

Tratamiento intercrisis en pacientes asmáticos

Dr. Diosdado López Hernández; Dra. Ana Cristina Acosta Cuellar; Dr. Godofredo Maurenza González; Dr. Miguel Rivero Sánchez; Aymara Rodríguez Pargas

Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó estudio descriptivo transversal para caracterizar el tratamiento intercrisis de los pacientes asmáticos en el Policlínico Comunitario Docente "Carlos J. Finlay" de Camagüey, en el año 1998. La muestra fue de 298 pacientes utilizándose el método bietápico. Se escogieron los, pacientes en forma aleatoria de 10 consultorios y la historia clínica familiar fue la fuente de datos. El cumplimiento de las medidas generales fue directamente proporcional a la intensidad del asma, sustentándose el tratamiento farmacológico en el uso de beta adrenérgicos y expectorantes fundamentalmente. Hubo poca utilización de los estabilizadores de membrana corticoides y de la medicina natural y tradicional. Aproximadamente uno de cada 10 asmáticos moderados o severos, habían utilizado en el último año antihistamínicos de primera generación como parte del tratamiento intercrisis

DeCS: ASMA; ESTADO ASMÁTICO; EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA; ESTUDIOS TRANSVERSALES.

ABSTRACT

A descriptive, cross-sectional study was performed for characterizing intercrisis treatment in asthmatic patients in "Carlos J. Finlay" Polyclinic of Camagüey in 1998. The sample comprised 298 patients using the bietapic. Patients were randomly

selected from 10 family physician health clinics source. The fulfillment of general measures was directly proportional to asthma intensity, supporting the pharmacologic treatment in the use of beta -adrenergic and expectorant mainly. There was poor use of membrane stabilizers, corticoids and of the natural and traditional Medicine Approximately 1 out of 10 moderate or severe asthmatic had used in the last year antihistaminic of first generation as part of the intercrisis treatment.

INTRODUCCIÓN

El asma es una enfermedad respiratoria, recurrente, de evolución crónica y de distribución universal, que se presenta tanto en la población pediátrica como adulta (1).

Resulta paradójico que a pesar de los grandes adelantos en el conocimiento de la fisiopatología, etiología y mecanismos básicos del asma, y que cada día se cuenta con más y mejores armas terapéuticas, el problema de su tratamiento aún no se ha solucionado (2).

En la terapéutica intercrisis del asma, además del control ambiental, se pueden utilizar según necesidad, broncodilatadores, estabilizadores de membrana, corticoides inhalados o sistémicos, así como la inmunoterapia (3-6).

Otra modalidad del tratamiento es la utilización de la Medicina Natural y Tradicional (MNT), por ejemplo el uso de la fitoterapia y el empleo de la acupuntura, y sus modalidades: Auriculoterapia, laserpuntura, farmacopuntura (uso de vitaminas B1 y B12 en puntos acupunturales) y la moxibustión (7,8).

El objetivo del tratamiento intercrisis del paciente asmático es disminuir la frecuencia e intensidad de las crisis, lo que nos sirvió de motivación para la realización del presente trabajo con el fin de conocer la utilización de los diferentes aspectos del tratamiento intercrisis que se utilizan en los pacientes asmáticos en el área de salud del Policlínico "Carlos J. Finlay" del municipio Camagüey

MÉTODO

Se realizó estudio descriptivo transversal sobre el uso del tratamiento intercrisis en los pacientes asmáticos pertenecientes al Policlínico Comunitario Docente Carlos J. Finlay de Camagüey, en año 1998.

Para la realización del diseño muestral se empleó el Programa Epidat, utilizando la prevalencia del último diagnóstico de salud del área que fue 7,34 %. El tamaño de la muestra calculada fue de 298 casos.

Selección de los sujetos:

Para la selección de los sujetos, se utilizó el sistema bietápico, escogiendo en la primera fase 10 consultorios por sistema aleatorio simple y un total de 298 pacientes asmáticos que conformaron la muestra del estudio. Se confeccionó un listado consecutivo de los pacientes dispensarizados como asmáticos (grupo III Código 23) en los consultorios escogidos. La historia clínica familiar fue la fuente del dato primario.

Para la clasificación de la intensidad del asma se utilizaron las categorías propuestas por *Krapelien* (9).

