

Epidemiología y comportamiento clínico en pacientes asmáticos. Grupo básico de trabajo No. 2, Policlínico “Gustavo Aldereguía Lima”, Las Tunas

Epidemiologic and Clinical Behavior in Asthmatic Patients, Work Basic Team No. 2, "Gustavo Aldereguía Lima" Polyclinic, Las Tunas

Autores: Dr. Jorge Enrique Agüero Batista*, Dra. Tahimí Nápoles Macías**.

* Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente. Policlínico “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Las Tunas.

** Especialista de II grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Dirección Municipal de Salud. Las Tunas.

Correspondencia a:

Dr. Jorge Enrique Agüero Batista

Correo-e: jorgeab@ltu.sld.cu, tnapoles@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal prospectivo del comportamiento del asma bronquial en pacientes entre 18 y 60 años de edad, pertenecientes al grupo básico de trabajo No. 2 del Policlínico “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, del municipio de Las Tunas; el periodo de estudio estuvo comprendido entre junio y diciembre de 2012. Se escogieron los pacientes entre 18 y 60 años que acudieron al servicio de urgencias médicas de la institución de salud a la que se hace referencia, con el diagnóstico o sospecha clínica de asma bronquial, solicitando tratamiento para el alivio de sus síntomas agudizados. El número de mujeres fue ligeramente superior al de los hombres. El grupo entre 18 y 30 años de edad fue el de mayor incidencia. Los asmáticos clasificados como persistentes moderados fueron los registrados con mayor frecuencia. Los pacientes con un inadecuado uso terapéutico de los fármacos prescritos previamente fueron los de mayor concurrencia en la urgencia médica. Existe un número importante de pacientes que, aún descompensados, solo son evaluados por el médico de familia. Los datos fueron extraídos de las hojas de registro médico del mencionado cuerpo de guardia y procesados mediante métodos estadísticos utilizando la tecnología necesaria al respecto.

Palabras clave: ASMA BRONQUIAL, TRATAMIENTO INTERCRISIS, NIVELES DE ESPECIALIZACIÓN.

DESCRIPTORES:

ASTHMA /therapy

ASMA/terapia

ASTHMA /epidemiology

ASMA/epidemiología

ABSTRACT

A descriptive, longitudinal, and prospective study about bronchial asthma behavior in patients from 18 to 60 years of age was carried out by the basic work group No. 2 belonging to "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" Polyclinic of Las Tunas from June, 2012 to December, 2012. The patients were chosen from those who went to the medical emergency department, clinically suspected or diagnosed with bronchial asthma, and needing treatment for the abatement of their acute symptoms. There were more females than males. The prevailing age group was between 18 and 30 years old. The moderate persistent asthmatic patients were the prevalent ones. The patients with an inadequate therapeutic use of the previous treatment were those who went more frequently to the emergency department. There are a great number of upset patients who are only assisted by family doctors. The data were collected from the department documents and processed by means of statistical methods using the necessary technology.

Key words: BRONCHIAL ASTHMA, INTERCRISIS TREATMENT, SPECIALIZATION LEVELS.

INTRODUCCIÓN

El Asma Bronquial (AB) es una enfermedad inflamatoria que se caracteriza por la existencia de hiperreactividad bronquial con obstrucción reversible al flujo aéreo y que se manifiesta por síntomas intermitentes que incluyen: tos, disnea, y sibilancias. Las tres características que definen el asma bronquial son la inflamación de la vía aérea, la hiperreactividad bronquial y la obstrucción al flujo aéreo. Esta enfermedad ocurre a todas las edades, pero es más frecuente en personas jóvenes. Se considera que afecta de un seis a un diez por ciento de la población mundial. (1)

En las dos últimas décadas se ha visto un incremento importante de la misma, por lo que ha llegado a ser una de las enfermedades crónicas más comunes en el mundo, en

especial en los países desarrollados. (2) La mortalidad por la enfermedad ha ido en ascenso mundialmente y por lo tanto, es de gran importancia el reconocimiento precoz de los signos predictores de gravedad del asma y los factores de riesgo relacionados con mayor mortalidad para lograr reducir la misma. Los factores que favorecen su agudización, merecen un análisis detallado, sobre todo cuando hoy se conoce que más de 300 millones de personas en el mundo la padecen. (3)

