

Hospital Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora". Santiago de Cuba

TRATAMIENTO ANTIINFLAMATORIO PROFILÁCTICO COMO FACTOR PROTECTOR EN ASMÁTICOS

Dr. Rafael E. Toirac Lamarque y Dr. Nicolás Rojas Aldana

RESUMEN

Se efectuó un estudio analítico observacional, de tipo caso-control, en pacientes asmáticos egresados del Servicio de Medicina Interna luego de haber sufrido un estado de mal asmático (casos), éstos constituyeron el grupo de estudio, en tanto que los controles fueron los asmáticos ambulatorios, sin ingresos en el año precedente y provenientes de las áreas de salud de los casos. De los 124 egresados, 94 cumplían los criterios de inclusión y de ellos se entrevistó al 93 %. Se comparó entre los grupos la composición según grados de intensidad de la enfermedad, la aplicación de tratamiento profiláctico intercrisis, así como el nivel de atención donde eran asistidos y se relacionó con la prescripción o no de esa terapia. Esta última devino un factor protector contra la aparición del estado de mal asmático en los catalogados como moderados y severos. Se comprobó que la mayor parte de los pacientes que realizaban tratamiento profiláctico intercrisis (70 %), eran asistidos regularmente en el nivel secundario de atención.

Descriptores DeCS: ASMA/prevenición & control; ASMA/terapia; ESTADO ASMÁTICO/prevenición & control; ESTADO ASMÁTICO/terapia; ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES.

Estudios epidemiológicos sugieren que el asma constituye la única enfermedad "previsible" donde la morbilidad, hospitalizaciones y mortalidad han aumentado o permanecido constantes en todo el orbe.¹ Se trata de un problema de salud mundial, pues más de 100 000 000 de personas lo padecen y la prevalencia se eleva continuamente.² En nuestro país oscila entre 8 y 12 % y se halla incluido entre las 6 enfermedades crónicas no transmisibles de mayor incidencia.³

Su historia natural se caracteriza por episodios de agudización de intensidad va-

riable, separados por períodos intercrisis, en los que el enfermo se mantiene asintomático en mayor o menor grado. Son numerosos los factores que intervienen en la aparición de los episodios, entre los cuales se citan como los más importantes: la exposición a alérgenos o irritantes respiratorios y el fallo del tratamiento profiláctico intercrisis;^{4,5} sin embargo, aunque estos episodios revierten con tratamiento o espontáneamente, en ocasiones progresan y se intensifican hasta producir el estado de mal asmático (EMA); cuadro de extrema gravedad, con alteraciones clínicas y

hemogasométricas que pueden hacer peligrar la vida del enfermo,^{4,6} por lo cual sostenemos el criterio de que el momento más importante de esta afección lo constituye el período intercrisis, ya que durante él es posible influir en la evolución del proceso al evitar, espaciar o reducir la gravedad de los episodios de agudización mediante una educación adecuada, la no exposición a agentes precipitantes y la aplicación del tratamiento farmacológico requerido.^{5,7,8}

El conocimiento de que la inflamación es el núcleo de la enfermedad, ha modificado radicalmente el enfoque terapéutico en los últimos años y los medicamentos antiinflamatorios han pasado a desempeñar una función primordial.^{5,8-10}

El paciente asmático demanda una atención sistemática. En trabajos previos que realizamos al respecto en el Servicio de Medicina, encontramos que la mayor parte de los afectados por EMA presentaban previamente la afección en etapa moderada o severa, por lo que tenían indicación de tratamiento profiláctico, pero no lo seguían por distintas razones, y cómo después de cumplirlo, mejoraron sus manifestaciones clínicas y parámetros espirométricos³ (Sánchez Guillaume JL. Valor del tratamiento profiláctico intercrisis con intal vs. intal más aminofilina en pacientes asmáticos grado III. [Trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Medicina Interna]. 1993, Santiago de Cuba).

Todo esto nos motivó a valorar la influencia, protectora o no, del tratamiento profiláctico intercrisis en relación con la aparición del EMA en este tipo de enfermo.

