

ARTÍCULO ORIGINAL

Comportamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el municipio de Caimanera

Behavior of chronic obstructive pulmonary disease in the municipality of Caimanera

Dra. Marvelis Cobas Brizo

Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor. Policlínico Universitario "Ramón López Peña" de Caimanera. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se realiza una investigación descriptiva en el Policlínico Universitario "Ramón López Peña" del municipio Caimanera, sobre el comportamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica durante los años comprendidos entre 2007-2011. El universo estudiado fue de 49 pacientes. La información se obtuvo de los registros en los consultorios y en el Departamento de Estadística de Salud de esta institución y se estudiaron las siguientes variables: ocupación, patrón de la espirometría, hábito de fumar, edad, sexo e incidencia de la morbilidad. De los pacientes estudiados se obtuvo mayor porcentaje en los ocupados, con mayor incidencia en el patrón espirométrico obstructivo moderado, como factor de riesgo desencadenante: el tabaquismo. La enfermedad predominó en las mujeres de 50 años de edad y hubo mayor incidencia en el año 2011.

Palabras clave: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, prevención, hábito de fumar

ABSTRACT

A descriptive investigation was carried out in the "Ramón López Peña" University Polyclinic of Caimanera, on the behavior of chronic obstructive pulmonary disease during the years 2007-2011. The universe was studied, 49 patients. The information was obtained from the records in the clinics and the Department of Health Statistics of this institution and the following variables were studied: occupation, pattern of spirometry, smoking, age, sex and incidence of morbidity. Of the patients that were studied, a higher percentage was obtained in the employed, with a higher incidence in the moderate obstructive spirometric pattern, as a risk factor triggering: smoking. The disease predominated in women aged 50 years and had a higher incidence in 2011.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease; prevention; smoking habit

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad crónica y es una de las más comunes del mundo, que continuará aumentando en su mortalidad porque la mayoría de las personas que la padecen tienen una causa prevenible, como es el tabaquismo. Se estima que la EPOC está infradiagnosticada ya que se establece su diagnóstico al 25 % de los casos, permaneciendo el otro 75 % oculto. La prevalencia está entre el 2.5 y 3.5 % de la población adulta y llega al 19 % en los mayores de 65 años ¹

La definición variable e imprecisa de la EPOC ha hecho difícil cuantificar la morbilidad y la mortalidad de esta enfermedad en países desarrollados y en aquellos en vías de desarrollo. En Brasil, se realizó un estudio que la prevalencia de EPOC que varió entre 7.8 – 19.7 %; en España afecta al 9 % de la población y alrededor de 14 000 millones de personas en los EE.UU.²

En Cuba, el comportamiento de la enfermedad es similar. Esta se ubica entre las diez primeras causas de muerte. En la provincia de Guantánamo no se ha caracterizado como problema de salud, ya que no constituye una de las tres primeras causas de muerte al igual que en el municipio de Caimanera.³

MÉTODO

Se realiza el estudio que por su diseño se clasificó como descriptivo y prospectivo, con el objetivo de determinar los aspectos relacionados al comportamiento de la EPOC en el Policlínico Universitario "Ramón López Peña" del municipio Caimanera durante el período comprendido entre los años 2007 y 2011.

El universo de estudio se constituye por los 49 pacientes que viven en el municipio con diagnóstico de EPOC y de los que se diagnosticaron durante la pesquisa. El diagnóstico de EPOC fue realizado por los médicos de asistencia y el Especialista de Medicina Interna.

La recolección de la información primaria se realiza con el empleo de una planilla de vaciamiento donde se procedió a revisar los correspondientes expedientes clínicos e identificar las variables de estudio como: ocupación, patrón de espirometría, hábito de fumar, edad, sexo e incidencia de la morbilidad.

La información obtenida fue captada en base de datos para su procesamiento automatizado y luego procesada estadísticamente.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la Tabla 1 se refleja el análisis de la ocupación de los pacientes con EPOC. Donde presenta en mayor porcentaje en los expuestos a la contaminación atmosférica, es decir, a la inhalación del humo de la leña y la exposición al polvo en el lugar de trabajo.

Tabla 1. Ocupación

Ocupación		No.	%
Trabaja	Cocinero	18	36.7
	Pescador	2	4
Jubilado		10	20
Ama de casa		12	24
Desvinculado		7	14
Total		49	100

A pesar de que se han mejorado las condiciones de los utensilios de cocina desde hace 5 años, en las viviendas, con el uso de cocina eléctrica y algunos centros laborales, son los cocineros (18, 36.7 %) y las amas de casas (12, 24 %) los que continúan utilizando la leña para cocinar los alimentos de los animales y los de mayor presencia en nuestro estudio.