La población cubana por las características de su sistema de salud, con la presencia del médico y la enfermera de la familia que cubren al 100 % de la población, tiene la posibilidad de realizar diagnósticos tempranos y oportunos de AB, tanto en niños como en adultos. Ante la sospecha clínica o dudas en su diagnóstico, existe el apoyo especializado de los pediatras e internistas, mediante las consultas programadas por el Grupo Básico de Trabajo (GBT). Aun más, se posee una atención médica fortificada en los últimos años al acercar a la comunidad los diferentes servicios especializados. Esto da la posibilidad a los pacientes con AB de que puedan ser evaluados por la especialidad de alergia en fases tempranas de su enfermedad e instaurárseles terapéuticas adecuadas e individualizadas según lo requieran por su evolución y magnitud, especialmente en aquellos que no logran un control adecuado de la misma.

En estudios realizados del informe estadístico en el área de salud, la concurrencia de asmáticos descompensados a los servicios de urgencia es elevada. (4) En las consultas de alergología el número de asmáticos compensados o no, es significativo, muchos de ellos con tratamientos irregulares y otros con conductas inadecuadas, por desconocimiento de los pacientes, familiares o una mala orientación profesional por parte del personal de salud, lo que cumple a nuestro modo de ver con uno de los factores descritos a nivel mundial que determinan la alta mortalidad de esta enfermedad en la actualidad: El manejo del paciente asmático. (5)

El incremento significativo en la prevalencia del AB en el área de salud, (13.6 % en el 2011), (4) da fe de que el comportamiento está acorde con los estudios realizados a nivel mundial y nacional, y muy relacionado a los planteamientos científicos que tratan sobre el tema para los pronósticos futuros de la enfermedad. (1, 3)

Conocer los factores que atentan contra el adecuado control de los pacientes asmáticos sería muy útil, daría la posibilidad de establecer estrategias en aras de buscar soluciones posibles para mejorar la calidad de vida de estos enfermos. Más aún cuando conocemos que la colaboración del paciente constituye un elemento clave dentro de la estrategia terapéutica global de la enfermedad.

Aspectos éticos: Se puso en conocimiento y se coordinó con la dirección del Policlínico “Gustavo Aldereguía Lima” del municipio de Las Tunas nuestro propósito de realizar la investigación sobre el tema en cuestión.

Se tuvo en cuenta además consideraciones éticas relacionadas con la persona objeto de estudio (pacientes asmáticos del GBT No. 2), se les informó a los mismos el objetivo de la investigación y que su participación era de forma voluntaria, se les explicó que los datos obtenidos serían confidenciales y solo utilizados con fines investigativos.

MATERIALES Y METODOS

El AB constituye un problema de salud. Nuestra provincia y el municipio no escapan de esta situación, por ser considerada una enfermedad que presenta una elevada incidencia de morbilidad y que aporta un gran número de atenciones en la urgencia médica, lo cual muchas veces se debe a un control inadecuado de la población que la padece.

La situación antes descrita lleva a revelar la existencia del siguiente problema científico: Conocer cuáles son los factores que influyen en el descontrol de los pacientes asmáticos que los obliga a acudir a los servicios de urgencia médica del policlínico “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, basándonos fundamentalmente en la caracterización de los mismos.

El universo de estudio estuvo constituido por 1237 pacientes asmáticos pertenecientes al GBT No. 2 entre 18 y 60 años, la muestra estuvo conformada por 753 pacientes con esta condición que recibieron atención médica de urgencia en el cuerpo de guardia de la institución en el periodo comprendido en el estudio, lo que representó un 60.87 %.

Criterio de inclusión: Haber acudido al cuerpo de guardia de la institución objeto de estudio, pertenecer al GBT No. 2 de la misma, dar el consentimiento para participar en el mismo. Con relación a la categoría de la atención médica especializada quedaron incluidos también aquellos pacientes que fueron atendidos dentro o fuera del área de salud, ya sea en consultas de Medicina Interna, Neumología y/o Alergología.

Criterio de exclusión: Pacientes que no deseen participar en el mismo. Aquellos asmáticos que, perteneciendo a los consultorios incluidos en el estudio, sean atendidos en otras instituciones de salud para el alivio de su enfermedad agudizada y por tanto no aparecen registrados en las hojas de cargo del departamento de estadísticas del policlínico motivo del estudio.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

De obtención de la información: Se utilizaron modelos de investigación cualitativos y cuantitativos que fueron concretados en métodos teóricos, métodos empíricos y procedimientos estadísticos, lo que garantizó la triangulación de los datos.

