

**ARTÍCULO ORIGINAL**

**Tratamiento y seguimiento de adultos con asma bronquial en las clínicas de la capital de Namibia**

**Treatment and follow-up of adults with bronchial asthma in the clinics from the capital of Namibia**

**MsC. Elizabeth Oller Legrá,<sup>1</sup> MsC. Yamilé Acosta Pérez<sup>1</sup> y Dra. Jacqueline María Baquero Suárez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Urgencias Médicas. Dirección Provincial de Salud, Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Dirección Municipal de Higiene y Epidemiología, Santiago de Cuba, Cuba.

**RESUMEN**

Se hizo un estudio descriptivo y transversal de 196 pacientes con asma bronquial, atendidos durante el 2007 en las clínicas de Katutura (Namibia), para determinar algunos aspectos biomédicos y sociales relacionados con esa afección en los integrantes de la casuística. En la serie predominaron el sexo femenino, los grupos etarios de 25 a 44 años, el esquema terapéutico basado en broncodilatadores y esteroides, así como la ausencia de una terapia higienambiental y rehabilitadora. De igual manera, no hubo seguimiento clínico y tratamiento adecuados según el grado de asma bronquial existente y las acciones de promoción de salud resultaron escasas.

**Palabras clave:** asma bronquial, broncodilatadores, esteroides, promoción de salud, Namibia

**ABSTRACT**

A descriptive and cross-sectional study of 196 patients with bronchial asthma was carried out. They were assisted in the clinics of Katutura (Namibia), during 2007 in order to determine some social and biomedical aspects related to this disorder in the members of the case material. In the series prevailed the female sex, the age groups from 25 to 44 years old, the therapeutical outline based on bronchodilators and steroids, as well as the lack of a rehabilitation and hygiene-environmental therapy. Similarly, there was neither appropriate clinical follow-up nor treatment according to the degree of existing bronchial asthma and there were just a few health promotion actions.

**Key words:** bronchial asthma, bronchodilators, steroids, health promotion, Namibia

## INTRODUCCIÓN

El asma bronquial es una enfermedad conocida desde la antigüedad. En la columna 55 del papiro de Ebers (cerca de 1 500 años a.n.e), se enumeraban una serie de remedios contra el asma; 5 000 años a.n.e ya los chinos hablaban del asma y la denominaban enfermedad musical (por los sibilantes) y la explicaban como una ruptura del equilibrio del ying (bueno) y el yang (malo).<sup>1</sup>

Desde finales del siglo XIX y en todo el siglo XX, hasta los años 50, el uso de los alcaloides de la belladona (estramonio) en forma de solución oral, inyección o inhalación ("cigarrillos antiasmáticos") se recomendaban en los más importantes tratados de medicina interna para el tratamiento de la enfermedad. También las propiedades medicinales de *Datura stramonium* se conocían desde la antigüedad, pero su uso no se incorpora a la medicina occidental hasta finales del siglo XIX, cuando oficiales británicos destacados en la india apreciaron "in situ" sus propiedades beneficiosas sobre las afecciones respiratorias.<sup>2</sup>

Tras la Segunda Guerra Mundial, el uso de los anticolinérgicos cae en desuso al aparecer los  $\beta$ -adrenérgicos (más efectivos y con menos efectos secundarios) hasta que en 1980 se introduce el bromuro de ipratropio (amonio cuaternario poco absorbible y administrado por vía inhalatoria) como broncodilatador de mecanismo anticolinérgico.<sup>2,3</sup>

En los últimos 20-30 años se ha registrado un significativo incremento en la incidencia de esta enfermedad debido a la incontenible tendencia a concentrarse en las grandes ciudades, con las consiguientes modificaciones de los hábitos de la vida familiar, el hacinamiento y la exposición a una creciente contaminación ambiental.<sup>4</sup>

El rápido incremento del asma bronquial en todo el mundo es uno de los mayores misterios de la medicina moderna, pues la ciencia no tiene respuesta del porqué de esta situación.