La exposición del humo de la leña es una causa relevante de EPOC en los países en vía de desarrollo. En el mundo en más de 3 millones de personas es común el uso de la leña, esta se utiliza de manera no procesada o como carbón vegetal y tiene como fin ser combustible para cocinar y para la calefacción. Este combustible genera altos niveles de productos tóxicos (monóxido de carbono, dióxido de nitrógeno) que afecta el aparato respiratorio.

Junemann y Legarreta demostraron en su investigación que la exposición al humo de leña provoca EPOC y predomina en las mujeres porque permanecen más tiempo dentro de la vivienda⁴. La enfermedad presenta una evolución crónica y aparece después de una exposición de varios años por la concentración exagerada de polvo en el aire.⁵⁻⁷

Según el análisis del patrón de la espirometría (Tabla 2), hubo un ascenso de una obstrucción moderada de la vía aérea con 33 pacientes (67 %), seguido de obstrucción mixta con 12 casos (24 %) y la obstrucción ligera en 4 casos (8 %).

Tabla 2. Estudio de patrón de la espirometría

Patrón de espirometría	No.	%
Obstrucción ligera	4	8
Obstrucción moderada	33	67
Obstrucción mixta	12	24

Álvarez y colaboradores⁸ realizaron el estudio del patrón espirométrico a pacientes con EPOC que asistieron a la consulta de Neumología, con predominio de la obstrucción moderada y le continúa la obstrucción mixta. Estos resultados coinciden en nuestro estudio, pues es el examen indicado para la pesquisa y diagnóstico de pacientes con EPOC. El resultado de una espirometría siempre debe ser analizado en conjunto con el resto de la información clínica, ya que aisladamente puede inducir errores. Además, nos permite evaluar de forma objetiva la respuesta a un tratamiento y seguimiento de la evolución^{9 10}

En la Tabla 3 se analizan los pacientes según hábito de fumar. El mayor número se encontró en los pacientes fumadores. El tabaquismo es el principal factor en la génesis de este proceso, es el responsable de más del 75 % del total de casos del mundo. Cuando el paciente con EPOC fuma, el efecto nocivo no solo afecta los pulmones sino que contribuye a muchas otras enfermedades como las cardiovasculares, síndrome metabólico, osteoporosis, infertilidad y otras ¹¹

Tabla 3. Hábito de fumar

Hábito de fumar	No.	%
Fuma	37	75.5
Ex fumador	10	20.4
Nunca fumó	2	4.0

Villalobo y colaboradores realizaron un estudio acerca del tabaquismo en México, obteniéndose como resultado un incremento de fumadores a los exfumadores.¹² Los pacientes que abandonan el consumo del tabaco consiguen reducir el ritmo de deterioro de la función respiratoria y tienen una supervivencia mayor. No todos los fumadores desarrollan un EPOC, ya que sólo del 15 al 20 % llegan a padecer la enfermedad. Los exfumadores habían abandonado el consumo del tabaco debido a la gravedad de la enfermedad. La mortalidad de los fumadores es 15 veces mayor que los no fumadores ¹³

En el estudio existe un ascenso en el sexo femenino en edades de 50 a 59 años (Tabla 4), lo cual se debe a la exposición al humo de combustible sólido dentro del hogar, especialmente la leña.

Tabla 4. Grupos de edades y sexo

Grupo de edad	Femenino		Masculino	
	No.	%	No.	%
30 - 49	2	4	5	10
50 - 59	12	24	10	20
60 - 69	3	6	5	10
70 - 79	4	8	3	6
80 y más	2	4	3	6

Leborda y Conget observaron que la edad es un factor que condiciona el pronóstico de la EPOC y existe correlación con la calidad de vida, de forma que a mayor edad corresponde una peor calidad de vida.¹⁴

Dreyse y otros autores analizaron de que existe un ascenso en el sexo femenino para la aparición de la EPOC debido a la exposición al humo de la leña.¹⁵ Los enfermos con déficit de alfa 1 antitripsina representan el 1 % y pueden desarrollar EPOC. A nivel mundial predomina en el 80 % de los varones; la incidencia en la mujer aumenta porque coincide con el mayor consumo de cigarrillos. La tasa de mortalidad es superior en el sexo masculino como en todos los países.¹⁶

La morbilidad de la EPOC aumenta con la edad y es mayor en hombres que en mujeres. La prevalencia en el municipio de Caimanera es de 12 casos, pero la incidencia es de 49 casos estudiados, cifra que aumentó progresivamente en los años estudiados (Tabla 5), con mayor incidencia en el año 2011.

