

Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (ISCM-H)

Facultad Ciencias Médicas Dr. Enrique Cabrera

TRATAMIENTO PROFILACTICO DEL ASMA BRONQUIAL EN DOS CONSULTORIOS MEDICOS

*Dra. Alicia Zapata Martínez. Cervantes Núm. 83 entre Goicuría y D'strampes. 10 de Octubre. Ciudad de La Habana. Teléfono: 6403256. gvergel@infomed.sld.cu.

** Dr. Luis Enrique Salazar Domínguez.

***Dr. Serguei Cabrera Martell. Calle 48 Núm. 7146 entre 71 y 91 A. Lotería. Cotorro. Ciudad de La Habana. sergo@infomed.sld.cu

*** Dra. Yuliet Carmona Serrano.

* Especialista Segundo Grado en Farmacología. Profesora Auxiliar.

** Especialista Segundo Grado en Farmacología. Profesor Asistente. Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología.

***Diplomantes de la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Enrique Cabrera.

Agradecimientos

Queremos agradecer la colaboración de las alumnas de Medicina Maibel García y Kirenia Hernández en la realización del presente trabajo.

RESUMEN

El asma bronquial constituye un problema de salud en Cuba y en el mundo. El tratamiento profiláctico con glucocorticoides inhalados tiene una eficacia y seguridad reconocidas en muchos países. Nuestro objetivo ha sido describir el tratamiento profiláctico del asma bronquial en los pacientes de dos consultorios de un área de salud del municipio Cotorro e identificar el grado de control de los síntomas en los mismos. Realizamos un Estudio de Utilización de Medicamentos de indicación-prescripción con elementos de esquema terapéutico y de consecuencias prácticas. Se entrevistaron 63 pacientes con asma bronquial

dispensarizados en dos consultorios visitados (75% del total). Por un cuestionario previamente estructurado, obtuvimos información sobre los medicamentos prescritos para el tratamiento profiláctico del asma bronquial, consumo de agonista beta-2 de corta duración y el comportamiento de los síntomas en el último año. La variable principal fue medicamentos de uso profiláctico. El 53.4 % no tenía tratamiento profiláctico o recibían fármacos no adecuados para esta indicación. El 28.5 % refirió consumo habitual de corticoides sistémicos, solo 2 pacientes recibían corticoides inhalados. Más de 33 % consumían agonista beta-2 de corta duración a dosis superiores a las aceptadas. Existió un mal control de los síntomas en los pacientes estudiados. Encontramos dificultades en el tratamiento profiláctico, inadecuado uso de los medicamentos para dicha indicación y muy baja prescripción de corticoides inhalados. Esta situación puede explicar el mal control de los síntomas de la enfermedad en los pacientes entrevistados.

Palabras clave: Tratamiento del asma bronquial. Corticoides inhalados. Dipropionato de beclometasona. Tratamiento profiláctico del asma bronquial. Estudio de utilización de medicamentos.

INTRODUCCION

El asma bronquial es una enfermedad crónica no transmisible y constituye un importante problema de salud en Cuba y en el mundo.¹

Un tratamiento correcto de los pacientes, tanto en el momento del ataque, como profiláctico, disminuye la mortalidad y mejora la calidad de vida.²⁻⁷

La importancia de los glucocorticoides inhalados en el tratamiento profiláctico del asma bronquial es reconocida desde 1990 y aparecen en múltiples regulaciones para su tratamiento.³⁻⁷ Entre los más usados se encuentra el dipropionato de beclometasona³⁻⁷ (único comercializado en Cuba).

Por el valor que tienen los corticoides inhalados en el tratamiento profiláctico del asma bronquial y la relativa reciente disponibilidad del dipropionato de beclometasona para el tratamiento de los pacientes en la atención primaria de salud (APS), consideramos importante describir el tratamiento profiláctico (fundamentalmente, el farmacológico), del asma bronquial en 2 consultorios de un área salud del Municipio Cotorro para identificar su

frecuencia de uso y evaluar el grado de control de los síntomas de la enfermedad en la población estudiada.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio de utilización de medicamentos de indicación-prescripción, con elementos de esquema terapéutico y de consecuencias prácticas.

Para la recogida de la información se diseñó una encuesta (Anexo I) sobre los medicamentos prescritos por el médico para el tratamiento profiláctico del asma bronquial, su cumplimiento y las principales causas de su no cumplimiento. También el número de ataques de asma que requirieron asistencia médica y los ingresos por la enfermedad en el último año así como sobre el consumo del *spray* de salbutamol (agonista beta -2 de corta duración, disponible y controlado en la red de farmacias en APS).

