



Archivo Médico de Camagüey

E-ISSN: 1025-0255

jorsan@finlay.cmw.sld.cu

Centro Provincial de Información de Ciencias
Médicas de Camagüey
Cuba

Suárez Ramírez, Orlando; Ferrer Herrera, Ismael; Medina Quezada, Alexis; Llanes Rodríguez, Alberto
TRATAMIENTO INTERCRISIS EN PACIENTES ASMÁTICOS ATENDIDOS POR MÉDICOS DE
FAMILIA

Archivo Médico de Camagüey, vol. 10, núm. 1, 2006
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey
Camagüey, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211118179011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Revista “Archivo Médico de Camagüey” 2006; 10(1) ISSN 1025-0255

Policlinico Comunitario Docente “Ignacio Agramonte” Camagüey.

TRATAMIENTO INTERCRISIS EN PACIENTES ASMÁTICOS ATENDIDOS POR MÉDICOS DE FAMILIA

Dr. Orlando Suárez Ramírez*; **Dr. Ismael Ferrer Herrera**;** **Dr. Alexis Medina Quezada*;**
Dr. Alberto Llanes Rodríguez*

** Especialista de I. Grado en Medicina General Integral.*

*** Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular.*

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal para evaluar el cumplimiento del tratamiento intercrisis de los 173 pacientes asmáticos dispensarizados en dos consultorios del médico de la familia del Policlínico “Ignacio Agramonte” del municipio Camagüey, durante el año 2003. Las historias clínicas individuales y familiares constituyeron la fuente primaria de los datos, se confeccionó una encuesta al efecto con las variables estudiadas: grupos de edades, sexo, grado de severidad, cumplimiento del tratamiento intercrisis, frecuencia de síntomas, asistencia al servicio de urgencia e ingresos hospitalarios, las que fueron procesadas automatizadamente.

Predominaron los asmáticos clasificados como intermitentes leves (43.4 %), el 72.3 % cumplieron mal el tratamiento intercrisis y de ellos, el 28 % presentaron síntomas continuos. En las casi tres cuartas partes de los asmáticos que cumplieron mal el tratamiento fueron frecuentes la presencia de síntomas, la asistencia al servicio de urgencia y los ingresos hospitalarios.

DeCS: ESTADO ASMÁTICO; ESTUDIO TRANSVERSAL; MÉDICOS DE FAMILIA

INTRODUCCIÓN

Es de suma importancia prevenir o evitar el desencadenamiento del asma bronquial, así como minimizar los síntomas y mejorar la función pulmonar con un adecuado tratamiento intercrisis desde el punto de vista no farmacológico y farmacológico.^{1,2}

El tratamiento no farmacológico debe tener en cuenta los siguientes aspectos:³⁻⁵

- ♣ Educación sanitaria del paciente asmático.
- ♣ Medidas de control ambiental.
- ♣ Fisioterapia y rehabilitación.
- ♣ Atención psicológica.

En el tratamiento farmacológico se describen una gran variedad de fármacos, los esteroides sistémicos y los inhalados, los antihistamínicos de primera y segunda generación, estabilizadores de membranas (Cromoglicato de Sodio y Nedocromil Sódico), las xantinas, anticolinérgicos, los Beta 2 agonistas adrenérgicos, expectorantes mucolíticos y el uso de inmunomoduladores).⁶⁻⁹ Otra modalidad de tratamiento es la utilización de la Medicina Natural y Tradicional, entre las que se encuentran el uso de la fitoterapia, la acupuntura, la auriculoterapia, láserpuntura, digitopuntura, ventosas y moxibustión.¹⁰⁻¹²

Por constituir un problema de salud de nuestra área, nos propusimos evaluar el cumplimiento del tratamiento intercrisis de dos consultorios del Médico de Familia del Policlínico Comunitario Docente “Ignacio Agramonte” durante el año 2003, relacionando el cumplimiento de este

tratamiento con la evolución del enfermo según frecuencia de síntomas y asistencia al servicio de urgencia e ingresos hospitalarios al final del período estudiado.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal para evaluar el cumplimiento del tratamiento intercrisis de los pacientes asmáticos de los consultorios # 10 y 23 del Médico de Familia, pertenecientes al Policlínico Comunitario Docente “Ignacio Agramonte” en el municipio Camagüey, desde enero a diciembre de 2003.