Tabla 5. Morbilidad

Años	Total de incidencia
2007	4
2008	8
2009	9
2010	13
2011	15

Por la pesquisa realizada en la interconsulta de Medicina Interna, en Cuba es del 3 % pero en mayores 65 años es del 20 %. La prevalencia de EPOC en individuos mayores de 50 años en la población es de 3 al 6 % en países desarrollados, EE.UU.¹⁷

De la Fuente Cid y otros autores investigaron que el médico en ocasiones no realiza el diagnóstico por no disponer de un espirómetro en los centros de atención primaria, lo que coincide con nuestra investigación.¹⁸

La EPOC es responsable de una parte significativa de las consultas médicas, las visitas a los servicios de urgencias y las hospitalizaciones, la cuarta causa mundial de muerte. En el mundo occidental es considerado como la patología de mayor prevalencia. En España el 9 %

de la población entre los 40 y 70 años que presenta la EPOC, reciben algún tipo de atención médica^{19,20}

Se debe incrementar la pesquisa y el diagnóstico del paciente con EPOC, en la atención primaria de salud; con la realización de intervenciones sobre el hábito de fumar, que constituye el factor de riesgo más importante para la aparición de dicha enfermedad. De esta forma podemos prevenir la aparición de la EPOC como enfermedad crónica no transmisible.

CONCLUSIONES

1. Teniendo en cuenta la ocupación de los pacientes estudiados predominaron los cocineros y amas de casa por el uso del humo de combustible de biomasa.
2. Predominaron los pacientes con patrón espirométrico, obstructivo moderado, seguido del obstructivo mixto.
3. El tabaquismo es el principal factor de riesgo desencadenante de la enfermedad.
4. La EPOC predominó en las mujeres mayores de 50 años de edad.
5. Hubo mayor incidencia de EPOC en el año 2011.

RECOMENDACIONES

- Para realizar el diagnóstico temprano y pesquisa de pacientes con EPOC, se recomienda el uso de la espirometría en la atención primaria de salud.
- Lograr que los equipos básicos de salud promuevan a la población de eliminar a la exposición al humo de combustible de biomasa y del tabaco.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba; Ministerio Salud Pública, Dirección Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP; 2007, 2008, 2009, 2010, 2011.
2. Roca GR, Smith VV, Paz Presilla E, Losada GJ, Perez Paz HM, Serret RB. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En: Roca GR. Temas de Medicina Interna 4ta Ed T1.la Habana. ECIMED; 2002; p.103_12.

