

Deficiencias persistentes en el tratamiento del paciente asmático

Persistent deficiencies in the management of the asthmatic patient

**Dr. Carlos Coronel Carvajal; Dalia Acosta Fernández; Rosana Granjel Burey;
Elizabeth Cutiño Cabrera**

Hospital Docente General Armando E. Cardoso. Guáimaro, Camagüey, Cuba.

RESUMEN

El asma bronquial es la enfermedad crónica más frecuente entre los niños y adolescentes. Su control depende de una estrategia terapéutica bien organizada. Se realizó un estudio descriptivo en una muestra de 146 pacientes asmáticos menores de 15 años, en el período comprendido entre septiembre de 1999 y marzo del 2000, en el hospital docente general Armando E. Cardoso, con el objetivo de identificar las deficiencias que persisten en el tratamiento del paciente asmático. Para la obtención de los resultados se aplicó una encuesta individual, los resultados obtenidos fueron una educación inadecuada en el 64,4 % de los pacientes y el 60,9 % de los pacientes recibió un tratamiento farmacológico adecuado. También se encontró que solo el 3,5 % de los asmáticos habían recibido apoyo psicológico. Se concluyó que la estrategia terapéutica actual en el tratamiento del paciente pediátrico asmático es poco organizada.

DeCS: ASMA/terapia; MANEJO DE LA ENFERMEDAD.

ABSTRACT

A descriptive study of a sample of 1 46 asthmatic patients younger than 15 years within the period from september 1999 to march 2000 at Armando E. Cardoso general teaching hospital, Guaimaro, Camagüey was carried out, with the aim of identifying deficiencies which persist in the management of the asthmatic patient. For obtaining the results obtained were inadequate education in 64, 4 % of patients and 60, 9 % received adequate pharmacologic treatment. Also, it was found that only 3, 5 % of cases had received psychological support. Concluding current therapeutic strategy in the management of the asthmatic pediatric patients is not fully organized.

DeCS: ASTHMA/therapy; DISEASE MANAGEMENT.

INTRODUCCIÓN

El asma es la enfermedad crónica más frecuente entre los niños y adolescentes afecta a 4, 8 millones de niños, causa más de 100 millones de días afectados y más de 470, 000 hospitalizaciones anuales, además mueren aproximadamente 5 000 personas por año. ¹ La confusión acerca de la verdadera naturaleza de esta enfermedad existe no solo entre los pacientes sino también entre los médicos, y esto lleva con frecuencia a un tratamiento equivocado del problema. ²

Los aportes actuales de la inmunología moderna han permitido una clara explicación de su fisiopatogenia, al considerar el asma como una enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea donde existe una obstrucción variable y reversible al flujo aéreo, condicionado por la interacción de diversos grupos celulares y mediadores químicos. ³

Esta afección crónica requiere de una estrategia terapéutica bien organizada en la que deben incluirse parámetros básicos como, educación a pacientes y familiares, tratamiento farmacológico, inmunoterapia específica, abordaje psicoterapéutico, fisioterapia y actividad deportiva. Pero lamentablemente esta estrategia no se cumple en la mayoría de los pacientes, solo se enfatiza en el tratamiento farmacológico y otras veces se prescriben medicamentos que pueden causar problemas en estos pacientes. ^{4, 5}

Teniendo en cuenta los conocimientos acumulados acerca de esta enfermedad hemos decidido realizar esta investigación con el objetivo de identificar las deficiencias que persisten en el tratamiento del paciente asmático.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo en una muestra de 146 pacientes asmáticos menores de 15 años en el período comprendido entre septiembre de 1999 y marzo del 2000 en el servicio de respiratorio del hospital docente general Armando E. Cardoso de Guáimaro.

A dichos pacientes y familiares se les aplicó una encuesta que mediante preguntas y respuestas analizaron las siguientes variables:

- Educación (conocimiento acerca de la enfermedad)
- Tratamiento farmacológico empleado
- Abordaje psicoterapéutico
- Fisioterapia
- Actividad física y deportiva

El criterio de inclusión establecido fue padecer asma bronquial por más de un año.

Los datos obtenidos se procesaron con una calculadora, por el método cuantitativo del porcentaje los resultados se expresan en por cientos y se reflejan en tablas.