El universo de estudio lo constituyeron los 173 pacientes asmáticos dispensarizados como grupo III-23. Dentro de los criterios de inclusión se tuvieron en cuenta los pacientes dispensarizados como asmáticos pertenecientes a los consultorios en estudio, dirección particular actualizada y acuerdo en responder a las interrogantes; quedaron excluidos los pacientes que no cumplían estos requisitos.

La historia clínica individual y familiar constituyó la fuente primaria de datos, se confeccionó una encuesta de acuerdo con la bibliografía consultada y las variables que respondieron al objetivo de la investigación.

Se seleccionaron los consultorios teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas, se escogió un consultorio con buenas condiciones y otro con malas condiciones.

El registro primario definitivo de la investigación fue constituido por la encuesta, la que fue llenada por los autores de la investigación y se estudiaron las siguientes variables: grupos de edades, sexo, grado de severidad, cumplimiento de medidas preventivas, tratamiento farmacológico intercrisis, uso de medicina natural y tradicional, rehabilitación, frecuencia de síntomas, frecuencia con que acude al servicio de urgencias e ingresos hospitalarios.

Los datos se procesaron en una microcomputadora IBM compatible, con el paquete de programa estadístico Excel, se obtuvo distribución de frecuencia y tablas de contingencia, se trabajó con

una confiabilidad del 95 % ($P \leq 0.05$). Los resultados se presentaron en números absolutos y por cientos.

RESULTADOS

Los pacientes asmáticos, según grupos de edades, predominaron en las edades más jóvenes, menores de 9 años y entre 10–19 años. El sexo se comportó sin diferencias apreciables (Tabla 1).

Tabla. Distribución de pacientes asmáticos estudiados según grupo de edades y sexo

Grupo de edades (años)	Sexo						Total
	Masculino			Femenino			
	No	%		No	%		
< 9	27	15.6		20	11.6	47	27.2
10-19	25	14.5		16	9.2	41	23.7
20-29	14	8.1		6	3.5	20	11.6
30-39	8	4.6		18	10.4	26	15.0
40-49	5	2.9		10	5.8	15	8.7
50-59	4	2.3		8	4.6	12	6.9
60 Y más	2	1.2		10	5.8	12	6.9
Total	85	49.1		88	50.9	173	100.0

Fuente: Encuestas

Con respecto al comportamiento de los pacientes estudiados según la severidad, los intermitentes leves representaron un 43.35 % (75 pacientes), los persistentes leves y severos el 21.97 %, respectivamente (38) y los persistentes moderados 12.72 % (22). Cerca de las tres cuartas partes (72.3 %) cumplieron mal el tratamiento intercrisis, sólo un 27.7 % lo cumplió bien (Tabla 2).

Tabla 2. Cumplimiento del tratamiento intercrisis

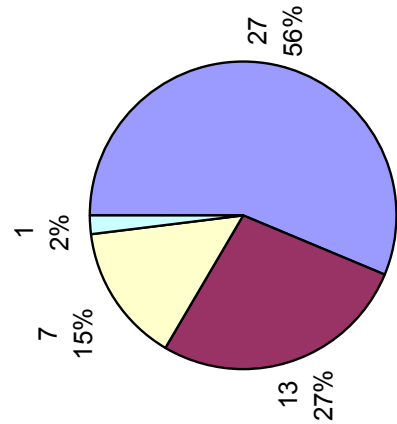
Cumplimiento del tratamiento intercrisis	No.	%
Bien	48	27.7
Mal	125	72.3
Total	173	100.0

Fuente: Encuestas

De los pacientes que cumplieron bien el tratamiento intercrisis, el 56 % presentó síntomas una vez por semana y sólo el 2 % se comportó de forma continua. Estos parámetros se invirtieron en los pacientes que lo cumplieron mal, el 18 % presentó síntomas una vez por semana y el 28 % de forma continua (Gráf.1).

