

11237



Universidad Nacional
Autónoma de México



153
29

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado

CIUDAD DE MEXICO
Servicios DDF
Médicos

Dirección General de Servicios Médicos del
Departamento del Distrito Federal
Dirección de Enseñanza e Investigación
Subdirección de Enseñanza
DEPARTAMENTO DE POSGRADO

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN:
PEDIATRIA MEDICA**

**INCIDENCIA DE ASMA BRONQUIAL EN EL HOSPITAL
PEDIATRICO DE AZCAPOTZALCO DEL DDF
DE ENERO A DICIEMBRE DE 1990**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

P R E S E N T A

DR. ANTONIO PERALES ARROYO

PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MEDICA

DIRECTOR DE TESIS:

DR.M. FRANCISCO GUTIERREZ GUZMAN

1991

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Página.
INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	1
MATERIAL Y METODOS	5
RESULTADOS	6
GRAFICAS	7
CONCLUSIONES	11
SUGERENCIAS	11
RESUMEN	13
BIBLIOGRAFIA	14

I N T R O D U C C I O N

El asma bronquial continúa siendo causa frecuente tanto de consulta externa como de admisión hospitalaria en las instituciones del sector salud y privadas; aunque en los últimos años ha habido una disponibilidad en el número creciente de medicamentos cada vez mejores para el tratamiento del asma; ésto contrasta con la frecuencia en el aumento de hospitalización ocasionado por esta patología.

Dicha situación indica la necesidad de examinar y conocer su incidencia tanto en edad, sexo, época del año de mayor presentación así como algunos factores de riesgo en nuestras instituciones de salud.

Conociendo los factores mencionados previamente de nuestra población, podremos a futuro considerar cuidadosamente el tratamiento médico de quienes sufren este padecimiento y disminuir tanto su morbilidad como el ausentismo escolar además de la incapacidad tanto física como emocional.

M A R C O T E O R I C O

La incidencia de asma bronquial en Estados Unidos varía del 1 al 3% de la población en general, en meno-

res de 16 años de edad se incrementa hasta 15%. Se calcula que hay entre 7 y 10 millones de asmáticos, de los cuáles 2 a 5 millones son niños.

Estadísticas recientes refieren que 10.5% de los niños han tenido uno o más episodios de asma a la edad de 17 años. En los últimos 20 años se han introducido muchas sustancias nuevas y diversos sistemas de administración para tratar el asma, sin embargo hasta el momento no se ha apreciado una disminución en el número de ingresos en hospitales por esta causa (1,2,3,4,5).

En Estados Unidos el asma es el trastorno Pulmonar Crónico más frecuente en Pediatría y causa mucha morbilidad, ausentismo escolar, mortalidad e incapacidad tanto física como emocional en algunos casos. Es por ello que debe ser conocido por los equipos de salud de cada Institución la frecuencia con lo que se presenta esta patología en cada una de ellas, dado el incremento de la misma. Varios Países, como Nueva Zelanda, Inglaterra, País de Gales, Canadá así como Estados Unidos y México han señalado un aumento del número de ingresos hospitalarios por asma, especialmente en niños.

No está demostrado que esto refleje una mayor prevalencia o un desplazamiento del tratamiento hacia los hospitales por asma grave. Durante el periodo de 19 años desde 1965 a 1983, el número de ingresos en hospitales por asma en Estados Unidos ha aumentado en 200% para niños (1,2,3,4,5,6,7,8).

En México se desconoce la verdadera incidencia y prevalencia de este padecimiento; en el Servicio de Alergia del Hospital General de la SSA se encontró en el 1.17% de la población general. En el IMSS el asma figura entre los principales motivos de consulta médica por especialidades; en 1983 el asma ocupó el vigésimo quinto lugar. En la población urbana de nuestro País la prevalencia ha aumentado por la contaminación atmosférica, el hacinamiento, tabaquismo y el estrés emocional (1,6,7).

Los cambios observados en la hospitalización podrían deberse a varios factores. La índole de la enfermedad puede estar cambiando en gravedad o en su evolución o puede haber cambios en los informes nosológicos o bien un descubrimiento más frecuente de la enfermedad. Los cambios de cifras de hospitalización puede reflejar una mayor utilización de los cuidados hospitalarios por segmentos de la población que antes no tenían cubierta la enfermedad. También pudieran intervenir modificaciones en el ambiente como la contaminación o la exposición a alérgenos (2,3,4).