Más de 15 millones de personas en todo el mundo están diagnosticadas con asma, afección que constituye una de las 3 causas mas frecuentes de muerte súbita extracardiaca en los menores de 36 años de edad.<sup>5</sup>

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 196 pacientes con asma bronquial (mayores de 15 años) atendidos durante el 2007 en las clínicas de Katutura, región de Khomas (Namibia), para determinar algunos aspectos biomédicos y sociales relacionados con esa afección en los integrantes de la serie.

Se aplicó un formulario que incluía un interrogatorio directo al paciente, donde se tuvieron en cuenta algunas variables de interés, tales como: edad, sexo, escolaridad, conocimiento sobre la enfermedad, tratamiento intercrisis y durante la crisis, cumplimiento del plan terapéutico indicado, seguimiento a través de las consultas y grado de asma. Se efectuó, además, un examen físico (con la ayuda de una enfermera nativa para lograr una correcta comunicación) y se revisaron las historias de salud ambulatorias, todo lo cual permitió recoger los datos necesarios para la investigación.

El procesamiento de la información se llevó a cabo mediante el método de tarjado y se utilizaron la frecuencia y el porcentaje como medidas de resumen.

## RESULTADOS

En la casuística (**tabla 1**) prevalecieron las féminas (126, para 64,2 %), así como también los grupos etarios de 25-34 años y de 35-44 (23,4 %, respectivamente). Al efectuar una comparación por sexos se observa que las mujeres de 35-44 años (82,6 %) ocuparon la primacía, seguidas de las de 65 y más años (73,3 %).

Tabla 1. *Pacientes según edad y sexo*

Grupos etarios (en años)	Masculino		Sexo Femenino		Total	
	No.*	%*	No.*	%*	No.**	%
15-24	12	50,0	12	50,0	24	12,2
25-34	22	47,8	24	52,1	46	23,4
35-44	8	17,3	38	82,6	46	23,4
45-54	10	38,4	16	61,5	26	13,2
55-64	10	41,6	14	58,3	24	12,2
65 y más	8	26,6	22	73,3	30	15,3
<b>Total</b>	70	35,7	126	64,2	196	100,0

\*No. (Total de cada grupo etario)

\*\*No. (Total de pacientes: 196)

Al relacionar el conocimiento que poseían los integrantes de la serie sobre el asma bronquial con la escolaridad (**tabla 2**) se halló que del total de pacientes, solo 81 (42,5 %) dominaban los aspectos básicos de esta entidad clínica, con predominio de los que tenían nivel escolar universitario (100 y 65,0 %, respectivamente).

Tabla 2. *Pacientes según escolaridad y conocimiento sobre la enfermedad*

Escolaridad	Conocimiento sobre la enfermedad				Total	
	Sí		No		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Iletrados	4	5,5	68	94,4	72	36,7
Primaria	12	35,2	22	64,7	34	17,3
Secundaria	24	57,1	18	42,8	42	21,4
Preuniversitario	13	65,0	7	35,0	20	10,2
Universitario	28	100,0	-	-	28	14,2
<b>Total</b>	81	42,5	115	57,5	196	100,0

El tratamiento más frecuentemente indicado (**tabla 3**) fue el combinado (66,3 %), el cual fue cumplido por 112 pacientes (86,1 %); le siguió en frecuencia el esquema terapéutico basado en broncodilatadores (120, para 61,2 %) y esteroides (102, para 52,0 %), con 91,3 y 62,7 % de cumplimiento, respectivamente.