RESULTADOS

En la distribución según tiempo de asma e intensidad, se observa un franco predominio del asma ligera con 154 pacientes, que representan el 51,7 % de los sujetos estudiados. 74 (24,8 %) tenían asma moderada, y en 70 la intensidad del asma fue catalogada de severa, es decir, el asma ligera fue aproximadamente igual a la sumatoria de las categorías moderada y severa.

De los 298 casos estudiados, 258, que representan el 86,57 %, tenían menos de 30 años de historia de la enfermedad. En el asma ligera, el mayor número de casos se presentó con menos de 10 años de evolución. En la moderada, las tres primeras categorías (0-9, 10-19 y 20-29) fueron similares y en la severa hubo un ligero predominio en los de 20-29 años de evolución de la enfermedad (tabla 1).

Tabla 1. Distribución según tiempo de asma e intensidad

Tiempo de Asma	Ligera		Moderada		Severa	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
0-9 años	72	24,16	22	7,38	19	6,37
10-19 años	42	14,09	21	7,04	14	4,69
20-29 años	23	7,71	22	7,38	23	7,71
30-39 años	8	2,68	5	1,67	5	1,67
40-49 años	4	1,34	1	0,33	5	1,67
50 y más años	5	1,67	3	1,00	4	1,34
Total	154	51,70	74	24,80	70	23,50

Fuente: Encuestas Obs: % sacado en base a 298

Se observa un incremento del cumplimiento de las medidas generales a medida que aumenta la intensidad del asma, pues si en la ligera sólo la cumplían el 15,6 %, esta proporción se eleva al 45,9 % en los asmáticos moderados y es del 60 % en los severos (tabla 2).

Tabla 2. Distribución según cumplimiento de medidas generales

Cumplimiento de las Medidas Generales	Ligera		Moderada		Severa		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Cumple	24	15,6	34	45,9	42	60,0	100	33,5
No Cumple	130	84,4	40	54,1	28	40,0	198	66,5
Total	154	100,0	74	100,0	70	100,0	298	100,0

Fuente: Encuestas

Obs: Moderada - % sacado sobre la base de 154

Ligera - % sacado sobre la base de 74

Severa - % sacado sobre la base de 70

La inmunoterapia se utilizó en el 13,5 % de los asmáticos moderados, ascendiendo esta proporción al 52,9 % en los severos (tabla 3).

Tabla 3. Inmunoterapia e intensidad del asma

Inmunoterapia	Ligera		Moderada		Severa		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
SI	1	0,6	10	13,5	37	52,9	48	16,1
NO	153	99,4	64	86,5	33	47,1	250	100,0
Total	154	100,0	74	100,0	70	100,0	298	100,0

Al analizar el uso de los medicamentos intercrisis, se observa que los más utilizados fueron los Beta adrenérgicos, que fueron usados en el 86,7 % de los pacientes.

El uso de los expectorantes fue referido por el 37,6 %; los antihistamínicos de nueva generación los habían utilizado el 31,5 % de los pacientes. El resto de las formas terapéuticas fueron reportadas en proporciones muy inferiores.

Llama la atención que el 6,4 % de los asmáticos utilizaban dentro del tratamiento farmacológico intercrisis, según intensidad del asma, los antihistamínicos clásicos (antihistamínicos H₁ de primera generación).

Al analizar el uso de tratamiento farmacológico intercrisis según intensidad del asma, se observa que en los pacientes con asma ligera el 74,7 % refirió utilizar Beta adrenérgicos, y el 17,5% refirió el uso de expectorantes.

En el asma moderada, el 100 % refirió el uso de Beta adrenérgicos, el 54,1 % refirió usar expectorantes, y el 43,2 % había utilizado en el tratamiento intercrisis los llamados nuevos antihistamínicos (específicamente Ketotifeno); solo el 13,5 % había usado estabilizadores de membrana (Cromoglicato Disódico).

En la categoría de asma severa, el 100 % de los casos usaban los Beta adrenérgicos, el 85,7 % usaban los llamados nuevos antihistamínicos, el 64,3 % usaban expectorantes, y sólo 1 de cada 4 pacientes aproximadamente, habían utilizado los esteroides como tratamiento intercrisis en más de una ocasión en la historia de su enfermedad (tabla 4).

