

Tratamiento intercrisis en pacientes asmáticos. Policlínico comunitario docente Ignacio Agramonte Loynaz. Camagüey

Intercrisis treatment in asthmatic patients at Ignacio Agramonte Loynaz Community Teaching Polyclinic, Camagüey

Dra. Ada García Socarrás; Dra. María Morales Menéndez; Dra. Mariela Morales Menéndez; Dra. Karenia Villar González

Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo para caracterizar el tratamiento intercrisis de pacientes asmáticos en el área de salud del Policlínico Ignacio Agramonte y Loynaz de Camagüey, desde enero a diciembre del 2002. La muestra fue de 173 pacientes, para la selección se utilizó el método bietápico. Se escogieron de forma aleatoria de tres consultorios, la historia clínica familiar fue la fuente de información, se completaron los datos en una encuesta confeccionada en dependencia de la relación existente entre los objetivos planteados y la bibliografía revisada, y se seleccionaron las variables a estudiar. Las encuestas constituyeron el registro primario de la investigación y fueron realizadas a la muestra objeto de estudio. Del análisis de los mismos se encontró incumplimiento de las medidas generales de control ambiental para el paciente asmático en el 75, 72 %, el tratamiento farmacológico se sustentó en el uso de antihistamínicos y el Cromoglicato de Sodio. Hubo poca utilización de la inmunoterapia y del tratamiento rehabilitador, aproximadamente seis de cada 10 pacientes no realizó tratamiento intercrisis y de ellos, el 73, 99 % no lo utilizó por evolución médica insuficiente. Los resultados obtenidos mostraron

irregularidades en el cumplimiento del tratamiento intercrisis.

DeCS: ASMA/terapia; ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

ABSTRACT

A descriptive study was carried out to characterize the intercrisis treatment of the asthmatic patients in the health area of Ignacio Agramonte Loynaz Polyclinic of Camagüey, within the period from January to December 2002. The sample was composed of 173 patients, for the selection a biotopic method was used. Patients were randomly chosen from three health clinics, the family medical record was the information source, data were completed in a survey collaborated depending on the existing relationship among the objectives stated and the bibliography reviewed and variables to the study were selected. Surveys constituted the primary register of the research and were performed to the sample object of study. From the analysis of them, it was found unfulfillment of the general measures of environmental control for the asthmatic patient in the 75, 72 %, pharmacologic treatment was based on the use of antihistaminic and sodium cromoglycate. There was few utilization of the immunotherapy and of the rehabilitating treatment approximately six out of 10 patients did not receive intercrisis treatment and 73, 99 % out of them did not use it for insufficient medical evolution. The results obtained showed irregularities in the intercrisis behaviour.

DeCS: ASTHMA/therapy; PRIMARY HEALTH CARE.

INTRODUCCIÓN

La frecuencia de las enfermedades alérgicas se incrementa significativamente en los últimos años, se estima por estudios epidemiológicos prospectivos que pueden llegar a afectar entre los años 2015-2020 al 50 % de la población general de los países desarrollados. ¹

El asma bronquial no es una excepción. En las últimas tres décadas su prevalencia se ha incrementado debido al azote de las enfermedades infectocontagiosas, aumento de la polución atmosférica, el hábito de fumar y la

alimentación artificial. El asma bronquial es una enfermedad respiratoria recurrente de evolución crónica, se presenta tanto en la población adulta como pediátrica.⁶ Es más frecuente en las dos primeras décadas de la vida y antes de los 10 años existe un predominio del sexo masculino.²

En Cuba es la enfermedad crónica no transmisible más frecuente en niños y adolescentes. En el año 2000 la prevalencia nacional en pacientes dispensarizados por asma bronquial fue de 77,1 X 1 000 habitantes y en la provincia Camagüey, 88 X 1000 habitantes.³

