los pacientes de edad pediátrica ⁵⁻

Durante la última década han surgido diversos criterios respecto a la epidemiología del asma bronquial. Existe la impresión generalizada de que se ha producido un aumento en la prevalencia del asma, un aumento en el número de ingresos hospitalarios, un aumento en la severidad de los síntomas a pesar de los nuevos tratamientos, cambios abruptos en la prevalencia y naturaleza del asma en ciertas poblaciones, así como un aumento en la mortalidad en varios países ^{9,10}.

Estudios en diversos países han demostrado la disminución de los cuadros agudos cuando se instala un manejo adecuado e integral del asma crónica ¹¹.

Teniendo en cuenta que el asma bronquial es una enfermedad crónica que comienza en una abrumadora mayoría de los casos en la niñez, se propone destacar la vital importancia de la atención primaria en la prevención y control de la misma.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio de intervención donde el universo de trabajo estuvo constituido por 60 pacientes con antecedentes de asma bronquial alérgica que acuden al cuerpo de guardia del Policlínico Docente "Humberto Castello" de Los Palos, Municipio Nueva Paz en la provincia de La Habana, durante el periodo de enero – abril de 1999.

Los pacientes fueron seleccionados según los siguientes criterios de inclusión:

1. Paciente de cualquier sexo, menor de 15 años de edad.
2. Paciente con un año o más de padecer asma bronquial alérgica.
3. Pacientes que den su consentimiento para participar en la investigación.
4. Paciente que no presente ningún otro tipo de enfermedad asociada.

Los pacientes seleccionados se clasificaron teniendo en cuenta el criterio vigente en nuestro país ¹², basado en la severidad de esta enfermedad y atendiendo solamente a los parámetros clínicos, en cuatro etapas:

Etapa 1 – Asma Intermitente Leve.

Etapa – 2 Asma Persistente Leve.

Etapa 3 – Asma Persistente Moderada.

Etapa 4 – Asma Persistente Severa.

Una vez clasificados correctamente se pasó a determinar los diferentes factores de riesgo en cada uno de estos pacientes, realizándose posteriormente la siguiente intervención de salud.

ESTRATEGIAS DE SALUD ¹³

I - Educación para la salud.

Se educó al paciente y sus familiares a través de un intercambio directo con el médico y la enfermera de la familia tanto en el consultorio como en visitas de terreno, donde se informó las características y evolución clínica del asma bronquial con el objetivo de lograr una participación activa de los mismos en el manejo y control de la misma, pues la errónea creencia que un médico va a curar su enfermedad y el desaliento frente a la repetición de las crisis, induce al niño asmático y a su familia a introducir cambios en el tratamiento e incluso abandonarlo.

II - Control Ambiental

Después de haber identificado los factores higiénico-ambientales que pueden actuar en cada caso como desencadenantes del asma, se le indicó al paciente como erradicarlos a través de las medidas de control ambiental, pues el contacto repetido con los factores de riesgo provoca y mantiene la hiperreactividad bronquial característica del asma.

Medidas de control ambiental sobre los factores de riesgo del asma bronquial ¹³.

1. Forro hermético de nylon en todos los colchones y almohadas del cuarto, limpiar con paño húmedo, no trajinar en momentos de acostarse.
2. Limpieza frecuente de cortinas de baño y juntas de refrigeradores, sacar al sol ropas y zapatos, ventilar escaparates y closet, limpiando su interior.
3. No tener animales dentro de la casa, evitar el contacto con ellos en el exterior (Particularmente gatos, perros y caballos), combatir cucarachas, insectos y roedores.
4. Evitar el uso de perfumes, cosméticos, ambientadores, pinturas barnices e insecticidas en presencia del niño y mantener los frascos bien tapados.
5. Alejar al niño de las cocinas y las lámparas de keroseno así como cambiarse de ropa antes de aproximarse al niño.
6. Erradicar el hábito de fumar y no permitir que se fume en presencia del niño, ni en su dormitorio.
7. Evitar los conflictos familiares, identificar su naturaleza, discutirlos en el seno de la familia con orientación del psicólogo o psicopedagogo.
8. Evitar el contacto del niño con personas enfermas de catarro o gripe, evitar lugares con mucho público y fomentar el lavado de las manos.

III Medicación.

Se les puso tratamiento intercrisis a todos los pacientes según cada caso en particular, teniendo en cuenta que el asma debe siempre considerarse como crónica, pues aun en remisión puede demostrarse obstrucción bronquial; recordar "A enfermedad crónica tratamiento crónico"

Indicaciones: Según forma clínica y rasgos evolutivos y teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1. Se considera por consenso medicamentos de primera línea los corticoesteroides inhalados y el cromoglicato de sodio.
2. Preferir la vía inhalatoria en nebulizaciones ó con inhaladores dosimétricos (spray)
3. Incorporar los antihistamínicos en régimen de administración prolongada como medicación preventiva
4. No despreciar el potencial de la medicina alternativa sino observar sin apasionamiento los resultados y reforzar psicológicamente cualquier efecto favorable que se compruebe, aun cuando solo sea efecto placebo.