Los métodos utilizados fueron el análisis y la síntesis bibliográfica de la literatura revisada relacionada con el AB, su definición, fisiopatología, manifestaciones clínicas, clasificación clínica, factores desencadenantes, agudizaciones, signos de gravedad y tratamiento, así como otros temas de interés de los autores.

El método empírico utilizado fue la encuesta. Los datos se extrajeron de los expedientes clínicos de los pacientes pertenecientes al GBT No. 2, atendidos en cuerpo de guardia del Policlínico "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" en el periodo estudiado, que quedaron registrados en el departamento de estadística. Una vez obtenidos los datos sobre la dirección particular y ubicados en los consultorios médicos pertenecientes al GBT, se les realizó un cuestionario, el cual fue elaborado según objetivos percibidos de acuerdo a lo descrito en la bibliografía revisada. El mismo fue llenado mediante entrevistas personales con los pacientes incluidos en la investigación.

De procesamiento y análisis de la información: Los datos obtenidos a través de las encuestas fueron vaciados en una base de datos en Microsoft Excel. Se realizaron diferentes tablas cuyas variables fueron expresadas en cifras absolutas y relativas para su análisis y discusión.

De síntesis y discusión de los resultados: Las variables analizadas fueron ordenadas de acuerdo a su comportamiento e incidencia, discutidas acorde a la bibliografía nacional e internacional disponible en el contexto de nuestro país.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La frecuencia de las enfermedades alérgicas esta incrementándose de forma significativa en los últimos años, se estima por estudios epidemiológicos prospectivos que puede llegar a afectar entre los años 2015 y 2020, al 50% de la población general de los países desarrollados; entre las causas que llevan a este incremento se mencionan, el azote de las enfermedades infectocontagiosas, el aumento de la polución atmosférica, el hábito de fumar y la alimentación artificial. (5, 6)

Es la enfermedad crónica más común en los niños y adolescentes y en los decenios más recientes se han registrado aumentos insólitos de su prevalencia en todas las partes del mundo. En las personas de edad avanzada la prevalencia puede alcanzar un rango del cinco al siete por ciento. (7)

TABLA 1. Distribución de pacientes según edad y sexo. Policlínico “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Junio - diciembre de 2012

Grupos etáreos y sexo	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
18- 30 años	137	18.19	153	20.31	290	38.5
31- 40 años	128	16.99	119	15.82	247	32.81
41- 50 años	67	8.89	88	11.69	155	20.58
51- 60 años	26	3.47	35	4.64	61	8.11
Total	358	47.54	395	52.46	753	100

La **tabla 1** muestra la distribución por edad y sexo de los pacientes estudiados, observamos que el grupo etáreo de 18 a 30 años fue el mayor, con un 38.5 %, seguido del grupo entre 31 y 40 años con un 32.81 %. El AB ocurre a todas las edades, pero lo hace de manera predominante al principio de la vida. Cerca de la mitad de los casos se inician antes de los diez años de edad, y otra tercera parte lo hacen antes de los 40 años. (8) Resultado que coincide con este estudio, donde el 71.31 % de los pacientes asmáticos estuvieron incluidos entre los 18 y 40 años de edad.

El asma en las primeras dos décadas de la vida es más frecuente en hombres (2:1) para luego tener un comportamiento muy similar en ambos sexos, no pudiendo establecer un franco predominio de uno u otro género, pues los resultados de varios estudios a nivel mundial y nacional muestran variabilidad referente a ello. (2, 5, 7) El sexo femenino tuvo un comportamiento ligeramente superior dentro del grupo de pacientes estudiados, con un 52.46 %, lo que consideramos se asemeja a lo reportado en las bibliografías revisadas. Estas dos variables tienen cierta relevancia, pues algunos autores plantean que estos grupos de población son identificados como factores de alto riesgo para la evolución desfavorable de las crisis agudas, dentro de ellos la edad mayor de 55 años, por las comorbilidades asociadas y el sexo femenino. (9)

TABLA 2. Clasificación clínica de los pacientes. Policlínico “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Junio - diciembre de 2012

