
Factores Epidemiológicos y Clínicos del Asma Bronquial

Dr. Osear Armando Ponce-Quezada *, Dr. Emilson

Zehzya-Lozano *, Dr. Jorge Luis Pineda **, Dr. Delmer Nazar-Hernández ***

RESUMEN

Se estudiaron 108 pacientes con diagnóstico preestablecido de Asma Bronquial. Se encontró que el antecedente de Asma Bronquial en la familia, la exposición a agentes alérgicos de diferente tipo (animales, lana, cambios de clima), la Infección Respiratoria Aguda y la ablactación temprana constituyeron los factores de riesgo más importantes desde el punto de vista epidemiológico.

- PALABRAS CLAVES: ASMA BRONQUIAL, FACTORES, EPIDEMIOLOGÍA.

SUMMARY

There have been 108 patients with Bronchial Asthma diagnosis. A characteristic feature is a family history of Asthma, the evidence of sensibilization due to different specific identifiable allergens (animals, wool, climate changes), the acute respiratory infection and the early feeding, very used as risks factors most important about epidemiology face.

- KEY WORDS: BRONCHIAL ASTHMA, FACTORS, EPIDEMIOLOGY.

Pediatras del Hospital Maternoinfantil del Instituto Hondureño de Seguridad Social
Pediatria de Guardia
Hospital General San Felipe
Pediatria del Hospital General San Felipe

INTRODUCCIÓN

El Asma Bronquial es la causa más frecuente de enfermedad crónica en la infancia; sus consecuencias sobre la salud y el crecimiento del niño son variables: Es causa de ausentismo escolar, produce trastornos en el crecimiento, deformidad torácica y manifestaciones de orden psicológico.

La enfermedad se caracteriza por obstrucción difusa en la vía aérea en forma variable, en la cual intervienen edema, aumento de moco y broncoconstricción, todo ello dependiente de hiperreactividad y reversibilidad del proceso obstructivo en forma espontánea o medicamentosa (11,12,17).

La enfermedad es multifactorial y se le reconocen etiológicamente factores de orden bioquímico, inmunológico, alérgico, infeccioso, endocrino y psicológico.

La hiperreactividad de vías aéreas se pone de manifiesto a diferentes estímulos: Ejercicio, olores, humo, frío, infecciones, etc., siendo variable de uno a otro paciente, habiéndose señalado además factores poligenéticos multifactoriales (1,5-8,13,15).

Desde el punto de vista epidemiológico se considera que el 80-90% de las manifestaciones se hacen presente antes de los 5 años de edad y un tercio de los pacientes antes de los 2 años, siendo la gran mayoría de los mismos con síntomas leves. El pronóstico suele ser

bueno con manejo y seguimiento adecuado, pero hay un grupo que suele evolucionar de forma tórpida con grandes dificultades en el manejo (2,11,12).

La búsqueda de una interrelación epidemiológica constituye el principal objetivo de nuestro trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de tipo prospectivo realizado en niños con diagnóstico preestablecido de Asma Bronquial; incluyéndose en el protocolo todos aquellos pacientes menores de 12 años que hayan presentado más de un episodio de broncoespasmo con respuesta satisfactoria al uso de broncodilatadores.

Dichos pacientes acudieron al servicio de Emergencia y/o Consulta externa de los hospitales: Matemoinfantil del Hospital Escuela ubicado en Tegucigalpa, D.C. y Matemoinfantil del Instituto Hondureño de Seguridad Social ubicado en Comayagüela D.C. durante el período comprendido del 1 de febrero al 31 de octubre de 1987; siendo sometidos a un protocolo que recogió los elementos epidemiológicos, clínicos y evolutivos descritos en el presente trabajo.

El criterio de exclusión obviamente consistía en aquellos pacientes con solamente un episodio de bronco espasmo y/o ausencia de respuesta a broncodilatadores, no encontrando este criterio en ninguno de ellos; por lo que formaron parte del estudio los 108 pacientes atendidos en el período.

RESULTADOS

Característica de los pacientes: 108 pacientes se incluyen en el estudio, siendo la mayor parte de ellos preescolares, existiendo una ligera inclinación hacia el sexo masculino con una relación M:F de 1.3:1. Antes de los 5 años de edad el 96% ya habían manifestado los primeros síntomas y antes de los 2 años el 80% (cuadro 1).