IV Rehabilitación física y psicológica

Los pacientes en los cuales existió trastornos físicos y psíquicos como secuela de la severidad y evolución crónica de su enfermedad se rehabilitaron por el especialista correspondiente enseñándose a utilizar los músculos accesorios de la respiración, corrigiendo deformidades físicas y secuelas psíquicas que existieron lográndose un desarrollo físico y psíquico del niño acorde a su edad, con la ayuda y participación del fisiatra, profesores de educación física y psicólogos del área.

Se dispensarizaron y controlaron por un equipo de trabajo compuesto por el médico y enfermera de la familia, pediatra, alergólogo, fisiatra, y psicólogo cada tres meses durante un año, al cabo del cual se volvió a clasificar cada uno de los pacientes para determinar después de la intervención de salud en el nivel primario de salud el grado de severidad de su enfermedad.

Estadística.

El porcentaje no es mas que una proporción multiplicada por 100 cuya ventaja es que nos permite comparar 2 ó más series cuyos totales son diferentes.

En nuestro estudio se determinó el porcentaje de pacientes con asma bronquial intermitente, persistente leve, moderada y severa antes y después de la estrategia de salud, que se aplicó al total de asmáticos en estudio, realizándose posteriormente una comparación de los resultados obtenidos.

RESULTADOS

Del grupo de pacientes asmáticos en estudio (60), el 41.66% (25) tenían menos de 5 años de edad, el 25% (15) de 6 - 10 años y el 33.33% (20) eran adolescentes con una edad entre los 11 y 15 años. Correspondió al sexo masculino el 63.33% (38) y al femenino el 36.66% (22).

Los antecedentes patológicos familiares de atopia estuvo presente en el 83.33% (50) de los pacientes en estudio.

Los factores de riesgo más importantes fueron el polvo doméstico, el tabaquismo pasivo, la humedad, infecciones, animales domésticos y la contaminación ambiental (tabla 1).-

Tabla 1: Relación de factores de riesgo en el grupo estudio.

Factores de riesgo	Grupo Estudio	
	Nº	%
Polvo Domestico	60	100
Hongos (humedad)	42	70
Tabaquismo Pasivo	48	80
Animales Domésticos	32	53.33
Contaminación Ambiental	28	46.66
Infecciones	40	66.66

Antes de la acción de salud, el 53.3 % (32) de los niños asmáticos, solo llevaban tratamiento durante las crisis. Según los parámetros clínicos y la severidad de su enfermedad el 71.66% (43) presentaban asma bronquial persistente moderada, el 8.33% (5) presentaba asma severa, solo el 20% (12) estuvieron clasificados como asmáticos persistentes leves y ninguno de ellos como intermitentes.

Tabla 2: Clasificación de los pacientes en estudio según grado de severidad del asma bronquial antes y después de la acción de salud.

Clasificación	ANTES		DESPUES	
	Nº	%	Nº	%
Asma Bronquial				
Intermitente leve	0	0	15	25
Persistente leve	12	20	37	61.66
Persistente moderada	43	71.66	8	13.33
Persistente severa	5	8.33	0	0
Total	60	100	60	100

Posterior a la intervención de salud, el 100% llevaba tratamiento intercrisis y después de un año de seguimiento y control ningún paciente fue clasificado como asmático persistente severo, solo el 13.33% (8) estuvo dentro de la categoría de asmáticos persistentes moderados, aumentando el numero de niños persistentes leves para un 61.66% (37) y un 25% (15) como intermitentes leves de su enfermedad.

DISCUSIÓN

De los 60 pacientes menores de 15 años que se incluyen en el estudio, predominaron según los grupos de edad, los menores de 5 años y los adolescentes, con el mayor porcentaje de asistencia al cuerpo de guardia por presentar crisis aguda de asma bronquial, el asma es una enfermedad

muy común en la edad pediátrica, en México ocupa el primer lugar como causa de admisión pediátrica en un servicio de urgencias de un hospital general según bibliografía revisada ¹⁰.

El sexo masculino reportó el mayor porcentaje, correspondiéndose con otros autores que hablan de un predominio del sexo masculino en esta enfermedad durante la edad pediátrica ¹⁰.

Más del 80% de los pacientes en estudio, tuvieron antecedentes patológicos familiares de atopia, se plantea que los padecimientos alérgicos están genéticamente determinados y afectan del 20 al 30% de la población general en países desarrollados. En la actualidad se han presentado pruebas de que existen tres regiones del genoma humano (los cromosomas 6p21-3, 5q31-33 y el 11q13) que están relacionados con la expresión de la alergia y el asma ¹⁴.

Los factores de riesgo más importantes fueron el polvo doméstico y el tabaquismo pasivo, se plantea que la mayor parte del asma perenne se debe a la exposición del niño a los alérgenos intradomiciliarios, el pequeño en el hogar está expuesto a los ácaros del polvo doméstico, humedad, animales y principalmente al humo del tabaco (fumador pasivo) ^{5-8,15}.

