



Este número

**V. 1 No. 3 Diciembre 1996 ISSN 1028-4338**

**En este número:**

[Aspectos epidemiológicos del Asma: Reseña](#)

[Comportamiento del Asma Bronquial en Cuba](#)

**Aspectos epidemiológicos del Asma: Reseña**

***Lic. Nancy Sánchez Tarragó. UATS Nacional.***

En años recientes se han dado considerables progresos en la comprensión de la patogénesis y el tratamiento del Asma. A pesar de estos avances se está produciendo un incremento en la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad, tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de serlo. Las bases de esta paradoja aún son desconocidas (1). Unos autores aventuran como posible respuesta el aumento de las terapéuticas sintomáticas y el abandono de la búsqueda por encontrar la causa de la enfermedad, así como la poca o nula incidencia sobre ésta (2). Otros manifiestan que:

- El incremento de la morbimortalidad por Asma refleja el incremento a la exposición a alérgenos caseros; el ambiente casero se ha convertido en una de las fuentes más peligrosas de alérgenos tales como polvo, pelos de animales domésticos, antígenos de insectos, moho, entre otros.
- El uso frecuente e inadecuado de los inhaladores beta-agonistas desempeña un papel importante en la mortalidad (3).

## Desencadenantes del Asma

Aunque la etiología específica del Asma se desconoce este problema puede estar asociado a factores familiares, infecciosos, alérgicos, ambientales, socioeconómicos y psicológicos. Entre los desencadenantes más comunes de las crisis de Asma se encuentran:

- Humo de cigarro
- Exposición a alérgenos (polen, pelo de animal, moho, polvo de casa)
- Productos cosméticos (spray, perfume)
- Medicamentos como aspirina, bloqueadores beta, agentes antiinflamatorios no esteroideos.
- Aditivos de alimentos (sulfitos)
- Ejercicios físicos
- Stress emocional como ansiedad, frustración o depresión
- Infecciones virales y bacterianas de las vías respiratorias altas y bajas, incluyendo sinusitis
- Cambios de tiempo
- Contaminantes del aire (2,5,6).

## Factores de riesgo

El mayor factor de riesgo es la atopía o la capacidad de aumentar la respuesta de IgE a alérgenos del ambiente. Sin embargo, otros factores pueden estar relacionados con el desarrollo de Asma no ocupacional, entre ellos las infecciones respiratorias virales, el humo del cigarro, la contaminación del aire y las dietas. Los tres primeros

factores serán comentados a continuación:

## Infecciones Respiratorias Virales

Los virus han sido identificados por métodos convencionales (cultivo viral, serología y microscopía inmunofluorescente) en hasta el 50 % de las enfermedades respiratorias y el Asma en la niñez, y en el 20 % de éstas en los adultos. En los niños que se presentan con infecciones respiratorias, los síntomas de Asma aparecen más comúnmente si la infección fue causada por *rhinovirus* o virus sincitial respiratorio.

Se ha observado también que los niños con Asma parecen más propensos a infecciones virales que otros, aunque no parece ser causado solamente por atopía.

## Humo de cigarro

Muchas evidencias se han acumulado de la asociación entre la exposición al humo del cigarro y la aparición de síntomas y diagnóstico de Asma. La mayoría de los estudios muestran que el factor de riesgo principal es el hábito de fumar en las madres, estimándose que en Estados Unidos, el 7.5 % de los casos de Asma sintomática en la niñez se deben a esta exposición.

Se ha asociado la hiperreactividad bronquial anormal en infantes y niños con el hábito de fumar de sus padres durante el embarazo, sin embargo, no existe consenso en cuanto al efecto del tabaco después del nacimiento. No obstante, esta exposición empeora el Asma de los niños que la padecen. En adultos, este factor de riesgo no ha sido estudiado con exhaustividad.

## Polución del aire

Recientes estudios epidemio-lógicos sugieren que el smog fotoquímico tiene efectos adversos en la salud, aún con niveles relativamente bajos de ozono y dióxido de nitrógeno. Se han efectuado estudios que evidencian que a mayor concentración de ozono, mayor es la aparición de síntomas de Asma. Por otra parte, en Filadelfia, Estados Unidos, el alza de la mortalidad por Asma se ha relacionado más con la calidad del aire que con otros factores como cambios en el mestizaje de etnias, proporción de mujeres y niveles de pobreza (6,7).