MÉTODOS

Hicimos un estudio analítico observacional, de tipo caso-control, en pacientes asmáticos egresados del Servi-

cio de Medicina Interna con el diagnóstico de EMA y procedentes del municipio Santiago de Cuba (casos), que conformaron el grupo de estudio y de los cuales aplicamos una encuesta al 93 %.

Definimos como control a todo asmático ambulatorio, sin ingreso por EMA en el año anterior, teniendo en cuenta las áreas de salud de procedencia de los casos; razón por la cual el autor se vinculó con los médicos del nivel primario correspondiente, a fin de escoger entre 1 y 5 controles por cada caso (grupo control). En aquellos lugares donde el número excedió del requerido, éstos fueron seleccionados al azar.

Determinamos la proporción de integrantes de ambos grupos que recibieron tratamiento profiláctico en el año precedente al período estudiado e identificamos las causas de su ejecución. Estimamos que un paciente había sido tratado profilácticamente cuando se emplearon los medicamentos prescritos para ese fin, siempre que dicha terapéutica se hubiese cumplido adecuadamente por no menos de 3 meses, de forma continuada, independientemente de los resultados obtenidos.

Clasificamos a los pacientes de los 2 grupos según los grados de intensidad establecidos actualmente.¹¹ En los asmáticos del GE obviamos el episodio que justificó el ingreso al momento de ser entrevistados por nosotros.

Precisamos el nivel de atención médica donde los pacientes realizaron su seguimiento ambulatorio (primario o secundario), pero si era en más de uno se tomaba el de mayor concurrencia.

Utilizamos el porcentaje como medida de resumen y aplicamos las pruebas de validación de independencia estadística y de homogeneidad por el método no paramétrico de chi cuadrado, con un error permisible del 5 %, así como la de hipóte-

sis de diferencia de proporciones y la razón de productos cruzados (RPC) e intervalo de confianza (IC) para éste, con 95 % de confiabilidad.

RESULTADOS

La distribución de los pacientes por edades y sexos fue homogénea en ambos grupos ($p > 0,05$), con predominio de los menores de 40 años y las mujeres.

En la tabla 1 se muestra una primacía del grado de mayor severidad en los integrantes del GE (69,3 %) en relación con los controles (34,3 %), con un bajo número en etapa leve (9,8 y 39,5 %, respectivamente). Esta distribución fue significativamente diferente ($p < 0,01$), lo cual es importante si se tienen en cuenta los criterios de inclusión en cada uno de ellos (definiciones de caso y control).

TABLA 1. *Pacientes asmáticos según intensidad de la enfermedad*

Grado	Grupo de estudio		Grupo control	
	No.	(%)	No.	(%)
Leve	9	(9,8)	83	(39,5)
Moderada	19	(20,9)	55	(26,2)
Severa	63	(69,3)	72	(34,3)
Total	91	(100,0)	210	(100,0)

$p < 0,01$.

El tratamiento profiláctico (tabla 2) prevaleció en el GC (75,2 frente a 26,3 %) y constituyó un factor protector en cuanto a la aparición del EMA en aquéllos que lo recibieron (RPC = 12, con IC = 0,06; 0,12).

En la tabla 3 registramos que el tratamiento profiláctico intercrisis, en pacientes con asma moderada resultó más frecuente en el GC sobre los cuales actuó como un factor protector (RPC = 0,12, con IC = 0,03; 0,45).

De los asmáticos severos, el cumplimiento de dicha terapia fue malo en el GE

(tabla 4), ya que sólo 17,4 % la realizaban, en contraste con 58,3 % en el GC; diferencia que arrojó una elevada significación estadística ($p < 0,01$). En este grupo de pacientes, el tratamiento profiláctico intercrisis devino también un elemento protector (RPC = 0,15, con IC = 0,06; 0,30); sin embargo, el cálculo del riesgo relativo reveló la ausencia de esa protección terapéutica en los clasificados como leves (RPC = 0,85, con IC = 0,09; 20,50).

TABLA 2. *Tratamiento profiláctico intercrisis*

Tratamiento profiláctico	Grupo de estudio		Grupo control	
	No.	(%)	No.	(%)
Sí	24	(26,3)	158	(75,2)
No	67	(73,7)	52	(24,8)
Total	91	(100,0)	210	(100,0)

$p < 0,01$.