Tabla 4. Uso del Tratamiento según intensidad

Tratamiento Medicamentoso	Ligera		Moderada		Severa		Total	
	Fre.	%	Fre.	%	Fre.	%	Fre.	%
Antihistamínicos Clásicos	4	2,6	8	10,8	7	10,0	19	6,4
Nuevos Antihistamínicos	2	1,3	32	43,2	60	85,7	94	31,5
Beta Adrenérgicos	115	74,7	74	100,0	70	100,0	259	86,9
Metil Xantinas	4	2,6	17	23,0	28	40,0	49	16,4
Anticolinérgicos	-	-	1	1,4	4	5,7	5	1,7
Estabilizadores de Membrana	-	-	10	13,5	18	25,7	28	9,4
Corticoides	-	-	3	4,0	19	27,1	22	7,4
Expectorantes	27	17,5	40	54,1	45	64,3	112	37,6
Inmunomoduladores	1	0,6	5	6,8	9	12,9	15	5,0

Fuente: Encuestas

Obs: Ligera - % sacado en base

Moderada - % sacado en base a 74

Severa - % sacado en base a 70

Dentro de la Medicina Natural y Tradicional, el 23,5 % refirió haber utilizado en algún momento de la historia de su enfermedad fitofármacos, el 17,8 % había tenido tratamiento con acupuntura, la digitopuntura fue usada en el 9,7 % de los casos, y la auriculoterapia en el 2,3 % (tabla5).

Al analizar cada método según intensidad del asma, se observa que en el asma ligera y moderada, la modalidad más utilizada fue la fitoterapia con el 12,3 y 32,4 % respectivamente, mientras que en el asma severa fue la acupuntura la modalidad más utilizada (tabla5).

Tabla 5. Distribución según uso de medicina natural y tradicional

M.N.T	Ligera		Moderada		Severa		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Fitoterapia	19	12,3	24	32,4	27	38,6	70	23,5
Acupuntura	6	3,9	18	24,3	29	41,4	53	17,8
Digitopuntura	3	1,9	11	14,9	15	21,4	29	9,7
Moxibustión	-	-	-	-	1	1,4	1	0,3
Auriculoterapia	-	-	2	2,7	5	7,1	7,1	2,3

Fuente: Encuestas

Obs: Ligera - % sacado en base a 154

Moderada- % sacado en base a 74

Severa - % sacado en base a 70

DISCUSIÓN

El cumplimiento del control de medidas ambientales en el paciente asmático está muy relacionado con la educación permanente que sobre su enfermedad reciba el paciente. Baravalle (10) en su trabajo de Control de Calidad en Programas de Educación para Padres de Niños Asmáticos, reporta que en la primera consulta, el 17 % de los padres no cumplían con algunas orientaciones por no haberlas comprendido, recalcando la importancia de la educación en cada consulta.

En relación con la inmunología, específicamente inmunosensibilización, Rodis Teixider (4) plantea que es una de las modalidades terapéuticas más controvertidas en el asma. Ampliamente utilizada en algunos países, su uso muy limitado en otros; las recientes recomendaciones restringen su uso a los casos en que exista una única sensibilización y haya fracasado el tratamiento habitual, aconsejándose su administración sólo en centros que puedan garantizar el tratamiento de posibles reacciones anafilácticas graves.

El Consenso Internacional sobre Terapéutica del Asma Bronquial (6) establece los siguientes criterios de tratamiento medicamentoso intercrisis:

Asma leve: Beta 2 Agonistas de corta duración inhalados a demanda no más de tres veces por semanas, pudiendo además utilizarse un estabilizador de membrana antes del ejercicio o de la exposición al antígeno.

Asma Moderada: Beta 2 Agonistas de corta duración inhalados a demanda a una frecuencia no mayor de tres veces al día, utilización de un estabilizador de membrana, así como el uso de esteroides inhalados en dosis de 200 a 500 mcgs, que pueden llegar hasta 750 mcgs por día. De no obtenerse resultados satisfactorios, aumentar la dosis o usar teofilina de liberación sostenida o anticolinérgicos inhalados.

Asma Severa: Añadir esteroides orales.

Si se analizan las sugerencias del tratamiento con nuestros resultados, se observa una muy baja utilización de los estabilizadores de membrana y de esteroides, estos últimos pudieran justificarse en parte por la ausencia prácticamente total en el mercado nacional de esteroides inhalantes, y las conocidas reacciones secundarias de los esteroides por vía oral o parenteral.