Es reconocida desde hace siglos en la literatura médica y no existe aún una definición bien establecida. De todas las definiciones la más difundida pertenece a la Iniciativa Global para el Asma, que afirma: El asma bronquial es un trastorno crónico inflamatorio de las vías aéreas en la que están implicados muchos elementos celulares, particularmente mastocitos, eosinófilos y linfocitos.⁴

Los broncodilatadores son los medicamentos de primera línea en el tratamiento sintomático del asma bronquial aguda, más específicos los beta2 de corta acción. Son los esteroides inhalados considerados de primera línea en pacientes que requieren tratamiento profiláctico continuo, por tener menos efectos adversos, reducir la inflamación y la hiperreactividad mejorando la calidad de vida, se indican en el asma persistente leve, moderada y severa.

Los actuales conocimientos de la fisiopatología del asma bronquial han llevado a establecer en el tratamiento de mantenimiento el uso de antiinflamatorios bronquiales como los esteroides inhalados (Cromoglicato de Sodio), Nedocromil Sódico, Ketotifeno, Antileucotrienos, así como broncodilatadores inhalados de liberación prolongada (Salmeterol, Bambuterol y Teofilina Retad).

En el tratamiento de rescate se ha establecido el uso de beta2 agonistas de liberación rápida (Albuterol, Salbutamol, Terbutalina, Fenoterol, Procaterol), los corticoides sistémicos (Prednisol, Hidrocortizona), la Teofilina de acción rápida y los anticolinérgicos inhalados (Bromuro de Ipratropio).^{1, 2, 5}

Para la Medicina Natural el asmático ha sido siempre motivo de preocupación, por ello que se han utilizado modalidades de tratamiento, entre las que se encuentran: la fitoterapia y el empleo de la acupuntura y sus modalidades de auriculoterapia, láser puntura, fármaco puntura y moxibustión.⁶

Es indispensable tener en cuenta los pilares del tratamiento, bien definidos en el Programa Nacional de Prevención y Control del paciente asmático, como son: educación del paciente y familiares referente a la enfermedad, medidas de control ambiental, medicación mantenida y/o prolongada, rehabilitación física y psíquica e inmunoterapia.⁷

Este trabajo persigue caracterizar el tratamiento intercrisis de los pacientes asmáticos en el área de salud del Policlínico Ignacio Agramonte y Loynaz; determinar la distribución según edad, sexo, y edad de comienzo de la enfermedad; así como definir la clasificación clínica funcional del paciente asmático. La evaluación del tratamiento es de importancia para prevenir la aparición de exacerbaciones de la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente asmático. Conocer las regularidades en el tratamiento intercrisis, dada su relevancia, fue lo que nos motivó a realizarlo.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo sobre las características del tratamiento intercrisis en los pacientes asmáticos pertenecientes al Policlínico Comunitario Docente Ignacio Agramonte y Loynaz, de Camagüey., desde enero hasta diciembre del 2002. Se tuvieron en cuenta los datos del análisis de la situación de salud del policlínico del año 2000 con relación al universo de la población y prevalencia de la enfermedad, lo que permitió realizar el cálculo de la muestra a investigar mediante el software EPIDAT, con los siguientes parámetros:

- . Diseño muestral:

- . Tipo de estudio: Descriptivo.
- . Universo: 16120.
- . Prevalencia: 8, 8 %.
- . Confiabilidad: 95 %.
- . Error absoluto: 0, 05.

El tamaño muestral con los parámetros anteriores fue de 173 que representó la muestra de la investigación.

- . Selección de los sujetos:

Se utilizó el sistema bietápico. En la primera fase se escogieron tres consultorios por método aleatorio simple, se realizó 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 y por sistema aleatorio simple se escogieron los 173 pacientes asmáticos que conforman la investigación.

- . Recolección y procesamiento de datos:

Se elaboró una encuesta según la bibliografía revisada que constituyó el registro primario de la investigación, donde se registraron los elementos aportados por los pacientes. Las variables estudiadas se correspondieron con

los criterios que determinaron su confección:

- . Edad.
- . Sexo.
- . Edad de comienzo de la enfermedad.
- . Clasificación clínica y funcional del asma.
- . Cumplimiento de las medidas generales de control ambiental, inmunoterapia, Medicina Natural y Tradicional y rehabilitación.
- . Cumplimiento del tratamiento intercrisis y uso de fármacos.
- . Causas del no cumplimiento del tratamiento.