Clasificación de la enfermedad	Pacientes	
	No.	%
Intermitente	246	32.6

Persistente Leve	135	18.0
Persistente Moderada	283	37.6
Persistente Severa	89	11.8
Total	753	100

La clasificación clínica de los pacientes según la severidad, es necesaria para definir el tratamiento adecuado. La clasificación propuesta por consenso internacional está basada en la frecuencia e intensidad de los síntomas clínicos (intermitentes o persistentes, frecuencia de las exacerbaciones, presencia de síntomas nocturnos), así como el comportamiento funcional respiratorio, siempre que sea posible realizarlo. De este modo queda establecida la clasificación clínica espirométrica aprobada por la Organización Mundial de la Salud (OMS): Asma intermitente y asma persistente, esta última subdividida en leve, moderada y severa. (10) En los pacientes estudiados, los que acuden al servicio de urgencias médicas en busca de alivio de las crisis, pertenecieron al asma persistente moderada un 37.6 % (**tabla 2**); teniendo en cuenta que esta clasificación solo se hizo basada en la frecuencia y la agudización de los síntomas, ya que no disponemos de estudios de la función respiratoria en todos los pacientes. Es notable que exista un número significativo de asmáticos considerados como asma persistente, si valoramos que de los 753 pacientes, 507 quedan incluidos en esta categoría (67.33 %), lo que denota la presencia en nuestra área de salud de asmáticos con síntomas relevantes que pudieran tener en un momento determinado de la evolución de su enfermedad, complicaciones más severas y fatales si no cumplen con las orientaciones medicas y terapéuticas adecuadas para su control.

TABLA 3. Cumplimiento de esquemas terapéuticos prescritos por médicos de asistencia para el control de la enfermedad (tratamiento intercrisis de los pacientes). Policlínico “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Junio - diciembre de 2012

Esquemas terapéuticos Prescritos por el médico	No.	%
Cumple regularmente (Intercrisis)	294	39.05
Cumple irregularmente (Intercrisis)	103	13.67
No cumple con el tratamiento (Intercrisis)	356	47.28
Total	753	100

Los dos grandes grupos de medicamentos utilizados en el tratamiento del asma son los broncodilatadores y los antiinflamatorios. El tratamiento del AB puede ser: Sintomático

(tiene por objeto interrumpir las crisis mediante medicamentos de acción rápida, como la adrenalina, agonistas beta-adrenérgicos de acción rápida, corticoides sistémicos, xantinas, oxigenoterapia, etc) y preventivo (indica el uso regular de broncodilatadores, antihistamínicos, corticosteroides inhalables, inhibidores de los leucotrienos, terapia respiratoria, inmunoterapia específica, etc). (11) Según la categoría clínica del asma es la terapéutica a integrar, va desde tratamientos simples en los asmáticos intermitentes, hasta terapias combinadas en los casos más severos, pero estos están basados en el preventivo y/o el sintomático según se requiera. El conocimiento por parte del médico que asiste a un asmático define mucho la respuesta beneficiosa que pueda esperar, existe una amplia gama de medicamentos antiasmáticos con indicaciones específicas. Afortunadamente en nuestro país contamos con medicamentos de última generación para el tratamiento de los casos más severos, es el fundamento de nuestro sistema de salud para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y evitar desenlaces fatales como la muerte. Llama la atención que a pesar de tener indicados esquemas terapéuticos adecuados, no se cumple como se les prescribe. Los datos arrojan que el 47.28 % no realiza el tratamiento y el 13.67 % lo hace de forma irregular (**tabla 3**). A nuestro modo de ver estas podrían ser las causas de las exacerbaciones de la enfermedad.

TABLA 4. Niveles de especialización en la atención a la población estudiada. Policlínico “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Junio - diciembre de 2012

Niveles de especialización	No.	%
Atendidos solo por médicos general o MGI	193	25.63
Atendidos por especialistas en Medicina Interna y Neumología	145	19.25
Atendidos por especialistas en Alergología	415	55.12
Total	753	100