La procedencia fue mayor del área marginal y rural en un 74%. No encontramos relación con la característica de la vivienda (cuadro 2); si existió diferencia notable en cuanto al tipo de combustible usado en el hogar (cuadro 3). Los factores de orden emocional-integridad familiar, problemas familiares, cambio de residencia-no tuvieron alta incidencia en estos pacientes (cuadro 4).

Apenas un 38% de los padres fumaban, historia personal de atopia era negativa en el 82% de los casos, y el antecedente de Asma Bronquial en la familia fue positivo en un 85% de ellos (cuadro 5).

La ablactación tardía se vio en un 12% de los casos (cuadro 6), el 96% de los niños recibieron pecho materno (cuadro 7); los factores precipitantes más frecuentes fueron: Infección respiratoria aguda, animales, lana, cambios de clima, ejercicio y medicamentos (cuadro 8 y 9).

CUADRO No. 1

EDAD DE INICIO DE 108 PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL

Edad(meses)	No.	%
0-11	54	50
12-23	33	30.6
24-59	17	15.7
60 y más	4	3.7
Total	108	100.0

CUADRO No. 2

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA DE 108 PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL

Característica	No	%
Piso Cemento	62	57.4
Piso Tierra	38	35.2
Piso Madera	8	7.4
Techo Lámina (Zinc)	65	60.2
Techo Asbesto	25	23.1
Techo Teja	18	16.7
Total	108	100.0

CUADRO No. 3

COMBUSTIBLE USADO EN EL HOGAR DEL 108
PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL

Tipo de Combustible	No.	%
Leña	56	51.8
Gas Kerosene	36	33.3
Electricidad	16	14.9
Total	108	100.0

CUADRO No. 4

AMBIENTE FAMILIAR DE 108 PACIENTES CON
ASMA BRONQUIAL

Ambiente	No.	%
Hogar Integrado	76	70
Hogar Desintegrado	32	30
Sin Problemas Familiares	86	79.6
Con Problemas Familiares	22	20.4
Sin Cambios De Residencia	93	86
Con Cambios De Residencia	15	14
Total	108	100.0

CUADRO No. 5

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ASMA Y
ATOPIA EN 108 PACIENTES CON ASMA
BRONQUIAL

Antecedentes	No.	%
Asma Bronquial	82	75.9
Alergias (Rash)	6	5.5
Rinitis	5	4.6
Eccema	4	3.7

CUADRO No. 6

EDAD DE INICIO DE ABLACTACION EN 108
PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL

Edad(meses)	No.	%
0-3	46	42.5
4-6	50	46.3
Más de 6	11	10.3
Total	107	99.1

CUADRO No. 7

ALIMENTACION A PECHO DE 108 PACIENTES
CON ASMA BRONQUIAL

Recibió Pecho	No.	%
Si	100	95.6
No	8	4.4
Total	108	100.0

CUADRO No. 8

EXPOSICION A AGENTES ALERGENOS EN 108
PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL

Tipo De Agente	No.	%
Animales	64	59.3
Otros Alergenos	21	19.4
Ninguno	23	21.3
Total	108	100.0

CUADRO No. 9

FACTORES PRECIPITANTES EN 108 PACIENTES
CON ASMA BRONQUIAL

Factor	No.	%
Infección Respiratoria	91	84.2
Animales	64	59.3
Ejercicio	26	24
Medicamentos	6	5.6
Cambio De Clima	6	5.6
Lana	2	1.7
Organofosforados	1	0.9
Pintura	1	0.9

DISCUSIÓN

La búsqueda de factores de riesgo en el Asma Bronquial y el establecimiento de la severidad de la enfermedad constituyen al momento una preocupación importante de la Pediatría (11).

En el presente estudio de 108 pacientes en los cuales se había establecido el diagnóstico de Asma Bronquial, nosotros no encontramos diferencias significativas de la enfermedad con respecto al sexo, observando una relación M:F de 1.3:1; lo que concuerda con estadísticas que existen al respecto las cuales reiteran el predominio del sexo masculino por lo menos durante toda la primera infancia, disminuyendo hasta igualarse en la pubertad (2, 6,10-12,14).

Se ha establecido que la edad más frecuente de inicio es antes de los 2 años, jugando el pecho materno y la ablactación un papel importante en la génesis del Asma Bronquial; situación que para otros es contradictoria, en nuestro estudio el inicio de la enfermedad se presentó en la mayoría de los casos antes de los 2 años de edad en un 80% y el 50% antes de 1 año; el 88% de nuestros pacientes habían tenido una ablactación antes de los 6 meses, involucrándose a este tipo de ablactación en el origen del Asma Bronquial (2,5, 6,10,12).