- . Procesamientos de datos:

Los datos recogidos en la encuesta se codificaron manualmente y se procesaron en una microcomputadora IBM compatible mediante el paquete de programa estadístico Microstat, el cual se utilizó para la confección del fichero y la obtención de distribución de frecuencia y tablas de contingencia. Los resultados se presentan en ocho cuadros utilizando los métodos descriptivo y de distribución de frecuencia.

Para el análisis de la asociación estadística se utilizó el test de hipótesis de proporciones y como medidas estadísticas: frecuencia, porcentaje y probabilidad.

RESULTADOS

En la distribución de los pacientes según edad y sexo, no existieron diferencias en cuanto al sexo, fueron 88 femeninos (50, 87 %) y 85 masculinos (49, 13 %). En cuanto a la edad, el grupo de 1 a 9 años, con 44 pacientes (25, 43 %) y el de 10 a 19, con 41 (23, 70 %), fueron los de mayor incidencia. Al realizar test de hipótesis de proporciones la edad de 1 a 19 años fue significativa con $P = 3, 026$ E-10. (Tabla 1)

Tabla 1 Distribución según grupo de edades y sexo

Grupo de edades	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Femenino		No	%
	No	%	No	%		
> de 1 año	3	1,73	0	0,00	3	1,73
1 - 9 años	24	13,87	20	11,56	44	25,43
10 - 19 años	25	14,45	16	9,25	41	23,70
20 - 29 años	14	8,09	6	3,47	20	11,56
30 - 39 años	9	5,20	18	10,40	26	15,03
40 - 49 años	5	2,89	10	5,78	15	8,67
50 - 59 años	3	1,73	8	4,62	12	6,94
> 60 años	2	1,16	10	5,78	12	6,94
Total	85	49,13	88	50,87	173	100

Fuente: Encuesta P = 3, 026 E - 10

De acuerdo con la clasificación clínica funcional los pacientes fueron clasificados de la siguiente forma: 75 intermitentes leves, 38 persistentes leves, 22 persistentes moderados y 38 persistentes severos.

Al realizar el test de hipótesis de proporciones el no cumplimiento de las medidas generales de control ambiental fue significativo (75, 72 %), con P = 1, 498 E-15. Los pacientes clasificados como intermitentes leves fueron los de mayor porcentaje de incumplimiento (32, 95 %).

Las medidas de mayor índice de incumplimiento que se encontraron fueron: presencia de animales domésticos (78, 31 %), acumulación de polvo doméstico (64, 66 %), uso de irritantes (59, 54 %) y el 28, 90 % de los casos estudiados fueron fumadores. El cambio de la ropa de cama y el uso de paño húmedo y frazada de limpiar mojada fueron las medidas de control ambiental de mayor índice de cumplimiento. (Tabla 2)

Tabla. 2 Distribución según cumplimiento de las medidas generales

Clasificación	Cumple		No Cumple		Total	
	No	%	No	%	No	%
Intermitente leve	18	10,40	57	32,95	75	43,35
Persistente leve	10	5,78	28	16,18	38	21,96
Persistente moderada	6	3,47	16	9,25	22	12,72
Persistente severa	8	4,62	30	17,34	38	21,96
Total	42	24,28	131	75,72	173	100

Medidas cumplidas	Cumple		No cumple	
	No	%	No	%
Colchón y almohada forrada con nylon	26	15,03	147	84,97
Cambia ropa de cama y mosquitero semanal	145	83,82	28	16,18
No usa manta de lana	73	42,20	100	57,80
La habitación no tiene cortinas, libreros, juguetes	62	35,84	111	64,16
No usa talco y/o perfume	42	24,28	131	75,72
Usa paño húmedo y frazada mojada para limpiar	102	58,96	71	41,04
Su habitación es la menos húmeda de la casa	56	32,37	117	67,63
No tiene animales domésticos	37	21,39	136	78,61
No usa desinfectante y/o aromatizante	70	40,46	103	59,54
No fuma	123	71,10	50	28,90