Por ejemplo, según un informe publicado del CDC de los Estados Unidos, en 1991 un estimado de 6,4 millones (63 %) de los 10,3 millones de personas con Asma en los Estados Unidos, residían en áreas donde al menos una de las normas de calidad del aire se había violado (4).

## Morbilidad y mortalidad en cifras

En Estados Unidos, según análisis realizados por el CDC con datos de 1982-1991 (el año más reciente disponible), se encontró que la tasa de mortalidad ajustada por edad ascendió en un 40 %, de 3.4 x 1 millón de habitantes (3 154 fallecidos) a 18.8 x 1 millón de habitantes (5 106 fallecidos). Durante este período la tasa se incrementó en un 59 % para el sexo femenino (de 15,4 a 24,6%) y 34 % para el sexo masculino (de 11,7 a 15,7). De 1982 a 1992, la tasa de prevalencia se incrementó en un 40% (de 34,7 x 1 000 a 49,4 x 1 000 ) (4). Entre 1979 y 1987, las hospitalizaciones por Asma en Estados Unidos, en niños, se incrementaron en un 4,5 % por año.

En Estados Unidos los fallecimientos 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 (3, 7).

Otros países como Gran Bretaña y Nueva Zelanda 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. En Nueva Zelanda, la mortalidad por Asma excede a los Estados Unidos en 10

veces. Aunque existen evidencias de que los fallecimientos en Gran Bretaña y Nueva Zelanda pueden estar relacionados con el uso de los Beta-agonistas, las investigaciones epidemiológicas no han podido proveer de explicaciones para las tendencias globales de la mortalidad por Asma y las diferencias mundiales en su prevalencia. Esta dificultad puede atribuirse, en parte, a problemas metodológicos inherentes a las investigaciones epidemiológicas de Asma.

Según algunos investigadores la mortalidad no es el problema, sino la morbilidad, pues el número de hospitalizaciones y atenciones médicas es sustancial y continúa en ascenso. La mortalidad está asociada a la obstrucción pulmonar crónica y al hábito de fumar (3).

En Australia, el Asma es el mayor problema de salud, afectando del 13 al 24 % de los niños y del 7 al 13 % de los adultos (6).

El análisis de los datos de América Latina no pudo realizarse con datos estrictamente de Asma, sino que están englobados bajo la clasificación de Bronquitis crónica y la no específica, enfisema y Asma. Según estas estadísticas, entre 1990 y 1992 los países con mayor número de defunciones por estas entidades fueron México (8 297), Argentina (1 897), Colombia (1 788), Ecuador (1 489), Chile (1 318) y Cuba (1 180). En todos los países el rango de edad donde se observa la mayor cantidad de defunciones es mayores de 75 años. En la mortalidad por sexo predomina el masculino excepto en El Salvador y Nicaragua, donde hay un ligero predominio de los fallecimientos en el sexo femenino (8).

En sentido general, algunos factores que contribuyen al aumento de la morbimortalidad pueden ser una deficiente educación de los pacientes e inadecuado uso de los agentes anti-inflamatorios y beta-agonistas, especialmente en las minorías y los pobres (5).

## Prevención y tratamiento

Algunos investigadores sugieren que nuevos enfoques para prevenir y tratar las infecciones virales pudieran reducir grande-mente la morbilidad por Asma (6). Por otra parte, hoy día se hace gran énfasis en la prevención de las alergias ambientales por medio de la vacunación y en segundo lugar, tratar de evitar las enfermedades que desencadenan los procesos alérgicos (2) .

La morbimortalidad asociada con Asma puede contrarrestarse además con la comprensión del paciente, la educación del mismo y un adecuado control médico.

En 1989, en Estados Unidos se implementó el Proyecto Nacional de Educación para Asma encaminado a incrementar los conocimientos sobre la enfermedad y desarrollar controles más efectivos. Este programa ha desarrollado materiales educativos para pacientes y médicos sobre el tratamiento del Asma durante el embarazo; para los médicos, sobre la educación de los pacientes, y para los educadores, acerca de la actualización y desarrollo del conocimiento del Asma en las escuelas (4). Como tarea epidemiológica fundamental se sugiere promover el uso adecuado de los broncodilatadores (1).