Se consideró población en estudio a los pacientes dispensarizados en el área de salud de un policlínico del Municipio Cotorro y con diagnóstico de asma bronquial, según clasificación por grado de la Comisión Nacional de Asma.⁸ La muestra se seleccionó a partir de la cercanía de dos consultorios del policlínico al domicilio de los encuestadores.

El estudio se realizó durante los meses de abril y mayo del 2004. La encuesta se aplicó a todos los pacientes dispensarizados en los dos consultorios médicos seleccionados y que estuvieron presentes en el momento de la visita. Fueron excluidos de la muestra los pacientes que no estaban en la visita realizada al hogar.

La variable principal estudiada fue medicamentos de uso profiláctico (se identificó nombre del medicamento por su denominación común internacional y se cuantificó el número de pacientes que lo recibían). Reconocimos como medicamento de uso profiláctico para el asma todos aquellos que el paciente declaró que fueron prescritos por su médico con ese propósito.

Otras variables fueron:

- La severidad del asma bronquial (grado I, II y III según Comisión Nacional de Asma en Cuba).⁸
- El cumplimiento del tratamiento profiláctico (referido por el paciente) este se cuantificó en número de pacientes que refirieron cumplir o no y se identificaron las causas del no cumplimiento (estas también se cuantificaron en número).

- El consumo de agonista beta-2 (medido en número de días al mes que declara el paciente consumir el fármaco y cantidad de inhalaciones por día que dice aplicarse).
- El número de ataques en el último año que necesitó de atención médica y el número de crisis referidas y cuantificadas como número de días al mes con síntomas de asma,
- Fueron de interés algunas características generales de los pacientes encuestados que pueden tener relación con el asma bronquial (hábito de fumar y edad, por ejemplo).

Consideraciones éticas: Se respetó en todo momento la voluntariedad y la confidencialidad de pacientes y médicos involucrados. Antes de entrevistar a los pacientes se les explicó, de forma verbal, los objetivos del estudio y solicitó su disposición para participar, respetándose la misma. Ninguno se negó a colaborar. En cuanto a los médicos se les explicó también los objetivos del trabajo y se les pidió acceso a los documentos de dispensarización de pacientes por asma bronquial. No se revelan datos sobre los consultorios ni los pacientes que permitan su identificación.

RESULTADOS

Se entrevistaron 63 pacientes, lo que representa 75% de los asmáticos dispensarizados, en 2 consultorios médicos del municipio Cotorro en abril y mayo del 2004.

El 85.7% eran mayores de 10 años y predominó el sexo femenino (65.1%). La duración de la enfermedad estuvo entre 1 y 69 años, 47.1% fumaban.

La mayoría de los pacientes no estaban clasificados en cuanto a severidad de la enfermedad por sus médicos de asistencia (62%). De los clasificados, 16 % eran moderados y 14 % severos. Clasificados como ligeros solo 8% de los pacientes entrevistados.

En cuanto a los pacientes no clasificados por sus médicos de asistencia por la severidad de los síntomas, 26% pudimos clasificarlos, de acuerdo con los criterios del grupo nacional de asma,⁸ como pacientes con asma bronquial severa.

El 53.4% de los pacientes entrevistados no llevaban tratamiento profiláctico; de ellos la mayoría no estaban clasificados (40%) o la intensidad de su enfermedad era severa (27%) o moderada (18%). El 83.3% refirieron cumplir con el tratamiento indicado por su médico. Las causas que adujeron los no cumplidores (5 pacientes) fueron: no disponibilidad del fármaco prescrito, problemas económicos, despreocupación, no mejoría de la enfermedad y ausencia de síntomas.

En la Tabla 1, se pueden ver los medicamentos empleados para el tratamiento profiláctico y su distribución por grupos etáreos.

La relación entre estado de los síntomas en los pacientes y el empleo o no de tratamiento profiláctico aparece en las Tablas 2 y 3.

En las Tablas 4 y 5, se observa cómo se comportó el consumo del inhalador a dosis fijas de salbutamol en los pacientes entrevistados.

El 28.5% de los pacientes refirieron consumir corticoides sistémicos de forma no programada, indicados o no por un médico.

DISCUSION

En el presente estudio, el comportamiento de la enfermedad en la población entrevistada, no difirió de lo encontrado en otro trabajo, realizado anteriormente por nosotros.⁹ Sigue llamándonos la atención la frecuencia del hábito de fumar en la población asmática y, por lo tanto, el deficiente control y educación de la misma por el personal sanitario que debe atenderlo.⁹ Ello se evidencia en este trabajo por la no clasificación de los pacientes por la severidad de los síntomas en los registros de los consultorios y que casi la mitad de los entrevistados fuman, esto indirectamente habla de mala identificación del paciente y no educación en aspectos relevantes para la evolución de la enfermedad.