Fuente: Encuesta P = 1, 498 E -15

Se utilizó en el 29, 48 % de los casos la inmunoterapia a predominio del asma persistente leve en un 11, 56 %. Llamó la atención la baja proporción de utilización de esta modalidad terapéutica en los pacientes con asma persistente severa. (Tabla 3)

Tabla 3 Distribución según uso de la inmunoterapia

Clasificación	Utilización de inmunoterapia			
	Si		No	
	No	%	No	%
Intermitente leve	15	8,67	90	34,68
Persistente leve	20	11,56	18	10,40
Persistente moderada	14	8,09	8	4,62
Persistente severa	2	1,16	36	20,81
Total	51	29,48	122	70,52

Fuente: Encuesta

Al relacionar las modalidades de medicina natural y tradicional, los fitofármacos se utilizaron con mayor frecuencia (61, 27 %) y en los pacientes con asma persistente severa (20, 23 %). (Tabla 4)

Tabla 4 Distribución según uso de la medicina natural y tradicional

	Fitofármaco		Acupuntura		Digitopuntura		Auriculoterapia	
	No	%	No	%	No	%	No	%
I. leve	24	13,87			1	0,58	1	0,58
P. leve	30	17,34	2	1,16	1	0,58	1	0,58
P. moderada	17	9,83	5	2,89	4	2,31	3	1,73
P. severa	35	20,23	6	3,47	5	2,89	5	2,89
Total	106	61,27	13	7,51	11	6,36	10	5,78

Fuente: Encuesta

En relación con la utilización de medicamentos, el 63, 58 % de los pacientes encuestados estuvieron sin tratamiento intercrisis, es decir, seis de cada 10 pacientes estudiados no cumplieron el tratamiento, sólo 63 cumplieron el indicado, para un 36, 42 %. La combinación de antihistamínicos y Cromoglicato de Sodio fue la más utilizada (12, 13 %) y por todos los grupos.

El uso de antihistamínicos fue referido por el 6, 35 % de los pacientes, los beta2 adrenérgicos lo habían utilizado en el 4, 04 % de los pacientes, a predominio de los persistentes severos. El resto de las formas terapéuticas fueron reportadas en proporciones muy inferiores. (Tabla 5)

Tabla No. 5 Distribución según utilización de los medicamentos

Tratamiento intercrisis	I. leve		P. leve		P. mod.		P. sev.		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Con	15	8,67	18	10,40	12	6,93	18	10,40	63	36,42
Sin	60	34,68	20	11,56	10	5,78	20	11,56	110	63,58
Medicamento										
Anti-histamínicos	5	2,89	4	11,56	1	0,57	1	0,57	110	6,35
Cromoglicato de Sodio	1	0,57			1	0,57			2	1,15
Esteroides inhalados	2	1,15	1	0,57	2	1,15			5	2,89
Beta adrenérgicos	1	0,57	1	0,57			5	2,89	7	4,04
Metilxantina			1	0,57	1	0,57			2	1,15
Antileucotrienos			2	1,15	1	0,57	1	0,57	4	2,31
Beta adrenérgicos + Metilxantina	1	0,57					2	1,15	3	1,73
Esteroides + Metilxantina			1	0,57			1	0,57	2	1,15
Antihistamínicos + Cromoglicato de Sodio	5	2,89	6	3,48	5	2,89	5	2,89	21	12,13
Antihistamínicos + beta adrenérgicos			1	0,57			1	0,57	2	1,15
Antihistamínicos + Metilxantina					1	0,57	1	0,57	2	1,15
Antihistamínicos + beta adrenérgicos + Cromoglicato de Sodio			1	0,57					1	0,57
Total	75	43,35	38	21,96	22	12,72	38	21,96	173	100