RESULTADOS

En la tabla 1 se refleja la calidad de la educación en el paciente asmático, apreciándose que predominó la inadecuada en el 64,4% de los pacientes encuestados.

**Tabla 1. Deficiencias persistentes en el tratamiento del paciente asmático.
Evaluación de la calidad de la educación**

Educación	No. Pacientes	%
- Adecuada	52	35,6
- Inadecuada	94	64,4
TOTAL	146	100

Fuente: encuestas n=146

El tratamiento farmacológico es el pilar que se cumplió en el mayor número de pacientes 60,9 % (tabla 2).

Tabla 2. Evaluación del tratamiento farmacológico

Tratamiento	No. Pacientes	%
- Adecuada	89	60,9
- Inadecuada	97	39,1
TOTAL	146	100

Fuente: encuestas n =146

Sólo el 3,5 % de los pacientes cumplió con el tratamiento psicológico (tabla 3).

Tabla 3. Cumplimiento del tratamiento psicológico

Asistencia al psicólogo	No. Pacientes	%
- si	5	3,5
- no	141	96,5
TOTAL	146	100

Fuente: encuesta n=146

La fisioterapia es un proceder empleado en el asmático, y en la tabla 4 se refleja que sólo se aplicó en el 8,2 % de los enfermos.

Tabla 4. Conocimiento de la fisioterapia

Aplicación de fisioterapia	No. Pacientes	%
- si	12	8,2
- no	134	91,8
TOTAL	146	100

Fuente: encuestas n=146

La tabla 5 representa la evaluación de la actividad deportiva, encontrándose que solo el 8,3% practicó la adecuada para su enfermedad.

Tabla 5. Evaluación de la actividad deportiva

Actividad Deportiva	No. Pacientes	%
- Correcta	9	8,3
- Incorrecta	137	91,7
TOTAL	146	100

Fuente: encuestas n=146

DISCUSIÓN

El tratamiento del paciente asmático requiere de un enfoque bien organizado partiendo de la educación, referente al padecimiento, tanto a éste como a sus familiares, y así asegurar la cooperación necesaria para seguir el plan terapéutico, se le debe convencer en llevar una vida lo más cercana a lo normal. ⁶ Actualmente, es inaceptable que un médico prescriba un tratamiento para el asma sin explicarle al paciente lo que pretende lograr.

El tiempo invertido en las explicaciones le será recompensado al médico con una mejor aceptación del tratamiento por parte del paciente, así como un mejor control de la enfermedad.

El conocimiento mínimo que el paciente debe tener acerca del tratamiento del asma, abarca el uso de los inhaladores, el sentido de la terapéutica preventiva y el inicio de un autotratamiento temprano. ⁷ También es necesario enseñar sobre aquellos medicamentos que deben usarse con cuidado porque pueden causar problemas en el paciente asmático, como son los antiinflamatorios no esteroides que pueden desencadenar exacerbaciones de la enfermedad al provocar un incremento en la producción de leucotrienos, al inhibir la cicloxigenasa. De igual forma debe advertirse sobre el uso de radiocontrastes los que pueden causar reacciones anafilactoides. ⁵

Los antihistamínicos de primera generación también deben usarse con cuidado ya que pueden liberar histaminas y eventualmente producir o agravar el broncoespasmo, además por su acción anticolinérgica puede incrementar la viscosidad de las secreciones bronquiales y dificultar su expulsión. ^{4, 8}

Otros medicamentos que deben usarse con mucho cuidado en el paciente asmático son los betabloqueadores y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. ^{4, 5}

Otro pilar en la estrategia del tratamiento de un paciente asmático es el farmacológico donde se utilizan tres grupos de medicamentos: los que actúan en la fase inmediata y cuyo efecto fundamental es la broncodilatación, son sintomáticos, sin modificar la enfermedad, como

los agonistas Beta₂ que deben usarse únicamente para resolver las exarcebaciones y no en forma continua como sostén o preventivo ante la posibilidad de crear tolerancia o subsensibilidad, lo que hace que su eficacia disminuya.^{6,9}

El segundo grupo está constituido por aquellos fármacos que actúan en la fase inflamatoria tardía de la crisis (esteroides). Los más efectivos son la hidrocortisona y metilprednisolona por vía parenteral, mientras que la prednisona y la prednisolona se usan por vía oral, los esteroides de depósitos no tienen indicación en pediatría.^{6,10}