TABLA 3. *Pacientes asmáticos moderados según utilización o no de tratamiento profiláctico*

Tratamiento profiláctico	Grupo de estudio		Grupo control	
	No.	(%)	No.	(%)
Sí	5	(26,3)	41	(74,7)
No	14	(73,7)	14	(25,5)
Total	19	(100,0)	55	(100,0)

$p < 0,01$.

TABLA 4. *Pacientes asmáticos severos según utilización o no de tratamiento profiláctico*

Tratamiento profiláctico	Grupo de estudio		Grupo control	
	No.	(%)	No.	(%)
Sí	11	(17,4)	42	(58,3)
No	52	(82,6)	30	(41,7)
Total	63	(100,0)	72	(100,0)

$p < 0,01$.

TABLA 5. Pacientes asmáticos según nivel de atención médica y si llevaban o no tratamiento profiláctico

Nivel de atención	Con tratamiento				Sin tratamiento			
	Grupo de estudio		Grupo control		Grupo de estudio		Grupo control	
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
Atención primaria	5	(17,9)	12	(9,5)	23	(34,3)	27	(51,9)
Atención secundaria	17	(70,8)	143	(88,6)	1	(1,5)	1	(1,9)
Inasistente	2	(8,3)	3	(1,9)	43	(64,2)	24	(46,2)
Total	24	(100,0)	158	(100,0)	67	(100,0)	52	(100,0)

p > 0,05.

En la tabla 5 se evidencia que más del 70 % de los asmáticos que recibieron tratamiento intercrisis, fueron atendidos en el nivel secundario, frente a sólo alrededor del 20 % en el primario. Entre los que no seguían prescripción médica alguna, el mayor número estuvo dado por los que tampoco se atendían sistemáticamente o lo hacían en el nivel primario. La causa más frecuente de no realización del tratamiento profiláctico radicó en la falta de indicación por parte de los médicos de asistencia, lo cual ocurrió en más del 60 % de los casos sin terapia.

DISCUSIÓN

La distribución de los pacientes por edades le confiere importancia al estudio, pues se considera que por encima de los 35-40 años, los cambios irreversibles que se han producido en el aparato respiratorio del paciente asmático han modificado las características fisiopatológicas y clínicas de este proceso y dado paso a la existencia de una obstrucción permanente en el árbol bronquial (enfermedad pulmonar obstructiva crónica: variedad no asma bronquial).^{4,7,12}

Un factor protector contra la aparición del EMA lo constituye el tratamiento pro-

filáctico, avalado estadísticamente en nuestro estudio y catalogado como un mecanismo eficaz por numerosos autores,^{4,5,7,13-15} no sólo para disminuir la gravedad y frecuencia de los episodios de agudización, sino para prevenir la ocurrencia de complicaciones. Llamó mucho nuestra atención que asmáticos leves presentaran EMA, pero esto ya ha sido hallado en experiencias afines (Jiménes Osorio JR. Beneficios del tratamiento ambulatorio sistemático en pacientes asmáticos [Trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Medicina General Integral]. 1992. Santiago de Cuba), de modo que puede dudarse de la supuesta benignidad del asma en las primeras etapas y reconocer que, por tanto, requieren asistencia sistemática.

En la bibliografía consultada^{7,13,15-17} se informa que a los asmáticos moderados se les indica tratamiento profiláctico intercrisis, pues el comienzo temprano de éste mejora la calidad de vida de dichos enfermos y reduce el riesgo de complicaciones; pero todos coinciden en afirmar que los asmáticos severos tienen que ser tratados profilácticamente para aminorar la frecuencia y gravedad de los ataques y para poder mantenerse asintomáticos,^{7,13,18} de manera tal que en ambas categorías de afectados se convierte en una prescripción obligada.

A pesar de que el asma bronquial es una entidad nosológica de evidente atención comunitaria en su período intercrisis, la mayor parte de los que recibieron tratamiento profiláctico, fueron asistidos en el nivel secundario, lo cual difiere de la conducta seguida en los países con desarrollo de la atención primaria de sa-

lud, donde se diagnostica y trata al 70 % de los asmáticos.¹⁹

Por otro lado, la no indicación de tratamiento profiláctico intercrisis por el médico de asistencia, aunque existan criterios para hacerlo, revela la impostergerable necesidad de revisar los conceptos que aún se manejan sobre esta afección.