Tabla 3. *Pacientes según cumplimiento del tratamiento intercrisis*

Tratamiento	Indicado		Cumplimiento			
	No.*	%	Sí		No	
			No.**	%	No.**	%
Higienoambiental	4	2,0	2	50,0	2	50,0
Broncodilatadores	120	61,2	110	91,6	10	8,3
Esteroides	102	52,0	64	62,7	38	37,2
Intal	26	13,2	18	69,2	8	30,7
Rehabilitación	4	2,0	2	50,0	2	50,0
Combinado	130	66,3	112	86,1	18	13,8

No.\* (Total de pacientes: 196)

No. \*\* (Total por cada tipo de tratamiento)

La mayoría de los pacientes (**tabla 4**) no tuvieron un seguimiento clínico adecuado (138, para 70,5 %), principalmente los que padecían de asma moderada y leve.

Tabla 4. *Pacientes según seguimiento clínico y grado de asma*

Grado de asma	Seguimiento adecuado					
	Sí		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Intermitente	5	35,7	9	64,2	14	7,1
Leve	3	23,0	10	76,9	13	6,6
Moderada	20	25,9	57	74,0	77	39,2
<b>Total</b>	58	29,5	138	70,5	196	100,0

En la **tabla 5** puede observarse que el plan terapéutico basado en el uso de la oxigenación y los broncodilatadores  $\beta$ 2-agonistas (79,5 % en ambos casos) resultó ser el más empleado, seguido en menor cuantía por el empleo de esteroides (47,9 %); algunos principios tan importantes como la hidratación y el apoyo emocional presentaron cifras muy bajas de cumplimiento.

Tabla 5. *Pacientes según tratamiento durante las crisis*

Principios generales de tratamiento	Aplicado			
	Sí		No	
	No.	%	No.	%
Oxigenación	156	79,5	40	20,4
Broncodilatadores $\beta$ 2-agonistas	156	79,5	40	20,4
Hidratación acorde con la situación	65	33,1	131	66,8
Esteroides	94	47,9	102	52,0
Apoyo emocional	22	11,2	174	88,7
Traslado	46	23,4	150	76,5

## DISCUSIÓN

El hecho de que en esta casuística las personas jóvenes sean las más afectadas está relacionado con la mala calidad de vida, con el azote de enfermedades (síndrome de inmunodeficiencia adquirida y tuberculosis, por mencionar algunas) y con la extrema

pobreza, lo que provoca que las personas de edad más avanzada se vean imposibilitadas de acudir a consultas y, por tanto, no formaron parte del estudio.

El predominio de las féminas mayores de 35 años se debe a que los cambios endocrinos influyen en la evolución de la enfermedad. Al respecto se ha demostrado que en ocasiones, con la pubertad, el embarazo y la menopausia, desaparecen las manifestaciones clínicas, mientras que en otros casos se agravan.

Los hallazgos de esta serie coinciden con los referidos por otros autores,<sup>6,7</sup> quienes encontraron en su estudio un alto grado de desconocimiento sobre la enfermedad en las poblaciones estudiadas.

El sistema de salud de Namibia aún no cuenta con la infraestructura necesaria, ni con el personal médico o paramédico suficiente que garantice las actividades de promoción de salud que se necesitan.

Como bien se halló en la casuística, el tratamiento medicamentoso fue preponderante y la terapia higienoambiental y rehabilitadora, casi nulas; de hecho, ello demuestra el nivel de desconocimiento sobre esta afección, tanto por los pacientes como por el personal de salud.

Es esencial que la educación sea provista por todos los miembros del equipo de salud, donde el médico es el primero que debe iniciar la educación, incentivar el autocuidado del asma según las necesidades de cada paciente, así como de las prácticas y nociones culturales. Se hace necesario reforzar en cada oportunidad los aspectos básicos relacionados con el asma bronquial, la importancia de la medicación, las técnicas para el uso de los inhaladores, el control ambiental adecuado, las medidas para evitar y controlar los irritantes y alérgenos conocidos e insistir en cuándo realizar medidas de rescate.<sup>8</sup>

El hecho de que el mayor número de pacientes no haya sido atendido adecuadamente es proporcional con el poco nivel de conocimiento sobre la enfermedad, con la lejanía de los centros de salud, con el estado de pobreza y con el poco nivel adquisitivo de la población estudiada.

