

Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras"

## CARACTERÍSTICAS CLINICOEPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES ASMÁTICOS DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA

*Dr. Isidoro Alberto Páez Prats, Dr. Juan Carlos Rodríguez Vázquez, Dr. Pedro Pablo Pino Alfonso, Dr. Carlos Gassiot Nuño y Enf. Amariyls Placeres Fajardo*

### RESUMEN

Con el objetivo de conocer los aspectos epidemiológicos, factores contribuyentes y precipitantes, así como tratamiento previo de los pacientes de la Consulta Especializada de Asma Bronquial, se revisaron las historias clínicas de 275 personas atendidas en el período comprendido entre abril de 1994 y abril de 1996. Se analizaron las variables demográficas, factores desencadenantes y aspectos terapéuticos. Las mujeres constituyeron el 90,18 % de la muestra, el promedio de edad fue de 33 años, con un tiempo promedio de evolución de la enfermedad de 21 años. El 84,3 % de los pacientes tenía antecedentes atópicos familiares; el 15,7 % no presentaban factores contribuyentes, mientras el 100 % reconocía algún factor precipitante de sus crisis. El 45 % de la muestra no llevaba tratamiento intercrisis y la deficiente educación sanitaria sobre la enfermedad se observó en el 60 %. Los resultados obtenidos mostraron que nuestros pacientes tenían desencadenantes similares a los observados en la literatura, el tratamiento intercrisis era irregular y no siempre se acompañaba de medicamentos antiinflamatorios. Se identificaron 15 aspectos que resumían las características de estos enfermos y facilitaban su enfoque clínico y terapéutico.

Descriptores DeCS: ASMA/epidemiología; FACTORES DESENCADENANTES.

Los cambios socioeconómicos ocurridos en Cuba a partir de 1959, así como el perfeccionamiento de la Salud Pública y la implantación de múltiples programas de prevención, han posibilitado la erradicación en gran medida de muchas enfermedades transmisibles que antiguamente constituían las primeras causas de muerte en nuestro país.

Todo esto ha contribuido a que en la actualidad el cuadro de salud esté caracterizado por un predominio de enfermeda-

des crónicas no transmisibles, donde las respiratorias constituyen una importante causa de morbilidad y mortalidad con un costo sanitario, social y laboral elevado, dentro de éstas se destaca el asma bronquial (AB).<sup>1,2</sup>

Diferentes estudios internacionales han señalado un aumento en la incidencia y prevalencia de esta enfermedad.<sup>3-5</sup> En Cuba se han publicado cifras de prevalencia que oscilan entre el 2,7 y el 10 % en la población general,<sup>6-8</sup> en 1996 se reportó una tasa

de prevalencia en pacientes dispensarizados de 59,7 por 1 000 habitantes.<sup>9</sup> Por otra parte, el AB junto a la bronquitis y el enfisema, ocupan la novena posición dentro de las causas de muerte para todas las edades, con una tasa cruda de 9,3 por 100 000 habitantes.<sup>10</sup> Estas cifras de morbilidad y mortalidad, a pesar de los avances terapéuticos, pueden tener su origen en múltiples causas aún no bien definidas, El incumplimiento del tratamiento, la infravaloración del grado de severidad de la enfermedad en cada momento, junto a fallas en la capacidad de los pacientes para elaborar una respuesta apropiada, unido a la disparidad de criterios de especialistas y médicos de asistencia, pueden contribuir a ello.<sup>11-13</sup>

Con el objetivo de determinar los aspectos epidemiológicos, factores contribuyentes y desencadenantes, así como tratamiento previo de nuestros pacientes, decidimos realizar el presente estudio, que sin duda nos permitirá conocerlos mejor y emprender acciones más concretas en su beneficio.

## MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo que comprendió a los 275 pacientes asmáticos que fueron atendidos en la Consulta Especializada de Asma Bronquial del Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras" durante los 2 últimos años de creada, desde abril de 1994 hasta abril de 1996.

Se estudiaron variables demográficas como la edad y el sexo, factores contribuyentes y desencadenantes de las crisis, así como el tratamiento que cumplían estos pacientes. Todos estos aspectos se encontraban registrados en la historia clínica ambulatoria de los pacientes y en su ficha

personal de la consulta. Como factores contribuyentes de la enfermedad se consideraron aquéllos que, por intervenir de alguna forma en la patogenia, son responsables de algunas de las manifestaciones clínicas que caracterizan la enfermedad. Denominamos factores desencadenantes de las crisis, aquéllos que los pacientes son capaces de identificar como responsables del inicio de una crisis de AB.