SUMMARY

An observational analytical case-control study was performed on asthmatic patients discharged from Internal Medicine Services after they suffered status asthmatics. These patients were the study group (cases) whereas ambulatory asthmatics from the health areas of the cases, who had not been hospitalized in the preceding year, were assigned to the control group. 94 out of 124 discharged asthmatics met the inclusion criteria; 93 % of them were interviewed. The two groups were compared in terms of composition according to intensity degrees of the disease, application of prevention therapy between asthma fits and the level of medical attention received in those places where they were cared. This was associated with either prescription or non prescription of the aforementioned therapy which became a protecting factor against the occurrence of status asthmatics in moderate and severe asthmatic patients. It was shown that the majority of patients with preventive treatment (70 %) were regularly cared for in the secondary level of care.

Subject headings: ASTHMA/prevention & control; ASTHMA/therapy; STATUS ASTHMATICS/prevention & control; STATUS ASTHMATICS/therapy; CASE-CONTROL STUDIES.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jhonson S, Saujar S, Coleman M. Explanation of asthma paradox. *Lancet* 1991;337(8743):717-21.
2. National Heart, Lung and Blood Institute. Global strategy for asthma management and prevention. Workshop report. Washington, DC: NHLBI/WHO, 1995. (Publication no 95-3659).
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Enfermedades crónicas en la provincia de Santiago de Cuba. La Habana: 1986:92-8.
4. Harrison. Asma. En: Principios de medicina interna. 13 ed. México, DF: Editorial Interamericana, 1994;vol 1: 1341-8.
5. National Institute of Health. Expert panel report 2. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Washington, DC: NIH, 1997. (Publication no 97-4051).
6. Rebeck A, Read J. Assessment and management of severe asthma. *Am J Med* 1991;51:788-94.
7. Almiral Collazo JJ. Asma bronquial. Hechos y controversias. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1993;7(4):308-27.
8. Pérez-Garza EG, Mintegui J, Garmendía A, Albisu Y, Callén MT. Antiinflamatorios inhalados en el asma infantil. *Inform Therapeut Sist Nac Salud* 1993;17(2):25-32.
9. O'Byrne PM. What is asthma? An update on the mechanisms. *J Invest Allergol Clin Immunol* 1995;5:6-11.
10. Manresa Presas F, Rodríguez B, Bardagi S, Cañete C, Llunel A. Asma bronquial. Programa de actualización y perfeccionamiento para postgraduados. Madrid: Edicomplet, 1994:201-20.
11. National Heart, Lung and Blood Institute. International consensus report on diagnosis and management of asthma. NIH, 1991:1-65.
12. Gallegos F. Síndrome de hiperreactividad bronquial. *Alergia* 1989;31(1):35-6.
13. Pérez Martín J. Profilaxis del asma bronquial. *Alergia* 1989;31(1):3-11.
14. Struck RC. Getting asthmatics out of the I can't exercise slump. *J Respir Dis* 1991;12(4):377-92.
15. Eigen H. Evaluación de la adición del cromoglicato disódico a la terapéutica de mantenimiento con broncodilatadores en el tratamiento del asma a largo plazo. *Allergy Clin Immunol* 1987;80(4):96-102.

16. Gómez Armando H. El asma bronquial: un problema actual. *Rev Cubana Med* 1990;27(1):1-2.
17. Hachtela T. The treatment of early asthma. *Nord Med* 1992;107(7):104-7.
18. Valenzuela Solano F. El sistema nervioso autónomo en las enfermedades alérgicas. *Alergia (Mex)* 1988;35(5):117-22.
19. El 70 % de los asmáticos es diagnosticado y tratado en la atención primaria [editorial]. *Sístole* 1987;202:20-1.

Recibido: 19 de octubre de 1998. Aprobado: 11 de enero de 1999.

Dr. *Rafael E. Toirac Lamarque*. Hospital Clínicoquirúrgico «Saturnino Lora», Carretera Central y cuarta, Santiago de Cuba.