Fuente: Encuesta

DISCUSIÓN

Prieto Herrera, del Policlínico Este de Camagüey observa que un predominio del sexo masculino en el 60 % de su muestra. ⁸ Jiménez Fontau, obtiene iguales resultados en su estudio. ⁹

Existen reportes contradictorios como los de Sastres de la Peña del Policlínico 13 de Marzo ¹⁰ y los de *Páez Prats* ¹¹ del hospital Hermanos Ameijeiras, ambos señalan una prevalencia mayor en asmáticos adultos jóvenes.

Autores españoles muestran un mayor predominio en las edades pediátricas. ¹²Villar González (Asma. Comportamiento de algunos factores de riesgo. [trabajo para optar por el título de especialista en Alergología]. 1998. Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech, Camagüey) coincide con nuestros resultados, encuentra un alto porcentaje de factores ambientales asociados en más del 50 % de sus casos con predominio de polvo doméstico, humedad, animales domésticos, como principales factores que incidieron en el cumplimiento de las medidas generales en sus pacientes.

La cubana Jiménez Fontao, también encuentra un predominio de animales domésticos y vectores como los factores de mayor incidencia. ⁹ Resultados similares a los nuestros plantea Rojas Molina ¹³, con la exposición al polvo y animales domésticos y humo de cigarro.

En Camagüey, López Hernández, señala un mayor porcentaje de utilización de esta modalidad, el 13, 5 % de sus pacientes asmáticos moderados la utilizaron. ¹⁴

Abramson, en su estudio plantea que la inmunoterapia es el único tratamiento etiológico de las enfermedades alérgicas y concluyó que la inmunoterapia específica produce una mejoría significativa de los síntomas de asma bronquial en la mayoría de los pacientes. ¹⁵

En un área de salud de Villa Clara, Zapata Martínez ¹⁶ realiza un estudio para evaluar posible eficacia de polvo de *Musa paradisíaca* (seudotallo de plátano) en el tratamiento profiláctico en pacientes asmáticos adultos y concluye que no resulta más eficaz que el placebo. Estudios realizados por Bellanti J. A. y colaboradores ¹⁷ demuestran buenos resultados en la utilización de plantas medicinales en el tratamiento del asma bronquial.

Bango Domínguez, ¹⁸ utiliza la acupuntura en la fase de intercrisis del paciente asmático, logra disminuir la crisis en más de un 50 %; más del 80 % de los casos respondió de forma significativa con el tratamiento de auriculoterapia y fue más evidente en los pacientes con crisis severa.

Se observa que a pesar de estar bien establecida la ineficacia de los antihistamínicos es utilizado en el 6.35 % de los pacientes. Zapata Martínez y colaboradores ¹⁶ en Villa Clara, sugieren la utilización de antihistamínicos cuando se asocia al cuadro clínico del paciente una rinitis crónica. Pérez Martín ²⁰ lo emplea en la prevención de los síntomas, pero carece de dicho efecto en el tratamiento intercrisis.

Miguel Comes ¹⁹ plantea que los antihistamínicos tienen efecto broncodilatador, un tratamiento mantenido con ellos previene el desarrollo del asma en niños. Zapata Martínez ¹⁶ encuentra que sólo el 6, 42 % de sus pacientes utilizó Cromoglicato de Sodio como tratamiento profiláctico. Tasche ²⁰ refleja una disminución importante de la frecuencia de la crisis en los pacientes que lo utilizaban.