La pesquisa activa de factores de riesgo y enfermedades debe constituir un elemento sólido en el mejoramiento de la calidad y la esperanza de vida, basado en el seguimiento y control de los enfermos para evitar progresiones y aparición de complicaciones. (10) En la **tabla 4** hacemos referencia al nivel de atención médica de los asmáticos. Nos percatamos que 193 pacientes solo han tenido seguimiento por el médico de familia, que representan el 25.63 % y de los 753 incluidos en el estudio solo han sido valorados por

alergología el 55.12 %. No dudamos de la capacidad científica y profesional de nuestros médicos, pero mientras exista un asmático mal controlado que no haya sido valorado por las especialidades correspondientes, no tendremos cumplida la cadena de atención optimizada. Las consultas de Medicina Interna y Pediatría están al acceso en la propia comunidad, la selección de aquellos que requieran un alergista no ha de hacerse esperar, estos cuentan con los recursos necesarios para que en los momentos actuales ningún paciente portador de AB, ni sus familiares, tengan que lamentar un desenlace fatal de la enfermedad por una atención médica no orientada, demorada o no recibida.

En concordancia con las prioridades expresadas en las estrategias de la salud cubana, se ha venido desarrollando un proceso de actualización del Programa Nacional de Asma, que incluye dentro de sus directrices al médico y la enfermera de la familia, piedras angulares de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación del paciente asmático. Por estas razones es necesario integrar un conjunto de acciones de salud dirigidas a la prevención y el control del asma, fundamentalmente aquellas relacionadas con la educación del paciente y sus familiares, la capacitación del personal médico y paramédico e incorporar los enfoques más actualizados en su manejo integral. (10)

CONCLUSIONES

Existió un ligero predominio del sexo femenino. El grupo entre 18 y 30 años de edad fue el de mayor incidencia. Los asmáticos clasificados como persistentes moderados fueron los de mayor frecuencia. Los pacientes que no cumplen el tratamiento de los fármacos prescritos fueron los de mayor concurrencia en la urgencia médica. Existe un número importante de pacientes que aún descompensados solo son evaluados por el médico de la familia.

RECOMENDACIONES

Los resultados encontrados nos expresan que existen deficiencias en el control y seguimiento de los asmáticos, crear estrategias para enriquecer y actualizar al médico que brinda la asistencia para luego transmitir los conocimientos al paciente y familiares, así estaríamos logrando que los mismos sean más responsables y participen activamente en el control de su enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. López Caballero, Armando. Terapia Intensiva. La Habana: ECIMED; 2009: p 320.

2. Yach D., Hawkes C., Gould C.L., Hofman K.L. The global burden of chronic diseases: overcoming to prevention and control. JAMA 2004; 291 (21): 2616-22.
3. Miralles JC, Negro JM, Sánchez-Gastón F. Atención especializada en asma. Alergología e Inmunología Clínica. 2003; 15: 375- 384.
4. Oller Legrá, Elizabeth; Acosta Pérez, Yamilé; Baquero Suárez, Jacqueline María. Tratamiento y seguimiento de adultos con asma bronquial en las clínicas de la capital de Namibia. Medisan;15(3) mar. 2011. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_3_11/san13311.htm. Consultado: enero 2012
5. Crisci C.D: Ivancevich J.C : Presentación Le Habana continua ...Arch Arg. Alergia Inmunol Clin 2001, 32(1) Disponible en: www.archivos.alergia.org.ar Consultado: enero 2012
6. Pallejá X, García C, Serra N, Beltrán V. Enfermedades Hereditarias Complejas. En: Medicina Interna. Farreras Valenti P. Rozman C y Colaboradores. Madrid: Editorial Harcourt; 2000: p 1432.
7. Vega Pazitková Tatiana de la, Pérez Martínez Víctor T., Bezos Martínez Lenia. Comportamiento del asma bronquial en adolescentes tratados en el Policlínico Universitario "Ana Betancourt". Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2013 Oct 21]; 26(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100005&lng=es
8. Harrison (ONLINE). Principios de Medicina Interna. 16 Ed. 2009. Disponible en: www.harrisonmedicina.com
9. Guías para el diagnóstico y manejo del asma: capítulo 2: tratamiento del asma bronquial. Rev. chil. enferm. respir. [revista en la Internet]. 2004 Jul [citado 2013 Oct 21]; 20(3): 151-163. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482004000300006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482004000300006>.
10. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Asma Bronquial. La Habana: MINSAP; 2002: p. 20.
11. Rodrigo GJ. Acute Asthma in Adults: A Review. Chest. 2006; 125:1081-1102.