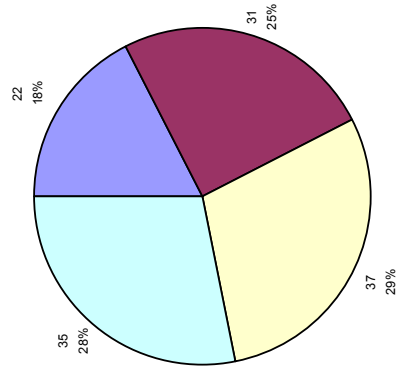
Gráf. 1. Frecuencia de síntomas según cumplimiento del tratamiento intercrisis

PACIENTES QUE CUMPLEN BIEN EL TRATAMIENTO INTERCRISIS



■ 1 vez por semana ■ 2 veces por semana

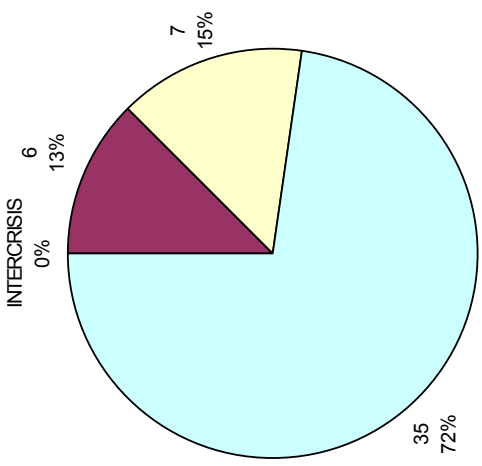
PACIENTES QUE CUMPLEN MAL EL TRATAMIENTO INTERCRISIS



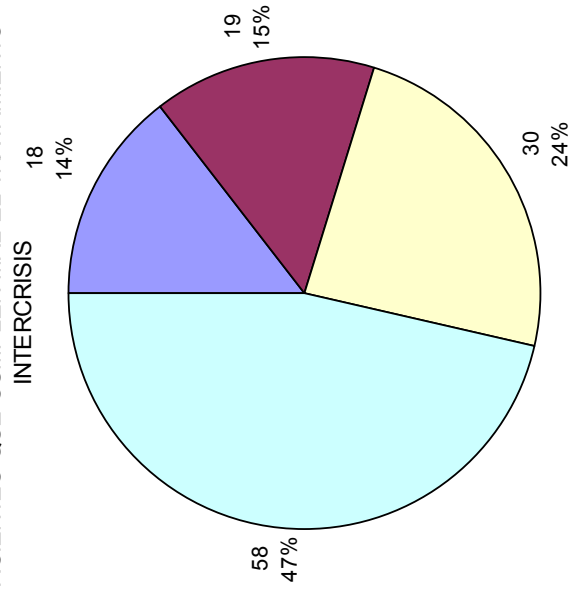
Al analizar la asistencia al servicio de urgencias de forma comparativa, se observó que ningún paciente de los que cumplieron bien el tratamiento intercrisis asistió semanalmente a urgencias y los que cumplieron mal este tratamiento presentaron una asistencia semanal del 14 %. Con respecto a la asistencia ocasional fue menor (47 %) en los que cumplieron mal el tratamiento con respecto a los que lo cumplieron bien.

Gráf. 2. Asistencia al servicio de urgencia según cumplimiento del tratamiento intercrisis

PACIENTES QUE CUMPLEN BIEN EL TRATAMIENTO



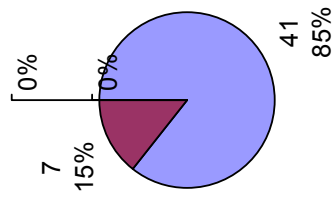
PACIENTES QUE CUMPLEN MAL EL TRATAMIENTO



El 85.0 % de los pacientes que cumplieron bien el tratamiento intercrisis no requirieron ningún ingreso hospitalario y con menor por ciento (62.0 %) los que lo cumplieron mal. El 10 % de los que lo cumplieron mal, requirieron dos o más ingresos hospitalarios en el período estudiado, mientras que los que lo cumplieron bien, no requirieron dos o más ingresos.