Para el procesamiento de las variables se creó una base de datos, los resultados se expresaron en porcentajes y se resumieron en tablas.

## RESULTADOS

De los 275 pacientes comprendidos en el estudio, 184 correspondieron al sexo femenino para el 66,9 %, mientras 91 (33,1 %) eran del sexo masculino. La edad promedio de los pacientes fue de 33 años y el tiempo promedio de evolución de la enfermedad fue de 21 años.

Refirieron antecedentes atópicos familiares 232 pacientes para el 84,3 %, mientras que todos afirmaron padecer algún antecedente patológico personal vinculado al AB.

Al analizar factores contribuyentes de la enfermedad se observó que estaban presentes en 218 pacientes (79,3 %), predominó la contaminación ambiental en su hogar o medio laboral (53 %), la convivencia con animales domésticos (41,2 %) y el hábito de fumar (11,6 %).

Al identificar los factores desencadenantes de las crisis, los cambios climáticos estuvieron presentes en todos los pacientes, también se señalaron los ejercicios y los mecanismos reflejos, entre otros (tabla 1).

El tratamiento intercrisis sólo se cumplía en 152 pacientes lo que represen-

TABLA 1. Factores desencadenantes de las crisis de asma bronquial

Factores	No. de pacientes	%
Cambios climáticos	275	100
Ejercicios	248	90,2
Mecanismos reflejos	220	80
Factores emocionales	152	55,3
Alimentos	55	20
Infecciones	55	20

tó el 55,2 %, predominaron las combinaciones de betaagonistas con esteroides inhalados o cromoglicato de sodio (tabla 2).

Solamente 43 pacientes (15,7 %) presentaban pruebas funcionales respiratorias normales, mientras que 232 pacientes, el 84,3 %, presentaban alteraciones en las mismas (tabla 3).

TABLA 2. Medicamentos utilizados en el tratamiento intercrisis

Medicamentos	No. de pacientes*	%
Cromoglicato de sodio	42	27,6
Betaagonistas inhalados	82	54
Xantinas	28	18,4
Nedocromil sódico	2	1,3
Esteroides inhalados	55	36,2

\* Un medicamento o combinación de ellos.

TABLA 3. Alteraciones de los estudios funcionales respiratorios

Tipo de alteración	No. de pacientes	%
Obstrucción		
Ligera	134	57,8
Moderada	92	39,6
Severa	6	2,6
Total	232	100

## DISCUSIÓN

En nuestro estudio predominó el sexo femenino, lo que coincide con otros traba-

jos<sup>1,8</sup> y pudiera explicarse por el predominio observado de este sexo en los pacientes asmáticos adultos.<sup>14</sup>

La presencia de antecedentes atópicos familiares y antecedentes patológicos personales vinculados al AB se observó en un alto número de pacientes, que presentaron el 84,3 % de los estudiados, resultado similar al obtenido por *Sastre de la Peña* y otros,<sup>1</sup> quienes encontraron antecedentes de atopia en la familia en el 87,3 % de los pacientes que estudiaron. Otros autores ratifican estos resultados.<sup>7</sup>

Los factores contribuyentes de la enfermedad, sobre todo la contaminación ambiental, la convivencia con animales domésticos y el hábito de fumar, coinciden con lo referido por otros autores, aunque ellos reportan mayor número de pacientes fumadores.<sup>8</sup> Esto pudiera explicarse por ser nuestra consulta especializada por lo que nos remitían pocos pacientes asmáticos fumadores y se insistía mucho en lo nocivo de este hábito y su función como irritante bronquial, lo que está demostrado desde hace más de 20 años.<sup>15</sup>

Todos los pacientes comprendidos en nuestro estudio fueron capaces de identificar algún factor desencadenante de las crisis, a diferencia de otros estudios, donde nos llamó la atención el realizado por *Solarte* y otros<sup>16</sup> que obtuvieron el 10,7 % de pacientes que no precisaban un factor desencadenante. Como pudo observarse, al analizar los datos del tratamiento intercrisis, comprendemos que éste sigue siendo un eslabón débil en el enfoque del paciente asmático, pues otros estudios muestran resultados similares a los que nosotros obtuvimos.<sup>1,16</sup>

A pesar de que los medicamentos betaagonistas no son los recomendados para el tratamiento intercrisis, es preocupante que la mayoría de estos enfermos los utilizaban con este fin, lo que constituye un re-

flejo de su deficiente educación en el control de la enfermedad, aspecto que muchos reconocen como un pilar de la atención.<sup>17-20</sup>

En nuestro estudio hallamos un bajo porcentaje de pruebas funcionales respiratorias normales sin estimulación, lo que pudiera explicarse por las características de la consulta, ya que nos remiten precisa-

mente a los pacientes de más dificultades con su control y que más factores adversos enfrentan, por lo que su atención debe caracterizarse por un análisis profundo, que permita un enfoque clínico y terapéutico más individual e integral, si queremos obtener buenos resultados y una mejora en su calidad de vida.