Referente a los datos de morbilidad, el diagnóstico de asma puede retrasarse o errarse por el curso variable del padecimiento y las dificultades existentes para distinguir el asma de otras enfermedades, no debiendo esto ser un problema clínico en niños ya que la bronquitis

crónica y el enfisema son insólitos exceptuando casos de anomalías específicas como fibrosis quística, displasia broncopulmonar y otros trastornos raros (2).

La respiración sibilante en niños de más de 2 años de edad, tiene mayor tendencia a ser una manifestación de asma; sin embargo aunque se refiere que el asma y la bronquiolitis en el primer año de vida son extremadamente difíciles de distinguir. Se ha encontrado que más de la mitad de los niños que sufren asma tienen sibilancias en los primeros 2 años de vida y el 25% de los casos se presenta antes del año de edad (9).

Otro de los aspectos importantes para desencadenamiento de asma es el aire contaminado de las industrias encontrándose mayor número de partículas suspendidas en el aire de Dióxido de Azufre, monóxido de carbono y ozono. Las infecciones de las vías respiratorias de etiología Viral son la causa más importante como factor desencadenante de asma; mencionándose al virus sincitial respiratorio como agente causal en el 27 a 50% a los 2 años de edad y hasta 93% en los primeros 14 años de vida. Otros agentes en niños de mayor edad son Rinovirus, Parainfluenzae tipos 1 y 3, Adenovirus y Enterovirus (2,9, 10). Se refiere en las estaciones de Otoño e Invierno un incremento de hasta 40% de los episodios de asma en niños siendo secundario esto a aumento de infección de

vias respiratorias. Es de mencionar también la controversia que hay en las diferentes citas bibliográficas sobre nivel socioeconómico y asma, difiriendo éste en dos estudios realizados la prevalencia del mismo (2,11,12).

M A T E R I A L Y M E T O D O S

El tipo de investigación realizado fué Observacional, Retrospectivo, Descriptivo y Transversal siendo la investigación sin riesgo. La investigación se llevo a cabo en el Hospital Pediátrico Azcapotzalco del DDF.

Se recolectaron todos los expedientes clínicos de hospitalización archivados durante el periodo comprendido del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 1990, con diagnóstico clínico de asma bronquial de pacientes con edades comprendidas entre los y 15 años de ambos sexos.

Los criterios de inclusión fueron pacientes de 2 a 15 años de edad de ambos sexos de hospitalización con diagnóstico clínico de asma bronquial. Los criterios de exclusión son menores de 2 años de edad o mayores de 15 además de expedientes clínicos incompletos.

El tratamiento estadístico se efectuó con: Medidas de Tendencia Central y de Dispersión así como su

representación gráfica en tablas de contingencia representando cada variable (Edad, Sexo, Epoca del año de mayor presentación del asma).

R E S U L T A D O S

Se recolectaron 155 expedientes clínicos con diagnóstico de asma bronquial de pacientes con edades comprendidas entre los 2 y 15 años de edad del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 1990.

Se excluyeron doce expedientes en base a los criterios de exclusión dando un total de 143 pacientes de los cuáles 82 fueron del sexo masculino representando el 57.3% y 61 del sexo femenino constituyendo el 42.6% de éstos con relación de 1.34-1 con predominio del sexo masculino (Gráfica I).

Se formaron 3 grupos de acuerdo a la clasificación de las etapas pediátricas correspondiendo:

- A) Etapa Preescolar de 2 a 5 años de edad, con un total de 86 pacientes; siendo 47 (54.6%) del sexo masculino y 39 (45.3%) del sexo femenino (Gráfica 2).
- B) Etapa Escolar comprendió un total de 56 pacientes

siendo 34 (60.7%) del sexo masculino y 22 (39.2%) del sexo femenino (Gráfica 3).