En el tercer grupo de fármacos están incluidos los preventivos o antiinflamatorios tópicos que no modifican la crisis; sin embargo, disminuyen a largo plazo (por lo menos tres meses) la hiperreactividad bronquial, lo que cambia la intensidad de la enfermedad al prevenir la aparición de nuevas crisis, a este grupo corresponden las cromonas (nedocromil sódico, cromoglicato disódico) esteroides inhalados (Budesonide, flunisolide, dipropionato de beclometasona) y antihistamínicos con acción antiinflamatoria (ketotifeno).^{6,11}

La fisioterapia es un procedimiento adecuado durante la crisis pues ayuda al paciente a eliminar las secreciones que causan obstrucción de la vía aérea. La terapia física en la intercrisis previene deformidades torácicas y ayuda a mantener posturas correctas, mejorando el tono muscular y la elasticidad.²

La actividad física y deportiva deben ser estimuladas en estos pacientes, no hay dudas que el deporte ayuda física y emocionalmente. El deporte seleccionado debe ser de acuerdo a su edad y capacidad.

En cuanto a la inmunoterapia solo se acepta en determinadas condiciones como cuando el alérgeno no puede evitarse a pesar de las medidas de control ambiental, cuando exista un pobre control con el tratamiento farmacológico y cuando exista una identificación clara y precisa del alérgeno, su eficacia es cuestionada básicamente por su tratamiento indiscriminado, no específica y ocasionalmente poco científica. Únicamente debe ser usada por alergólogos.^{6,12}

También es de gran valor el abordaje psicoterapéutico, pues se ha demostrado que los factores psicológicos desempeñan un importante papel en el curso del asma bronquial como es la presencia de ansiedad en el paciente, que se considera factor de mal pronóstico en el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.¹³

Sólo el 3,5% de los pacientes estudiados fueron atendidos por el psicólogo.

De esta forma se puede concluir que aún persisten deficiencias en el tratamiento del paciente asmático que deben ser erradicadas, mediante la aplicación de una estrategia terapéutica bien organizada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report: Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Bethesda: National Institutes of Health Pub. No. 97-4051., MD; 1997.
2. Bustos JG, Baena CE, Minervini MC, Zaranz R. Asma bronquial en niños y adolescentes. Actualización en el diagnóstico y tratamiento Arch Arg Pediatr. 1994;92:37-46.
3. Alvarez R, Alvarez Sintes R, Fernández E, Peraza JL. Mediadores inflamatorios y asma bronquial. Rev Cubana Med Gen Integr. 1994;11(2):176-9.
4. Craig T. Drogas que deben usarse con cuidado en el asma. American family Physician. 1996;54(3):947-53.
5. Craig T. Richerson HB. Problems drugs for the patients with Asthma. Comprehensive Therapy. 1996;22(6):339-44.
6. Sienrra JL, Baeza MA, Serrano A. Tratamiento del asma. Bol Med Hosp Infant Mex. 1995;52:443-50.
7. Almiral JL. Asma bronquial: Hechos y controversias. Rev Cubana Med Gen Integr. 1991;7(4):308-27.
8. Zapata A, Vergel G, Furones JA, Vergara E. Los antihistamínicos H₁ de primera generación en el tratamiento del asma ¿sí o no? Rev Cubana Med Gen Integr. 1996;12(3):295-7.
9. Alvarez R. Beta₂ agonistas y asma. Rev Cubana Med Gen Integr. 1994;10(4):405-6.
10. Gail G. Steroides and asthma. Pediatrics. 1995;96(2):347-8.
11. González E, Garmendia A, Mintegui J, Callen M, Alpin Y, Rubio E. Tratamiento crónico del asma leve con antiinflamatorios inhalados. Ann Esp pediatr. 1994;41:102-6.
12. Sienrra JL. Inmunoterapia en el asma. Rev Mex Pediatr. 1990;57:357-62.
13. Benedito MC, López JA, Botella C, Martorell A. Personalidad y evolución del asma bronquial infantil. Rev Esp Pediatr. 1997;53(3):211-8.

Recibido: 12 de abril de 2001

Aprobado: 11 de marzo de 2002

Dr. Carlos Coronel Carvajal. Especialista de. I Grado Pediatría. Hospital Docente General Armando E. Cardoso Guáimaro. Camagüey, Cuba.