## Referencias

1. Banner AS. The increase in asthma prevalence. Chest 1995; 108 (2): 301-2
2. Mohapatra SS. Ser¿ mejor la prevenci¿n que la curaci¿n de las alergias y Asma en los primeros 20 aZos del siguiente siglo ?. Rev Alerg Mex 1995; 42 (2): 18-9
3. Buist AS, Vollmer WM. Preventing deaths from asthma. N Engl Med 1994; 331 (23): 1584-5
4. From the Centers for Disease Control and Prevention. AsthmaCUnited States, 1982-1992. JAMA 1995; 273 (6): 451-2
5. Shuttari MF, Truman HS. Asthma: diagnosis and management. Am Fam Physician 1995; 58 (8): 2225-35

6. Abramson MJ, Mamm GB, Pattemore PK. Are non-allergic environmental factors important in asthma ? Med J Aust 1995; 163 (10): 542-5
7. Lang DM, Polansky M. Patterns of asthma mortality in Philadelphia from 1969 to 1991. N Eng J Med 1994; 331 (23): 1542-6
8. OPS. Estadísticas de salud en las Américas. 1995; Washington: OPS. 387p.

## Comportamiento del Asma Bronquial en Cuba

*Dr. Ricardo Batista. Esp. en MGI. Ms. Epidemiología. UATS Nacional*

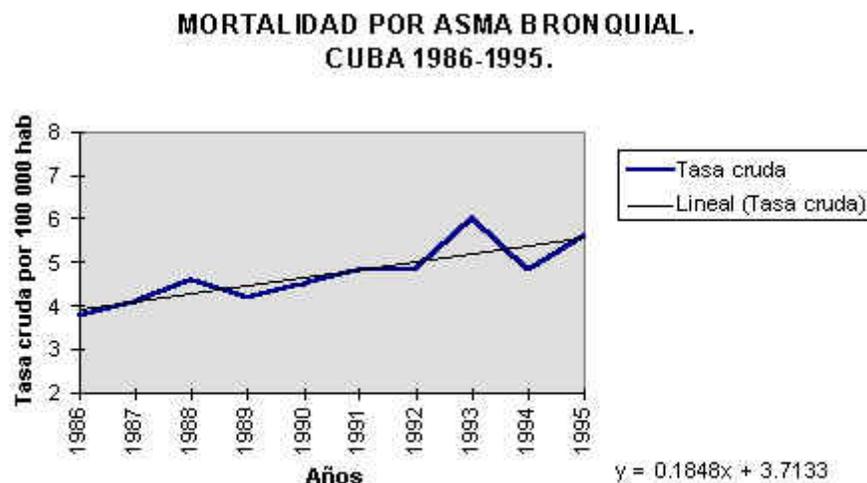
### Morbilidad

La prevalencia del Asma bronquial reportada en Cuba por la mayoría de las estimaciones y estudios realizados, indica cifras entre 35.2 y 40.8 por 1000 habitantes. En 1990 se reportó una prevalencia de 43.4 por 1000 habitantes. A partir de entonces se observa un incremento anual y de acuerdo con el registro de enfermedades dispenzarizadas por el médico de familia se recogen cifras de 45.9; 49.0; 52.7 y 57.2 por 1000 habitantes en los años 92, 93, 94 y 95 respectivamente.

Un aspecto significativo es la atención al paciente asmático; en los últimos años se han dado pasos de avance en este aspecto pero aún existen deficiencias. Un indicador indirecto de esta situación es la mortalidad extrainstitucional de estos pacientes, que en los últimos 10 años se ha mantenido en alrededor del 40 % de todos los fallecidos por esta causa (1).