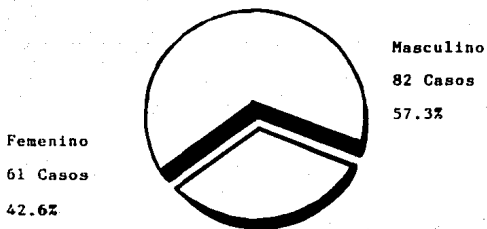
- C) Adolescencia con un paciente solamente del sexo masculino de 15 años de edad.

La etapa Preescolar predominó con 60.13% de los 143 pacientes; la Escolar con 39.16% y la Adolescencia con 0.69% (Gráfica 4).

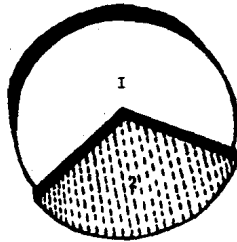
La época del año de mayor presentación del asma fué durante Otoño e Invierno representando el 58% siendo similar a lo referido en las diferentes citas bibliográficas, coadyuvando ésto con la mayor presentación de infección de Vías Respiratorias Altas de etiología viral en esa época del año.

G R A F I C A S

Gráfica 1 Sexo de 143 pacientes con Asma Bronquial.



Gráfica 2 Etapa Preescolar

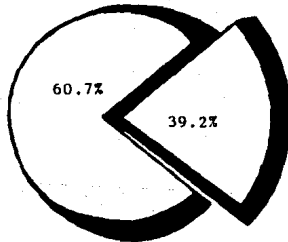


Total de Pacientes:
86.

1.- Masculino: 47
Pacientes (54.6%)

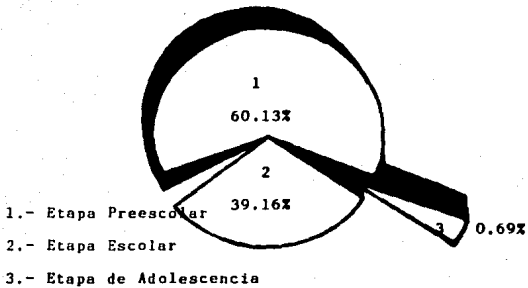
2.- Femenino: 39
Pacientes (45.3%)

Gráfica 3 Etapa Escolar

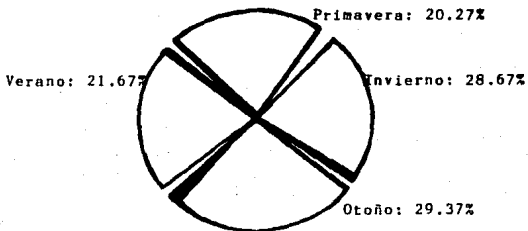


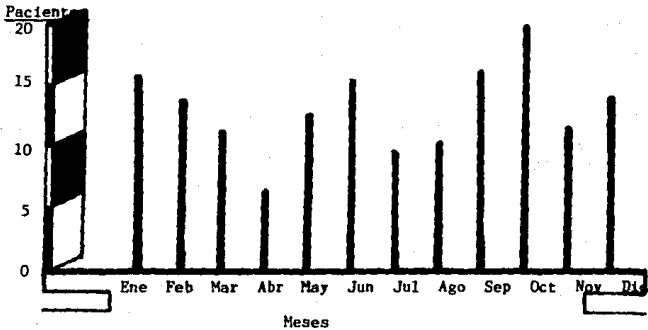
56 Pacientes:
Masculino 34
Femenino 22

Gráfica 4 Porcentajes de Pacientes por Etapas:



Gráfica 5 Porcentajes en Epocas del año:





Gráfica 6 Pacientes de Asma Bronquial según Hospitalizaciones mensuales, Hospital Pediátrico Azcapotzalco, 1990.

C O N C L U S I O N E S

- 1.- No se presentó una diferencia significativa en cuanto a los sexos afectados.
- 2.- En el presente estudio se corrobora que la frecuencia de asma bronquial tanto en la etapa Preescolar como Escolar continúa siendo elevada con más del 99% del grupo estudiado.
- 3.- La etapa más frecuentemente afectada por asma bronquial fué la Preescolar con 60% de los pacientes con dicha patología y la Escolar con 39% corroborándose con ésto la necesidad de mayor investigación en la detección, prevención y tratamiento en forma oportuna del asma en las etapas mencionadas.
- 4.- La época del año de mayor presentación del asma fué durante el Otoño e Invierno representando el 58% de ambas épocas en el presente estudio.