Continúan siendo controversiales las opiniones en cuanto a la influencia de una serie de factores como ser: La exposición a agentes alérgenos de tipo animal, humo de cigarrillo, humo de combustible, etc. Nosotros encontramos una gran predominancia de riesgo por estos factores, sobre todo para los de tipo animal en casi un 60%, en menor incidencia al humo de cigarrillo, leña, gas, lo cual concuerda con lo señalado en otros estudios (1,4,6,8,10,12,16,17).

La idea de que el Asma Bronquial es una enfermedad multifactorial, con una fuerte carga psicosomática donde las influencias de tipo familiar y social se señalan como sobresalientes no fue encontrada por nosotros y ha sido recientemente señalada como un factor contradictorio (6,11,12).

No se observó relación alguna entre la historia personal de Eccema, Rinitis y otras Atopias, situación que se describe como un factor de riesgo cada vez más elevado cuando se combinan. Se encontró una relación sumamente alta en antecedentes familiares de Asma Bron-

quial casi en el 80% de todos los pacientes hecho que coincide con la literatura existente (4-6,10,12,14).

Encontramos una relación muy elevada en la que se involucra a la Infección respiratoria aguda como el factor desencadenante más frecuente, siendo esta una asociación de tipo viral reportada en casi todos los estudios sobre el tema (3,5-7,10-12,15).

Estos resultados plantean que en nuestro medio el Asma Bronquial se comporta como una patología de etiología multifactorial; constituyendo la Infección respiratoria aguda el factor desencadenante más frecuente. Por lo tanto el diagnóstico y prevención de las crisis puede hacerse con medidas sencillas que combinen los hechos epidemiológicos y los hallazgos clínicos en cualquier lugar del país y con personal relativamente poco entrenado, los reportes existentes destacan también lo observado por nosotros y sugieren proposiciones similares (4,9,17,18).

BIBLIOGRAFÍA

1. Brooks SM et al: *Reactive airways dysfunction syndrome (RADS) persistent Asthma syndrome after high level irritant exposures*. Chest 1985; 88(3):376-382.
2. Cruz BE et al: *Prevalencia del Asma Bronquial en escolares de 6-14 años en Santo Domingo, República Dominicana*. Arch Dominic Pediatr 1985;21(1):9-14.
3. Godfrey H: *What is Asthma?*. Arch Dis Child 1985; 60:997-1000.
4. Hen J: *Office evaluation and management of Pediatric Asthma*. Pediatr Ann 1986;15(2):11-124.
5. Hide DW: *Clinical manifestations of AHergy related to Breast and Cow's Milk-feeding*. Pediatrics 1985;76(6):973-974.
6. Horwood LJ et al: *Social and familial factors in the development of early childhood Asthma*. Pediatrics 1985;75(5):859-867.
7. Jenkins CR: *Upper respiratory tract infections and airway reactivity in normal and Asthmatics subjects*. Am Rev Respir Dis 1984;130:879-883.

8. Lefcor NM: *Passive smoking acute effects in Asthma.* *Asthma* 1986;89(2):161.
9. Nickerson BG: *Approach to the wheezing infant.* *Pediatr Ann* 1986; 15(2):99-104.
10. Price J: *Asthma in children: Diagnosis.* *Br Med J* 1984; 288(1):1666-1668.
11. Rees J: *ABC of Asthma: Definition and diagnosis.* *Br Med J.* 1984; 288(5):1370-1372.
12. Speizer FE: *Aspectos epidemiológicos del Asma Bronquial.* Serie Asma Fascículo 1 Sandoz.
13. Stevenson DD et al: *Aspirin sensitivity in Asthmatics.* *Postgrad Med* 1985; 78(3):113-119.
14. Verity CM et al: *Bronchial lability and skin reactivity in siblings of Asthmatic children.* *Arch Dis Child* 1984;59:871-876.
15. Wellier RC: *Infecciones víricas y enfermedades obstructivas de las vías respiratorias en los primeros años de vida.* *Pediatr Clin North Am* 1983;50(5):803-811.
16. Yjeidmann HP et al: *Acute effects of passive smoking on lung function and airway reactivity in Asthmatic subjects.* *Chest* 1986;89(2):180-185.
17. Wiesbaden FE et al: *Asma Bronquial, aspectos clínicos y diagnósticos.* Serie Asma Fascículo 4 Sandoz.
18. Zwerdling RG: *Status Astmaticus.* *Pediatr Ann* **1986;15(2):105-108.**