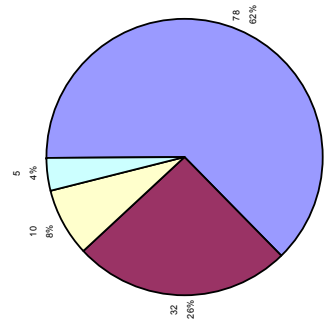
Gráf. 3. Ingresos hospitalarios según cumplimiento del tratamiento intercrisis

PACIENTES QUE CUMPLEN BIEN EL TRATAMIENTO INTERCRISIS



■ Ninguno ■ Uno □ Dos o más

PACIENTES QUE CUMPLEN MAL EL TRATAMIENTO INTERCRISIS



DISCUSIÓN

En la serie estudiada hubo predominio de los pacientes más jóvenes y ligeramente del sexo femenino, lo que se corresponde con lo referido por otros autores con respecto al comportamiento nacional de la prevalencia del asma bronquial.¹³

*Winter Griffith*¹⁴ en un estudio realizado en Nueva York refiere que no hay prácticamente diferencias en cuanto al sexo, *English*¹⁵ en la frontera de Estados Unidos y México reporta que las edades más frecuentes fueron de 0 a 19 años, lo que concuerda con nuestros resultados.

El 43.35 % de los pacientes fueron clasificados como intermitentes leves, se elevó a más del 65 %, si sumamos los intermitentes y persistentes leves. Existió un predominio franco de las formas clínicas menos severas. No nos fue posible comparar estos resultados con la bibliografía revisada pues hasta entonces se usaba generalmente otras clasificaciones según la intensidad del asma.

En cuanto al cumplimiento del tratamiento intercrisis *Páez Prats*¹⁶ en su estudio realizado en el Hospital Nacional Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, muestra que el 60 % de los pacientes estudiados no cumplió con el tratamiento intercrisis y fue irregular, lo que coincidió con nuestro trabajo, al igual que el estudio internacional de *English*¹⁵ en la frontera México-Estados Unidos, que reporta incumplimiento del tratamiento intercrisis en más del 55 % de los pacientes. Sin embargo, *Sheley*¹⁷ muestra resultados que difieren del nuestro, ya que reporta altos cumplimientos de dicho tratamiento.

Al analizar los indicadores seleccionados que expresan el descontrol del asma en los pacientes estudiados (mayor frecuencia de síntomas), de asistencia al servicio de urgencia y de ingresos hospitalarios, según el cumplimiento del tratamiento intercrisis, es evidente el incremento de éste ante el incumplimiento del tratamiento, o lo que es lo mismo a mal cumplimiento del tratamiento intercrisis mayor frecuencia de síntomas, de asistencia al servicio de urgencias y de ingresos hospitalarios, lo que coincide con los estudios internacionales de *Sheley*¹⁷, *Mitsuru*¹⁸, *Rochar*¹⁹ y *Sarragula*.

ABSTRACT

A cross-sectional, descriptive study was conducted in the year 2003 to assess compliance with guidelines for intercrisis treatment of the 173 asthmatic patients cared for at two family physicians offices of the "Ignacio Agramonte" Polyclinic. Clinical records of both individuals and of their families were the primary source of data which were transferred to a survey sheet designed specifically to such an end. Variables like age group, sex, degree of severity, compliance with intercrisis treatment guidelines, frequency rate of symptoms, number of times care was sought at the emergency service, and number of hospital admissions were processed in a computer. Asthmatics classed as mild intermittent prevailed (43.4 %), whereas as 72.3 % did not follow the intercrisis guidelines, of them 28 % showed continuing symptoms. There fourths outs of asthmatics that did not follow the intercrisis treatment guidelines showed symptoms, sought care at the emergency service, and were admitted.