Mucha es la información disponible^{2-7, 10} sobre la necesidad de un correcto tratamiento profiláctico en los pacientes asmáticos para mejorar su calidad de vida y prevenir la muerte por asma. Llama la atención aquí (Tablas 2 y 3) la ausencia de tratamiento profiláctico medicamentoso en un grupo importante de los pacientes visitados. Más importante aún es el hecho que cuando observamos la Tabla 1 nos encontramos con la presencia, entre los fármacos empleados con este propósito, de varios que no son útiles en esta indicación; así vemos la meclozina (antihistamínico H-1 solo útil para la rinitis y otras alergias, no en el asma),³ y la aminofilina en tabletas de corta duración, hoy día la indicación principal de la aminofilina es en la profilaxis de síntomas nocturnos y en preparados de liberación sostenida.^{3, 6, 10} El ketotifeno, medicamento de discutida utilidad en pacientes asmáticos,^{6, 11} por no tener eficacia demostrada en los mismos. Otros, como el cromoglicato de sodio los encontramos prescritos a dosis inferiores a las recomendadas.⁷ Lo mismo ocurrió en los 2 únicos pacientes que declararon ser tratados con dipropionato de beclometasona.

Además, en las Tablas 2 y 3 se observa que no hay diferencias entre la frecuencia e intensidad de los síntomas en pacientes con y sin tratamiento profiláctico. Con el análisis de la Tabla 1, no nos sorprenden esos resultados. En el trabajo que realizamos en 1998,⁹ los resultados fueron semejantes. Lo que llama la atención ahora es que sí hay diferencias, en cuanto a la situación en nuestro medio en aquel momento⁹ y en el que se hizo el presente trabajo; ya se dispone de los corticoides inhalados y de divulgación entre el personal médico de su utilidad en pacientes asmáticos.^{7, 11, 12} Se ha trabajado de manera relevante en la preparación del personal en APS por parte de especialista de Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología (CDF) y de las facultades de Ciencias Médicas en cuanto a la educación médica de posgrado y pregrado. La industria farmacéutica ha puesto a disposición de los médicos y pacientes en las farmacias de la comunidad el dipropionato de beclometasona (esteroide inhalado de amplio conocimiento en cuanto a su utilidad clínica).⁴⁻⁷ Es cierto que en una formulación incómoda (50 mcg/puff),¹² pero no menos útil por ello.

Por supuesto, los resultados de las Tablas 4 y 5 era de esperar, ante un tratamiento profiláctico deficiente, encontrarnos con déficit de control de síntomas (Tablas 2 y 3) y alto consumo de agonistas beta-2 específicos de corta duración. El hecho de que la mayoría de los pacientes declaren que cumplen con el tratamiento profiláctico, no tiene mayor relevancia; las deficiencias de los medicamentos empleados en el tratamiento profiláctico que explican cumplir ya nos quedaron claras en las Tablas 1, 2 y 3. Situación similar fue la encontrada hace más de 8 años.⁹

Los problemas arriba descritos llevan a: disminución de la calidad de vida de los pacientes asmáticos, riesgo elevado de muerte por asma, incremento de gastos sanitarios por medicación ineficiente (meclozina, aminofilina de corta duración, ketotifeno) y/o asistencia de urgencias e ingresos hospitalarios. También a un incremento del riesgo de reacciones adversas severas al paciente (aumento del consumo de corticoides sistémicos y de agonistas beta-2 de corta duración).

Estos problemas de prescripción irracional no son nuevos, ya hace más de 10 años Hogerzeil¹³ planteaba las dificultades existentes para mejorar la prescripción. Lo que sí nos puede preocupar es que a pesar de realizar las actividades recomendadas para mejorar esta situación, los resultados no se observen. Claro, cambiar hábitos es mucho más difícil que dictar resoluciones, impartir clases, conferencias o editar libros o materiales educativos; ello

lleva mucho más tiempo. Los hábitos de prescripción, son como todos los hábitos, influenciados por múltiples factores: materiales, educativos, sociales y culturales, y el trabajo debe ser sistemático, prolongado y dirigido a todos los aspectos que influyen en la prescripción. Estos resultados nos dicen que es necesario continuar trabajando.

CONCLUSIONES

Existen dificultades en el tratamiento profiláctico de los pacientes encuestados, ya sea por ausencia del mismo, como por una inadecuada prescripción; ello se evidencia en el mal control de los síntomas.