Los hallazgos de este estudio difieren de los encontrados por otros investigadores,<sup>9-11</sup> quienes estudiaron poblaciones de países con niveles primarios de atención como Cuba, donde la medicina comunitaria desempeña una importante función en el control de las enfermedades transmisibles.

En la serie, principios tan importantes como la hidratación y el apoyo emocional resultaron escasos, pues en ese país africano no se cuenta con un personal lo suficientemente preparado para atender la gran cantidad de pacientes que acuden a las clínicas, por tanto no es posible lograr el cumplimiento de todas las medidas establecidas.

Coronel<sup>12</sup> y Villaroel *et al*<sup>13</sup> demostraron en su estudio la extrema importancia que se concede al cumplimiento del algoritmo establecido, ya que de esta forma es posible eliminar la crisis en un corto período y reducir el uso de medicamentos, lo cual resulta más beneficioso para el paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chu EK, Drazen JM. Asthma. One hundred years of treatment and onward. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171:1202-8.
2. Nicholas Gross J. *Tiotropium bromide*. *Chest* 2004; 126; 1946-53.  
<<http://chestjournal.chestpubs.org/content/126/6/1946.full.pdf>> [consulta: 22 marzo 2010].
3. Rodrigo GJ, Rodrigo C. The role of anticholinergics in acute asthma treatment: an evidence-based evaluation. *Chest* 2002 Jun; 121(6):1977-87.
4. Scorzo G, Giorcelli L. Asma bronquial. *Medicina* 2000; 60 (Supl 1):100-8.
5. Castro HJ, Malka-Rais J, Bellanti JA. Current epidemiology of asthma: emerging patterns of asthma. *Allergy Asthma Proc* 2005; 26(2):79-82.
6. Siegel SC. History of asthma deaths from antiquity. *J Allergy Clin Immunol* 2007;80;458-62.
7. Ait-Khaled N, Enarson D, Bousquet J. Chronic respiratory diseases in developing countries: the burden and strategies for prevention and management. *Bull World Health Organ* 2001; 79 (10):971-9.  
<[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0042-96862001001000011](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862001001000011)> [consulta: 22 marzo 2010].
8. Expert Panel Report 2. Guidelines for the diagnosis and management of asthma.  
<[http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/archives/epr-2/asthgdln\\_archive.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/archives/epr-2/asthgdln_archive.pdf)> [consulta: 22 marzo 2010].
9. Medina Quesada AO, Ferrer Herrera I, Llanes Rodríguez AA, Suárez Ramírez O, Quevedo Arnaiz NV. Asma bronquial algunos factores asociados a su grado de severidad. *Rev Archivo Médico de Camagüey* 2006; 10(5).  
<<http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n5-2006/2052.htm>> [consulta: 22 marzo 2010].
10. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago EM, Batista Moliner R, Álvarez Villanueva R, *et al*. Temas de medicina general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2001; t 2:469-14.
11. Almiral Collazo J. Asma bronquial. Hechos y controversias. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1991; 7(4):308-27.
12. Coronel CC. Crisis de asma según factores desencadenantes. *Rev Mexicana Med* 2006; 73 (3):107-11.
13. Villaroel MA, Perdomo D, Rodríguez MC, Urdaneta R, Carriles A, Sansone D. Asma. Tratamiento de la crisis en el hogar y en el hospital. *Arch Venez Puer Pediatr* 2003; 66 (Supl 1):33-77.

Recibido: 15 de septiembre de 2010

Aprobado: 17 de diciembre de 2010

MEDISAN 2011; 15(3):362

**MSc. Elizabeth Oller Legrá.** Dirección Provincial de Salud, avenida Los Libertadores y Paseo Martí, Santiago de Cuba, Cuba.  
Dirección electrónica: [gabi@medired.scu.sld.cu](mailto:gabi@medired.scu.sld.cu)