Se observa que a pesar de estar bien establecida la ineficacia de los antihistamínicos H₁ de primera generación, este tipo de medicamentos es utilizado en el 10,8 % de los asmáticos moderados y en el 10 % de los severos, aunque hay autores como Zapata Martinez (11) que preconizan el uso de estos antihistamínicos cuando el asma concomita con una rinitis crónica.

Diversos autores (1,6,12) refieren que existe consenso internacional en que el uso de la medicina natural y tradicional en el asma bronquial son controversiales; evidencia de ello es que en el libro Plantas Aromáticas o venenosa de Cuba (13) se establece el uso de la musa paradisiaca (seudo tallo de plátano) en el tratamiento del asma bronquial, pero en el ensayo clínico a doble ciegas realizado para evaluar la posible eficacia de este fitofármaco en el tratamiento profiláctico de pacientes asmáticos adultos, éste no resultó más eficaz que el placebo (14); por otro lado, González Salvador (15) reporta que el 80 % de los pacientes asmáticos tratados con auriculoterapia tuvieron una disminución en la frecuencias de las crisis así como una disminución en la intensidad de las mismas, obteniéndose la mayor eficacia ligera o modera

CONCLUSIONES

1.- La forma ligera de la enfermedad fue aproximadamente igual a la sumatoria de las otras categorías; uno de cada tres asmáticos severos tenían entre 20 y 29 años de evolución de la enfermedad.

2.- El cumplimiento de las medidas generales fue directamente proporcional a la intensidad del asma; sólo uno de cada seis asmáticos había utilizado la inmunoterapia como parte del tratamiento.

3.- El tratamiento farmacológico se sustenta fundamentalmente en el uso de Beta adrenérgicos y expectorantes, existiendo poca utilización de estabilizadores de membrana, corticoides y de la medicina natural y tradicional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pedraza M. Alvarez T. Consenso Latinoamericano sobre diagnóstico y tratamiento del asma. Rev Alergología México 1994; 41(4):113-119.
2. Chronic Asthma in adults and children. Thorax. 48. 1993 Supplement S1-S24.
3. Sennent Sánchez J. Asma Bronquial. Enfoque diagnóstico y terapéutico en asistencia primaria. IFESA. 1990.
4. Teixidier R. Enciclopedia de Medicina Interna. T1. Editorial Nassen, 1997 Pp 1084-91.
5. MINSAP. Proyecto de Programa Nacional de Asma. 1997.
6. Alvarez Sintés R, Alvarez Castro M.R, Valiente García Q. Terapéutica del Asma bronquial. Consenso Internacional. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 1994;10(3): 297-98.
7. MINSAP. Guía Terapéutica Dispensarial de fitofármacos y Apifármacos. La Habana. Diciembre 1992.
8. González Salvador A, Chu Chang P, Fonseca Hernández M., Corona Martínez L. A. Auriculoterapia en pacientes asmáticos. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 1997;13(2): 185-8.
9. Fernández González E. Jove González C, Sánchez Coromina M. Asma bronquial en Atención primaria. Editorial INSALUD, Asturias 1992.
10. Baravalle R, Autelli A, López FM, Araoz I, Neffen H. Asma Bronquial. Control de calidad en programas de educación para padres. Archivos argentinos de alergia e Inmunología clínica. Suplemento de Temas libres del congreso internacional de Medicina respiratoria, Alergología e Inmunología Pediátrica, 1998; 29 (1):12.
11. Zapata Martínez A, Vergel Rivero G, Furrónes Mourelles JA, Vergara Fabián E. Los Antihistamínicos H1 de primera generación en el tratamiento del asma bronquial. Sí o No? Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 1996; 12(3): 295-7.
12. Glenn G, Lawlor Jr, Thomas J. Fisher. Manual de Alergia e Inmunología. Diagnóstico y Tratamiento. 2ed. España: Salvat; 1990. P 141-70.

13. Roig J.T. Plantas aromáticas o venenosas de Cuba. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1988. P 1125.
14. Zapata Martínez A, González Alvarez R, Garriga Rodríguez S, Almirall Collazo J. Polvo de Musa Paradisiaca en el tratamiento profiláctico de pacientes asmáticos adultos. Rev. Cubana. Med. Cubana Med. Gen. Integr. 1994;33(3):155-9.
15. González Salvador A. Chu Chang P, Fonseca Hernández M, Corona Martínez A. Auricoloterapia en Pacientes Asmáticos Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 1997;13(2):185-8.

Recibido: 12 de febrero de 2000

Aprobado:23 de febrero de 2001