Hay una baja prescripción de esteroides inhalados en la población estudiada.

Encontramos una poca atención diferenciada por parte de los médicos de asistencia de los consultorios estudiados, lo cual se expresa en la no clasificación de la población con asma bronquial a su cargo, luego deficiente educación en el conocimiento de la enfermedad e inadecuado tratamiento.

Es necesario continuar trabajando para mejorar el tratamiento de estos pacientes.

ABSTRACT: Prophylactic treatment of Asthma in patients of two outpatients departments in Cotorro Municipality

Asthma is a major health problem in Cuba and around the world. Its prophylactic treatment with inhaled glucocorticoids has a well known efficacy and safety in many countries.

To describe the prophylactic drug treatment of asthma in patients of two outpatients departments in Cotorro Municipality and to identify the extent of asthma control on them.

A drugs utilization study of the indication-prescription type with elements of therapeutic method and medical consequences was carried out. 75% of the asthmatic patients were interviewed in the two visited outpatient departments. By a questionnaire previously constructed, we got information about prophylactic drug, beta 2 agonists of short duration used, and the behavior of the symptoms during the last year. The main variable was prophylactic medications. A 53, 4% didn't have a prophylactic drug treatment nor received proper drugs for this indication. A 28.5% received systemic corticoids; only 2 patients received inhaled corticoids. More than a 33% received beta 2 agonists of short duration at

higher recommended dose; there was a poor control of symptoms on those patients. We found difficulties in the prophylactic drug treatment, as a non adequate use of medications used for such prescription and very low indication of inhaled corticosteroids. This situation may explain the bad prophylactic control of the patients under study.

Key Words: Prophylactic treatment of bronchial asthma. Inhaled corticosteroids. Beclomethasone Dipropionate. Drug utilization studies.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rodríguez Gavaldá R. Asma. Rev Cubana Med. Gen Integr. 1992; 8(3):259-60.
2. Mc Fadden ER Jr, Asma. En : Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison Principios de Medicina Interna. 15^a edición. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana de España;2002, p.1708-15.
3. Uden BJ y Lichstein LM. Fármacos utilizados para el tratamiento del asma. En: Goodman and Gilman Las Bases Farmacológicas de la terapéutica. Décima edición. México: Editorial Mc Graw- Hil; 2001, p.743-65.
4. Global strategy for asthma management and prevention. [Citado 10 ene 2006] Disponible en: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=14&doc_id=8227&string=
5. Adams NP, Bestall JB, Malouf R, Lasserson TJ, Jones PW. Beclomethasone versus placebo for chronic asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software; 2006.
6. Anónimo. Asma y EPOC. En: Index Farmacologic 2000. Fundación Instituto Catalán de Farmacología. Disponible en: <http://www.icf.uab>.

7. MINSAP. Centro para el desarrollo de la fármaco-epidemiología. Manejo terapéutico del asma bronquial en APS. Boletín de información terapéutica. Boletín 11. Septiembre-octubre, 1999.

8. MINSAP. Grupo Nacional de Asma. Programa Nacional de Asma. 1994.

9. Zapata A, Cires M, Quirós JL, Pedroso B, Pozo M, Espinosa T y colaboradores. Cumplimiento del tratamiento para el asma bronquial por los pacientes de un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998; 14(6):522-6.

10. Scottish Intercollegiate Guidelines Net Work. The British Thoracic Society. British Guidelines on the Management of Asthma. Quick Referente Guide. Mayo 2004. Disponible en: www.sign.ac.uk www.brit-thoracic.org.uk .

11. Cires M y Vergara E. Guía terapéutica para la atención primaria de salud en Cuba. 1ed. La Habana: Editorial José Martí; 1995, p.92-98.

12. MINSAP. Formulario Nacional de Medicamentos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006, p.485.

13. Hogerzeil H V. Promoting rational prescribing: an internacional perspectiva. Br J clin Pharmac. 1995;39:1-6.

ANEXOS

Tabla 1. Medicamentos empleados en el tratamiento profiláctico del asma bronquial distribuidos en grupos de edades

Medicamento	Grupos etáreos (años)			Total
	Menos de 5	5—15	Más de 15	
Ketotifeno	6	4	8	18
Cromoglicato de sodio*	2	1	3	6

Vacunas	1	2	2	5
Aminofilina (tabletas de corta duración)	0	1	3	4
Meclozina	1	2	0	3
Prednisona	0	0	3	3
Dexametasona	0	0	1	1
Zafirlukast	0	0	1	1
Dipropionato de Beclometasona **	1	0	1	2

Fuente: Encuesta * De los 6 pacientes, 2 recibían dosis inferiores a las recomendadas.