### Mortalidad

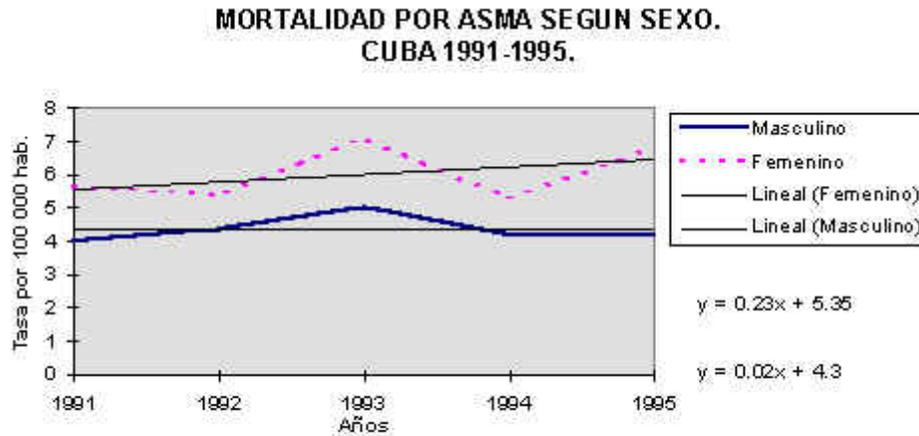
Durante los últimos 10 años la mortalidad por Asma bronquial ha mantenido una tendencia ascendente (Fig 1).



**Fig. 1 Mortalidad por Asma Bronquial L. Cuba 1986-1995.**

El grupo de edad con mayor mortalidad es el de 65 años o más. No obstante, excepto el grupo de 65 a 74 años, en los ancianos ha disminuido ligeramente las muertes por esta enfermedad, todo lo contrario ocurre en las edades más jóvenes (15 a 54 años) donde las tasas aumentan progresivamente.

Según el sexo se observa una sobremortalidad femenina durante los últimos 5 años (Fig 2). Durante ese período las mujeres tienen un riesgo promedio anual de morir 1.4 veces superior a los hombres (6.04 / 4.36).



**Fig.2 Mortalidad por Asma en Cuba según sexo, de 1991-1995**

En la Tabla 1 se reflejan las provincias con mayor incidencia en los últimos cinco años. Como se aprecia Ciudad de La Habana, Matanzas, Guantánamo y la Isla de la Juventud presentan de forma sostenida las tasas más altas.

De forma general todas las provincias tienen una tendencia al ascenso, con la excepción de Camagüey que ha reducido progresivamente el riesgo de morir por esta causa a partir de 1991. El incremento es más evidente en Matanzas, Guantánamo e Isla de la Juventud. La capital, que encabeza la mortalidad en el país, ha reducido ligeramente su tasa en los dos últimos años.

1991	1992	1993	1994	1995
C. Habana (8.4)	La Habana (6.5)	C. Habana (11.4)	C. Habana (9.0)	La Habana (6.7)
Matanzas (5.8)	C. Habana (8.8)	Matanzas (7.6)	Matanzas (6.5)	C. Habana (8.0)
S. Espíritu (4.9)	Matanzas (5.2)	Guantánamo(6.0)	Las Tunas (6.3)	Matanzas (7.0)
S. de Cuba (5.1)	Las Tunas (5.9)	I. Juventud (7.9)	Guantánamo (6.2)	C. de Avila (9.1)
	S. de Cuba (5.0)		I. Juventud (6.5)	Las Tunas (5.8)
	Guantánamo (7.3)			Guantánamo (7.5)
	I. Juventud (5.2)			I. Juventud (10.3)
<i>CUBA 4.8</i>	<i>CUBA 5.0</i>	<i>CUBA 6.0</i>	<i>CUBA 4.8</i>	<i>CUBA 5.6</i>

**Tabla 1. Provincias con tasa de mortalidad por Asma más altas que la media nacional, de 1991 a 1995.**

## Referencias

1. Dirección Nacional de Estadísticas. Boletín Estadístico 1996; No. 3

## Publicación de:

### **Unidad de Análisis y Tendencias en Salud**

**Ministerio de Salud Pública**  
**Calle 23 Esq. N. Plaza de la Revolución**  
**La Habana. Cuba. CP 10 400**  
**Teléf. (537)-329357/ 323914**  
**Fax. (537)-662312**  
**E-mail: [uats@hesp.sld.cu](mailto:uats@hesp.sld.cu)**

**Edición:** Lic. Nancy Sánchez Tarragó

#### **Consejo Asesor:**

Dr. Daniel Rodríguez Millord  
Dr. Ricardo Batista Moliner  
Dr. Pablo Feal Cañizares

**Copyright ©Unidad de Análisis y Tendencias en Salud. MINSAP. 1997**  
**[webmaster@hesp.sld.cu](mailto:webmaster@hesp.sld.cu)**

---