## SUMMARY

With the purpose of knowing the epidemiological aspects, the contributing and precipitating factors, as well as the previous treatment of the patients from the Bronchial Asthma Outpatient Service, the case histories of 275 persons treated in the period between April 1994 and April 1996, were reviewed. The demographic variables, the unchaining factors, and the therapeutical aspects, were analyzed. Women made up the 90,18 % of the sample; the average age was 33 years, with 21 years as average evolution time for the disease. The 84,3 % of the patients had familiar atopic backgrounds; 15,7 % did not present contributing factors, while the 100 % recognized some precipitating factor of their crisis. The 45 % of the sample had no intercrisis treatment, and a deficient sanitary education about the disease was observed in 60 %. The results showed that the patients had unchaining factors similar to those observed in the literature, the intercrisis treatment was irregular, and not always carried antiphlogistic drugs. Fifteen issues were identified; such outlined the characteristics of these patients, and made easier the clinical and therapeutic approach.

Subject headings: ASTHMA/epidemiology; PRECIPITATING FACTORS.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sastre de la Peña G, Cabrera Arencibia R, Spiritto Loidi R, Rodríguez de la Vega A. Estudio epidemiológico del asma bronquial en el Policlínico Docente 13 de Marzo. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1989;5(3):327-33.
2. Riera Matienzo L. Estudio de la prevalencia del asma bronquial en 3 áreas de salud de la provincia de Las Villas. Trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Medicina Interna, Santa Clara, 1975.
3. Glanz K, Hewitt AM, Fiel SB. Preventive pulmonary medical education. A review of its importance, status, and challenge. *Chest* 1991;100:487-93.
4. Barrueco M. Estrategias educativas en la terapéutica del asma. *An Med Intern (Madrid)* 1993;10(7):351-4.
5. Lang D, Sherman M, Polansky M. Guidelines and realities of asthma management. *Arch Intern Med* 1997;157:1193-1200.
6. Rodríguez de la Vega A. Investigación de la prevalencia de asma bronquial en Cuba. *Rev Cubana Adm Salud* 1983;9(2):310-4.
7. Rodríguez de la Vega A. Investigaciones sobre la prevalencia y herencia de asma bronquial en San Antonio de los Baños. *Rev Cubana Med* 1975;14(3):399-424.
8. Padrón Velázquez L, Hernández Castillo M, Espinosa Brito A. Caracterización del paciente asmático en la comunidad. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1992;8(4):333-40.
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico. 1996.
10. Situación de Salud en Cuba. Indicadores básicos. MINSAP, 1996.
11. Rea H, Scragg R, Jackson R, Beaglehole R, Fenwick J, Sutherland D. A case control study of deaths from asthma. *Thorax* 1986;41:833-9.
12. British Thoracic Association. Death from asthma in two regions of England. *Br Med J* 1982;285:1251-5.
13. Schayck CP van. Diagnosis of asthma and chronic obstructive pulmonary disease in general practice. *Br J Gen Pract* 1996;46:193-7.
14. Rigol Ricardo O. Medicina general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1985;t 3:5-6.
15. Pride N. Smoking allergy and airways obstruction renival of the duth hypothesis. *Clin Allergy* 1986;16:3-6.

16. Solarte I, Machado C, Bermúdez M. Características de los pacientes de una consulta de asma en Santa Fe de Bogotá. *Acta Med Colomb* 1996;21(4):236.
17. Feldman CH, Clarck NM, Evans D. The role of health education in medical management in asthma. *Clin Rev Allergy* 1987;5:195-205.
18. Mellins RB. Patient education is the key to successful management of asthma. *J Respir Dis* 1989;(Suppl): 47S-52S.
19. National Asthma Education Program National Heart, Lung, and Blood Institute. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Bethesda: 1991, Pub No. 91-3042A.
20. International Consensus Report on diagnosis and treatment of asthma. *Clin Exp Allergy* 1992;1:1-72.

Recibido: 22 de junio de 1998. Aprobado: 28 de septiembre de 1998.

Dr. *Isidoro Alberto Páez Prats*. Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras», San Lázaro No. 701 entre Belascoaín y Marqués González, Centro Habana, Ciudad de La Habana, Cuba.