** Los dos pacientes recibían subdosis o dosis mínimas.

Tabla 2. Relación del tratamiento profiláctico medicamentoso con la frecuencia de las crisis

Tto. profiláctico	Crisis días/mes			Total
	< 5	5—10	> de 10	
Si	17	3	10	30
No	26	2	5	33
Total	43	5	15	63

Fuente: Encuesta

Tabla 3. Relación del tratamiento profiláctico medicamentoso con el número de ataques que motivaron asistencia médica en el último año.

Tto. Profiláctico	Número de ataques en el último año					Total
	1-5	6-9	10 ó más	No precisa	Ninguno	
Si	10	1	7	1	11	30
No	7	1	5	6	14	33
Total	17	2	12	7	25	63

Fuente: Encuesta

Tabla 4. Consumo del *spray* de agonista beta-2 de corta duración medido en inhalaciones por día

Inhalaciones/día	Núm. de pacientes *	%
1 - 4	22	34.92
5 - 8	5	7.94
Más de 8	6	9.53
Ninguna	27	42.85
No precisa	3	4.76

Fuente: Encuesta * Solo 33 de los 63 pacientes respondieron afirmativamente a la Pregunta. 30 no lo usan o no fue confiable el dato.

Tabla 5. Consumo del de Agonista beta-2 de corta duración medido en número de días al mes que lo emplea

Días al mes	Núm. de pacientes*	%
Menos de 5	13	39.4
5 - 15	1	3.03
Más de 15	15	45.45
No precisan	4	12.12

Fuente: Encuesta * Estos son los 33 pacientes que reportaron algún consumo.

Anexo I

Encuesta para pacientes asmáticos.

Estudio del tratamiento profiláctico del asma bronquial en dos consultorios médicos del Municipio Cotorro

- 1- Nombre (Confidencial)
 2- Edad (Confidencial)
 3- Sexo (Confidencial)
 4- Municipio (Confidencial)
 5- Policlínico (Confidencial)
 6- Consultorio (Confidencial)

7- Fecha de inicio de la enfermedad (año) _____

8- Antecedentes familiares con asma _____ Si _____ No

9- Fuma _____ Si _____ No

10- Grado de asma bronquial clasificado por el médico de familia

Grado I (menos de 6 ataques al año) _____
 Grado II (6 a 9 ataques al año) _____
 Grado III (10 ó más ataques al año o un *status* al año) _____
 No clasificado _____

11- Frecuencia de asistencia al cuerpo de guardia:

2 ó 3 veces por semana _____
 Cada 15 días _____
 1 vez al mes _____
 Ocasionalmente _____
 Nunca _____

12- Frecuencia de las crisis: (síntomas de asma)

Menos de 5 al mes _____
 5 ó 10 días al mes _____
 Más de 10 días al mes _____

13- Ataques que motivaron asistencia médica en el último año:

1 a 5 _____ 6 a 9 _____ 10 ó más _____ No precisa _____
 Ninguno _____

14- ¿Ha tenido ingresos por asma en el último año? Si _____ No _____
 ¿Cuántos? _____

15- ¿Lleva tratamiento profiláctico para el asma? Si _____ No _____
 ¿Desde cuándo? _____

**16- Mencione los fármacos con los que lleva tratamiento profiláctico.
 Para cada fármaco diga:**

Nombre genérico _____
 Vía de administración _____
 Dosis por día _____
 Intervalo entre dosis _____
 ¿Quién se lo indicó? _____
 Tiempo que lleva con el medicamento _____

17- Consumo del inhalador a dosis fijas de salbutamol (*spray*):

1 a 4 inhalaciones/día _____
 5 a 8 inhalaciones /día _____
 Más de 8 inhalaciones/día _____
 Ninguna _____

No precisa_____

18- Número de días que emplea el inhalador al mes:

Menos de 5_____

5 a 15_____

Más de 15_____

Ninguno_____

No precisa_____

19- ¿Cumple con el tratamiento profiláctico? Si_____ No_____

Causas de no cumplimiento:

a- No disponibilidad del fármaco_____

b- Problemas económicos_____

c- Presencia de reacciones adversas_____

d- despreocupación_____

e- No mejoría_____

f- Otras_____

20- ¿Ha tomado corticoides (ciclos entre 5 días a un mes) en el último año?

Si_____ No_____ Cuántos?_____ Por indicación médica Si_____ No_____

De no poder precisar número de ciclos, reporte:

Cuántos días estuvo expuesto a corticoides en el último año_____

¿Por indicación médica? Si_____ No_____