Antes de la intervención de salud solo el 20 % estaban clasificados como asmáticos intermitente y persistente leve y después de la misma durante un año la cifra ascendió a un 86.66% lo que demuestra la importancia que reviste un adecuado seguimiento y control de esta enfermedad por el médico y la enfermera de la familia en el nivel primario de salud.

El tratamiento del asma crónica en niños reforzado con un programa de educación mejora significativamente la evolución de la misma y la calidad de vida del paciente y sus familiares ¹¹.

En el ámbito internacional se reconoce la necesidad de un tratamiento integral en pacientes con asma bronquial sobre todo en niños ¹⁶⁻¹⁸.

La prevención primaria debe verse como el primer y más importante tratamiento antiinflamatorio del asma bronquial.

CONCLUSIONES

1. Existe un mayor número de asistencia al cuerpo de guardia en el grupo de niños entre 1 y 5 años de edad y en los adolescentes.
2. Hubo un predominio del sexo masculino en el grupo estudio y un alto porcentaje de los mismos presentaban antecedente patológicos familiares de atopia.
3. Los principales factores de riesgo fueron el polvo doméstico y el tabaquismo.
4. Después de la intervención de salud aumentó considerablemente el número de pacientes considerados como asmáticos intermitentes y persistentes leves.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oehling A, Oehling AG. Asma Bronquial. En: Oehling A. Alergología e inmunología clínica. Madrid: McGraw –Hill-Interamericana; 1996.p. 283-318.

2. Oehling A. Alergopatías respiratorias. En: Oehling A. Alergología e inmunología clínica. Madrid: McGraw –Hill-Interamericana; 1996: 261-81.
3. Vargas MH. Interacciones celulares en la patogénesis del asma. Revista de Alergia de México.1994; 51(4):1-8.
4. Gazca Aguilar A, Ortega Cisnero M, Rio Navarro BDEL, Sierra Mongue JJ. Fisiopatogenia del asma. Revista de Alergia de México. 1998; 55(4): 92-7.
5. Bedolla Barajas M, Sandoval Pérez FJ, Ramos C. Asma bronquial, contaminación atmosférica y condiciones climatológicas. Revista Alergia de México. 1999; 56(1): 18-22.
6. Pérez Martín J. Alergenos intradomiciliarios y riesgo para el asma en los niños. Revista Alergia de México. 1998; 55(3): 1-2.
7. Botey Sala J. Prevención y alergia en el niño. Allergol et Immunopathol 1998; 26(3): 81-119.
8. Sierra Martínez JL. Asma grave en pediatría, concepto y factores predisponentes. Alergología et. Immunopathologia. 1999; 27 (2): 43-7.
9. Esevemi JL, Cozzo M, Marin A, Botey J. Epidemiología y cronología de las enfermedades alérgicas y sus factores de riesgo. Allergol. et Immunopathol. 1998; 26 (3): 90-6.
10. Rodríguez Medina R, Gasca Bausa MR, Espinosa FF, Zamora Limón E. Incidencia y prevalencia del asma bronquial en pediatría. Revista de Alergia de México.1998; 55(5):126-9.
11. Rodríguez Medina R, Rodríguez Gómez S, Gasca Banza MR. Evaluación de la calidad de atención al paciente pediátrico asmático. Revista de Alergia México.1999; 56 (4): 104-7.
12. Capitulo 18 Afecciones respiratorias más frecuentes: asma. En: Álvarez Síntes R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: ECIMED; 2001; Vol. 2.p. 469-514.
13. Rodríguez Gavalda R. Programa para la aplicación de las directrices de salud publica al problema asma – infantil por el sistema del médico de la familia. Servicio de alergología e inmunología clínica. Hospital “William Soler”. La Habana. MINSAP.1998.
14. Blanco Quiros A, Castro J, Telleria JJ. Fundamentos biológicos y genéticos de la atopia y el asma. Allergol et Immunopathol 1998; 26(2): 59-73.
15. Pérez Martín J. Prevención de enfermedades en el año 2000. Revista Alergia de México.1999; 56(4):89-92.
16. Sarrazola San Juan D, Salas Ramírez M, Segura Méndez NH, Medrano S, Cairo Cueto SM. Exposición a contaminantes y alergenos en el niño asmático en comparación con el niño sano. Revista Alergia de México. 1997; 54 (1):13-6.
17. Cackcroft DW, Swystun VA. Asthma control versus asthma severity. J Allergy Clin Immunol 1996;98: 1016-8.
18. Aubier M. New perspectives in asthma treatment. The world of allergy, 1999.

SUMMARY.

An intervention study where the study universe was constituted by 60 asthmatic children who assisted to the emergency unit of Los Palos policlinic during four months in 1999, determined the severity of the health and risk factors on each one of them was done. A health strategy with following-up during one year was applied arriving to the following conclusions: there is a higher percent of assistance to the urgent services in kinder age and during the adolescence with predominance of male sex, the most important risk factors were the home powder and the passive smoking before the health prevention.

Subject headings: **ASTHMA/prevention & control; PEDIATRICS; PRIMARY HEALTH CARE**

