

## Editorial

### Asma bronquial: “certificado de larga vida”

*La etapa de formación de un médico o una enfermera es posible que transite sin hacer contacto directo con un grupo de afecciones de salud, las que sólo conocerán a través de publicaciones científicas; mas lo que no es posible, es que un médico o enfermera -sin distinción de especialidad- no se enfrente en su vida a casos de asma, bien para establecer un diagnóstico, hacer indicaciones terapéuticas, o informar de su presencia, lo que refuerza el criterio de su alta frecuencia en la población.*

*El asma se ha considerado un problema sanitario en el nivel mundial, en atención a la magnitud alcanzada en términos de la morbilidad y mortalidad que produce, la discapacidad en pacientes mal manejados y los años de vida potenciales perdidos que aporta; la repercusión que tiene sobre el paciente, sus familiares y la sociedad – a lo que se añaden los costos sociales que provoca–, más su vulnerabilidad y posibilidad de modificación, la hacen susceptible de acción.*

*Es la más común de las condiciones crónicas entre niños<sup>1</sup> en el mundo desarrollado. La ausencia de procedimientos estandarizados para su diagnóstico hace que se subestime o sobrestime la verdadera prevalencia. En niños se han reportado variaciones que alcanzan hasta 30 % en diferentes poblaciones. Se conoce que más de 5 % de las poblaciones de las sociedades industrializadas sufren asma.<sup>2</sup> Se observa en todas las razas, estratos sociales y ubicación geográfica.*

*Existen evidencias de que la prevalencia del asma tiende a incrementar en el mundo.<sup>3,4</sup> La incidencia tiene una distribución bimodal que proyecta una curva mayor inicial durante los primeros años de vida y luego otra más pequeña, después de los 20 años. Durante la niñez predomina en el sexo masculino.<sup>1</sup>*

*En Cuba el asma es considerada una afección frecuente, de la que se tiene información fidedigna a partir de un estudio realizado en San Antonio de los Baños, municipio de la provincia Habana, que fue utilizado como estudio piloto, para una posterior investigación nacional. La prevalencia registrada fue 9,7 % (10,4 % en área urbana y 5,8 % en área rural).<sup>5</sup>*

*En la actualidad la verdadera prevalencia del asma en Cuba se desconoce. Los datos de pacientes dispensarizados muestran una tendencia al ascenso que fue más evidente a partir del surgimiento del Plan del Médico y la Enfermera de Familia, lo que expresa una pesquisa cada vez más activa de esta condición, sin que se alcancen aún las cifras esperadas. Al cierre del año 1998, los pacientes dispensarizados en el país, representaban 6,4 % de la población. La incidencia fue de 2,4 por cada 1 000 habitantes, sin distinciones apreciables según sexos.<sup>6</sup>*

*Múltiples publicaciones<sup>1,3,7</sup> informan sobre un incremento de la mortalidad por asma en varios países. En Cuba puede afirmarse, sin dudas, que la información sobre mortalidad por asma es confiable, por su calidad, integridad y amplia cobertura; criterio que ha sido respaldado tanto por evaluaciones internas como externas, a lo que se añade que en todos los casos los certificados de defunción son expedidos con el criterio del médico de asistencia.<sup>8</sup>*

*Tasas crudas y ajustadas de mortalidad mostraron una tendencia al ascenso durante el período 1980-1996. En los años 1997 y 1998 el riesgo de morir por esta causa se redujo (2,9 y 3,0 por 100 000 habitantes respectivamente). Con independencia del período analizado, se observa una sobremortalidad femenina que se expresa en todos los años.<sup>9</sup>*

*Resultados de una investigación realizada, sobre “Factores asociados a la mortalidad por asma en Cuba” en 1993, por Varona P., Bonet M., y otros, identificaron la baja escolaridad, la no valoración adecuada de la enfermedad, la presencia de crisis en los últimos 15 días y el uso excesivo de spray broncodilatador ( 8 o más veces en el día), como los más vinculados con la mortalidad.*

*Se ha señalado,<sup>10,11,12</sup> que la notificación de la mortalidad por asma, en el grupo de 5 a 34 años, se aproxima más a la realidad que en otros grupos y es ahí donde el análisis cobra más fuerza, pues otros procesos como bronquiolitis, bronquitis crónica y enfermedades cardiovasculares ensombrecen con menos frecuencia el diagnóstico de muerte, y permiten una exactitud promedio que supera a 85 %. Debe recordarse que los factores más influyentes en la mortalidad en este grupo se asocian fuertemente al manejo del paciente más que a otros elementos. A partir de 1996 se observa una disminución del riesgo de morir por esta causa en este grupo, que fue 0,7 por 100 000 habitantes en 1998.*

*Se ha observado en los últimos años un incremento de la mortalidad extrainstitucional, en la que el trayecto como sitio de ocurrencia cobra cada vez más fuerza. Esto hace pensar que la insuficiente educación de pacientes y familiares sobre la enfermedad es aún un eslabón muy débil, que unido al también insuficiente tratamiento intercrisis, hacen del asmático un paciente vulnerable.*

*Los costos por asma, tanto directos como indirectos e intangibles, estimados en países desarrollados, se han convertido en pérdidas importantes. En países como EE.UU. en el año 1990, representaron 0,5 a 1 % del gasto total en salud; el costo por año y por paciente fue calculado en 640 dólares; en Australia, 326 dólares y en Suecia 1 315 dólares).<sup>13,14</sup> Cálculos realizados en Cuba, según información del profesor Adolfo Rodríguez de la Vega en un documento dirigido al Ministerio de Salud Pública en 1989 sobre Aspectos epidemiológicos del asma bronquial, estiman que se gastan 6 dólares por habitante por año.*

*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;<sup>15</sup> que los pacientes cada vez sean más capaces de actuar por sí mismos, bajo las orientaciones de los profesionales de la salud. Esta situación ha recibido el nombre de*

*automanejo, en aras de reducir la morbilidad, la mortalidad, los costos de atención a la salud y aumentar la calidad de sus vidas. Esto implica reconocer cambios no sólo en el comportamiento de los pacientes y sus familiares, sino también en los profesionales y el sistema de atención médica, para lograr así una interacción básica entre el profesional de la salud y el paciente, que potencie el papel del médico como educador.*

*En concordancia con las prioridades expresadas en las estrategias de la salud cubana, se ha desarrollado un proceso de actualización del Programa Nacional de Asma, que incluye entre sus directrices generales, considerar al médico y la enfermera de familia como piedra angular de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación del paciente asmático, su objetivo general es mejorar la calidad de vida de estos pacientes, así como de los que se encuentran en riesgo de enfermar y reducir la mortalidad por esta condición.*

*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, sólo se debe contribuir a cumplir la declaración que expresa que los asmáticos deben tener un “certificado de larga vida” .*

***Dra. Patricia Varona Pérez  
Especialista de II Grado en Epidemiología, Investigadora Agregada  
Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM)***