3. Cuba; Ministerio de salud Pública, Dirección Provincial de Salud Guantánamo. Sistema de objetivo particulares de la Provincia Ciudad Guantánamo, años 2007, 2008, 2009, 2010, 2011.
4. Junemann A, legarrete G. Inalación de humo de leña: una causa relevante pero poco reconocida de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Rev Arg Med Resp [Internet].2007 nov [citado 31may 2012];(2): [aprox.7p] .Disponible en: http://bvscuba.sld.cu/?read_result=lil528641&index_result=0
5. Bergna M,Garcia G.Dia Mundial de la EPOC 2009.Rev Arg med Resp [Internet].2009 dic [31 may 2012];9(4): [aprox 2p].Disponible en : http://bvscuba.sld.cu/?read_result=lil-561161&index_result=0
6. Varela L M V, Montes de Oca M. Variabilidad en la EPOC. Una visión a través del estudio PLATINO. Arch Bronconeumol [internet].2012[31may 2012];48:[aprox 5 p]. Disponible en:http://www.archbronconeumol.org/bronco/ctl_servlet?_f=40&ident=90104733&pu=1
7. JHones AB . Asocian el humo de combustibles del hogar con Enfisema. Servicios de noticias de Salud al Dia [Internet].2010 marz [31 oct 2012]:[aprox 4p].Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2010/03/04/asocian-el-humo-de-combustibles-del-hogar-con-enfisema/>
8. Burgos F. La espirometría forzada de calidad en Atención Primaria, impacto en el tratamiento de la EPOC. Arch Bronconeumol [internet]. 2011[31 may 2012];47:[aprox 4 p]. Disponible en : http://www.archbronconeumol.org/bronco/ctl_servlet?_f=40&ident=90008613&pu=1
9. .Serrano E A , Áreas A N , Rivero J M , Suárez J L Q. Algunos aspectos clínicos y espirométricos en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. AMC [internet]. 2008 sep.-oct [31 may 2012] ;12(5): [aprox 11 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500003&lng=es&nrm=iso
- 10.Rodríguez D A, Jover LL , Drakulovic M B , Gómez F P, Roca J , Barbera J A. ¿Cuál es el mejor FEV₁ para detectar insuficiencia respiratoria crónica en la EPOC estable? Arch Bronconeumol [internet]. 2011febr[31 may 2012];47:[aprox 13 p]. Disponible en : http://www.archbronconeumol.org/bronco/ctl_servlet?_f=40&ident=90023421&pu=1
- 11.Sánchez L, Carreras JM. Tratamiento del Tabaquismo En: P. Vergara ,E. Servera, M. Gimenez. Prevención y Rehabilitación en Patología Respiratoria Crónica. La Habana: ECIMED; 2007;p. 229_42.
- 12.Villalobos A, Act, MD, Rojas R, MC, PhD. Consumo de tabaco en México. Resultados de las Encuestas Nacionales de Salud 2000 y 2006.Salud pública de méx Internet.2007 abril [31 may

- 2012].49(2):[aprox 14p].Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2007/sals072e.pdf>
13. Damiá ADD, Gimeno JC, Ferrer MJS, Fabregas ML, Folch PA, Paya JM. Estudio del efecto de citocinas proinflamatorias en las células epiteliales de pacientes fumadores con o sin EPOC. Arch Bronconeumol [internet]. 2011 abr[31 de may 2012];47:[aprox 13p]. Disponible en:
http://www.archbronconeumol.org/bronco/ctl_servlet?_f=40&ident=90026934&pu=1
 14. Coleta KD, Lima DF, Tanni SE, Silveira LVA, Godoy I, Godoy I. Asociación del sexo con el estado de salud en respuesta a la oxigenoterapia crónica domiciliaria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol [Internet]. 2011 marz [31 de may 2012];47:[aprox 14 p]. Disponible en:
http://www.archbronconeumol.org/bronco/ctl_servlet?_f=40&ident=90024859&pu=1
 15. Arregui, M A A, Ezquerro, K L, López F C. Relación entre datos objetivos y calidad de vida percibida por el paciente con EPOC. An. Med. Interna Madrid [internet]. 2007 oct [31 may 2012]; 24(10): [aprox 10 p]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007001000003&lang=pt
 16. Dreyse DJ, Lisboa BC, Pinto RC, Saldias PF, Díaz PO. Características clínicas y funcionales según género de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Rev Chil Enf Respir [internet]. 2008 [31 may 2012]; 24 (2):[aprox 9p]. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482008000200002
 17. John J.R. Neumopatía Obstructiva Crónica En: Harrison. Principios de Medicina Interna. Ed16a. México: MC GRAW-HIL Interamericana; 2006; P.1709-17.
 18. Cid FR, Barcala GFJ, Reino PA, Cudrado VL. ¿Definimos correctamente la EPOC? .An. Med. Interna Madrid [Internet]. 2008 ene [31 may 2012];25(1):[aprox 6p]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992008000100011&lang=pt
 19. Almirall, AstraZeneca, Ingelheim-Pfizer B, Farma F, Grupo Ferrer, Schering B. Hacia un nuevo enfoque en el tratamiento de la EPOC. La Guía Española de la EPOC (GESEPOC) Arch Bronconeumol [internet]. 2011 [31 may 2012]; 47: [aprox 5p]. Disponible en:
http://www.archbronconeumol.org/bronco/ctl_servlet?_f=40&ident=90024858&pu=1
 20. Barbera Mir JA, Cosío MG. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica En: Farrera-Rozman. Medicina Interna. 13 ed. La Habana: ECIMED; 2011; p.736-47.

Recibido: 6 de marzo de 2013

Aprobado: 28 de mayo de 2013

Dra. Marvelis Cobas Brizo. Policlínico Universitario "Ramón López Peña", Caimanera. Guantánamo. Cuba. **Telef:** (53) 2132 7292