CONCLUSIONES

En el estudio realizado se muestra que existen irregularidades en el tratamiento intercrisis en los pacientes asmáticos, dado por:

Las medidas generales de control ambiental no fueron cumplidas en la mayoría de los pacientes. El tratamiento farmacológico fue cumplido por un reducido número de pacientes asmáticos, predominó la utilización de antihistamínicos y Cromoglicato de Sodio, y resultó pobre la utilización de esteroides inhalados. La evolución médica insuficiente, el desconocimiento de su enfermedad, el olvido del tratamiento, fueron las principales causas del incumplimiento del tratamiento médico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Malet I, Casajuana A, Amar Par P, Elicer Apellániz A, Llunch Pérez I, Rubira García N, et al. Manual de alergia para atención primaria. Madrid: Editorial Salvat; 1999.
2. Nieto García A. Alergia e infección. *Alergol Inmunol Clin* 2000;15(2):109-11.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Prevención y control del asma bronquial: situación actual del problema: carpeta metodológica del MINSAP. La Habana; 1999-2001.
4. Medicina interna. [monografía en CD-Room]. Farreras P, Rozman C, editors. 14ª ed. Madrid; 2000.

5. Villar NB. Cumplimiento de la estrategia terapéutica en el asma. Archivos Alergia Inmunol Clín 2001;32(1):5-10.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Asma Bronquial. La Habana: Inst NHE; 2000.
7. Indicadores básicos de salud en 1999: estrategia y programas priorizados. La Habana. Dirección Nacional de Estadísticas; 2000.
8. Prieto Herrera ME, Queipo Caballero AJ. Características del asma bronquial en un área de salud. Rev Cubana. Med Gen Integr 2001;16(4):356-9.
9. Jiménez Fontau L, Fernández Machín L, Sarmiento Books G, González García VM, Martín Pérez L. Comportamiento del asma bronquial en la edad pediátrica. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(1)43-9.
10. Sastre de la Peña. Estudio epidemiológico del asma bronquial en el policlínico docente "13 de Marzo". Rev Cubana Med Gen Integr 1999;5(3):327-33.
11. Páez Pratz IA. Características clínicas epidemiológicas del paciente asmático en consulta especializada en el hospital Hermanos Amejeiras. Rev Cubana Med 1998;37(4):212-6.
12. Pallejá X, García C, Serra N, Bertrán V. Enfermedades hereditarias complejas. En: Farreras Valentí P, Rozman C. Medicina Interna. Vol I. 14 ed. Madrid: Editorial Harcourt; 2000. p 1432.
13. Rojas Molina N, Legorrieta Saberanis J. Prevalencia y factor de riesgo en el municipio del estado Guerrero, México. Rev Alergia México 2001;48(4):115-8.
14. López Hernández D, Acosta Cuéllar AC, Maurenza González. Tratamiento intercrisis de paciente asmático. Rev Archivo Médico de Camgüey [en línea] 2001;5(4). URL disponible en: <http://www.cmw.sld.cu/amc/v5n2/index.htm>
15. Abramson MJ, Puy RM, Weiner JM. ¿Is allergen immunotherapy effective in asthma? Am Rev Respir Crit Care Med 1995;151:969-74.
16. Zapata Martínez A, González Álvarez R, Garriga Rodríguez S, Almirall Collazo J. Polvo de *Musa paradisiaca* en el tratamiento profiláctico de pacientes asmáticos adultos. Rev Cubana Med Gen Integr 1994;33(3):155.
17. Bellanti JA, Zeligs BJ, MacDowell-Carneiro AL, Abaci AS, Genuardi J A. Study of the effects of vacunning on the concentration of dust mite antigen and endotoxin. Ann Allergy Asthma Inmunol 2000;84(2):249-54.
18. Bango Domínguez A. Efectividad de la acupuntura en el tratamiento del asma. Rev Cubana Enfermer 1999;15(2)119-22.
19. Miguel Comes S de. Asma y alergia: tiempos médicos. Rev Educación Méd Continuada Mar 2002;(588):16-23.
20. Tasche MJ. Randomised placebo controlled trial of inhaled Sodium

Cromoglycate in 4 year-old children with moderate asthma. Lancet 1997;350(9084);1060-4.

Recibido: 20 de mayo de 2003

Aceptado: 10 de enero de 2004

Dra. Ada García Socarrás. Especialista de I Grado en Alergología. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.