S U G E R E N C I A S

- 1.- Elaborar un diagnóstico preciso y uniforme del asma en base a la Clasificación Internacional de las enfermedades y no denominarlo como hiperreactividad bronquial, bronquitis, broncospasmo bronquial, bronquitis asmático etc.

- 2.- Realizar un mejor control de los expedientes para la elaboración de mejores estadísticas.
- 3.- Promoción y Educación de la Salud en relación a este padecimiento (asma) tanto para la familia, el paciente y el médico además de otros profesionales de la salud con la finalidad de que haya un mejor status de vida para el paciente asmático y consecuentemente con la disminución de su Morbilidad.

R E S U M E N

Se realizó un estudio Observacional, Retrospectivo en el Hospital Pediátrico Azcapotzalco del DDF para conocer la incidencia de pacientes asmáticos hospitalizados en esa institución. Se estudiaron un total de 143 pacientes con diagnóstico clínico de asma con edades entre los 2 y 15 años de ambos sexos.

De los 143 pacientes 82 fueron del sexo masculino representando 57.3% y 61 del sexo femenino con 42.6%. Se formaron 3 grupos de acuerdo a la Clasificación de las Etapas Pediátricas correspondiendo a la Etapa Preescolar 86 pacientes siendo 47 (54.6%) del sexo masculino y 39 (45.3%) del sexo femenino.

La Etapa Escolar comprendió a 56 pacientes 34 fueron del sexo masculino (60.7%) y 22 (39.2) del sexo femenino; en la Adolescencia solo hubo un paciente. La Etapa Preescolar predominó con 60.13% de los 143 pacientes, la Escolar con 39.16% y la Adolescencia con 0.69%.

Se requiere elaborar un diagnóstico preciso y uniforme del asma para elaboración de trabajos subsecuentes. Finalmente se necesita enseñanza adecuada para el paciente, la familia y el médico para disminuir su Morbilidad.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Arana Muñoz Oswaldo, Gardida Chavarria Angel; Asma, en Introducción a la Pediatría, 3a. Ed. México, Méndez Oteo; 1988, 709-714.
- 2.- Friday A. Gilbert y Fireman Philip; Morbilidad y Mortalidad por Asma. En Clínicas Pediátricas de Norteamérica, Interamericana, México; 1988, 5, 1247-1260.
- 3.- Evans R. Mullaly D.I. National Trends in The Morbidity and Mortality of Asthma in The United States. Chest, 1987, 91, 658-665.
- 4.- Halton N. Newacheck PW; Trends in The Hospitalization For Acute Childhood Asthma, 1970-1984. Am. J. Public Health, 1986, 76, 1308-1311.
- 5.- Buist A. Sonia; Mortalidad por Asma, ¿Qué hemos aprendido? Progresos en Ciencias Médicas, 1988, 2, 43-44.
- 6.- Rosales Acero Rafael, Karam Bechara José. Asma Bronquial, En Neumología Pediátrica; 2da. Ed. México Fco. Méndez Cervantes; 1988, 219-236.
- 7.- Kretschmer Schmidt Roberto; Asma. En Síndromes Pediátricos, 3a. Ed. México, Interamericana; 1987, 314-331.
- 8.- Miles Weinberger. Terapéutica Asmática en Niños, En Clínicas Pediátricas de Norteamérica; 1989, 5, 1347-1374.

- 9.- Hilton Saskia, Edwards David, Hilton John; Asma. En Radiología Pediátrica; 1a. Ed. México, Manual Moderno 1987, 64-76.
- 10.- Ellis Elliot F. Asma. En Nelson Tratado de Pediatría 12a. Ed. México, Interamericana; 1986, 1, 559-566.
- 11.- Weiss KB; Seasonal Trends in US Asthma Hospitalizations and Mortality. JAMA; 1990, 263(17), 2323-2328.
- 12.- Mitchell EA; Stewart A.L. Pattemore PK. Socioeconomic Status in Childhood Asthma. Int. J. Epidemiol; 1989, 18(4), 888-890.