DeCS: STATUS ASTHMATICUS; CROSS-SECTIONAL STUDIES; PHYSICIANS,

FAMILY

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández González E, Jove González C, Sánchez Coromina M. Asma bronquial en Atención Primaria. Asturias: Editorial INSA-LUD;1992
2. National Asthma education and prevention program Expert Panel. Report 2: Guidelines for the diagnosis and management asthma. NIH publication National Institute of Health Heart, Lung, and Blood Institute, Bethesda, MD. July, 1997; 97(4051).

3. Espinosa Brito A, Padrón Velásquez L, Ordoñez García P. Atención primaria de salud. Guías y procedimientos para la prevención y la atención médica. Marcadores de riesgos y enfermedades crónicas no transmisibles. Rev. Finlay 1994; 8 (1): 70-90.
4. Pino Alfonso P. Asma bronquial resistente a los esteroides. Rev. Cubana Med 1996; 35 (2): 78-80.
5. Glen G, Lawlor Jr. Thomas JF. Manual de Alergias e inmunología. Diagnóstico y tratamiento. T-2. 2ed. Madrid: Editorial Salvat; 1990.p.141-70.
6. Álvarez Sintés R, Álvarez Castro MR, Valiente García Q. Antihistamínicos H₁ de segunda generación, nueva opción terapéutica en el asma bronquial. Rev. Cubana Med Gen Integr 1994;10 (3): 296.
7. Pharmacological treatment of bronchial asthma (recommendations from the group). Workshop pharmacological Treatment of bronchial asthma II. Lake me deisverken. Uppsala: medical produce agency; 1993.p.181.
8. Barrieco Ferrero MT. Asma bronquial, nuevas ideas sobre patología y tratamiento. In med. Interna Madrid. 1993; 9 (6): 297 -307.
9. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Rivero Martínez H. Xantinas en el asma ¿Ascenso o descenso? Rev. Cubana Med Gen Integral 1995; 11(4)349-53.
10. Guía terapéutica dispensarial de fitofármacos y apifármacos. La Habana: MINSAP; 1992.
11. González Salvador A, Chu Chan P, Fonseca Hernández M, Corona Martínez LA. Auriculaterapia en pacientes asmáticos. Rev. Cubana Med. Gen. Integr 1997; 13 (2): 185-88.
12. Álvarez Díaz TA. Manual de acupuntura. La Habana: Ciencias Médicas; 1992. p. 112 - 34.
13. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral II. La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p.469-94.
14. Winter Griffith H. Complete guide to symptoms, illness and surgery. New York: The Berkley publishing group 1995.p.155.

15. English PB, Von Behren J, Haraly M, Neuta RR. Childhood asthma along the United States/México border: Hospitalizations and air quality in two California countries. *BMS* 1996; 313 (7075): 1124 – 26.
16. Páez Prats IA, Vázquez Rodríguez JC, Pino Alfonso PP, Gassiot Nuño C, Placeres Fajardo. Características clínicoepidemiológicas de pacientes asmáticos de una consulta especializada. *Rev Cubana Med* 1998; 37 (4) 212–6.
17. Sheley M, Croft P, Chapman S, Pantin C. ¿ Is the ration of inhaled corticosteroid to broncodilatador a good indicator of the quality asthma prescribing?. Cross sectional study linking prescribing data to data of Admission. *BMJ* 1996; 313 (7065): 1124–26.
18. Mitsuru M, Kawakami Y. Concep, definition, and diagnosis of bronchial asthma. *Asian Med J* 1997;40(5): 236–42.
19. Rocha EM. The effecto of respiratory rehabilitation on the functional ventilation in the asthamatic child. *Alerg inmunol* 1993; 25(1): 26-8; 31-4.
20. Saragula DS, Salas MR Exposición a contaminantes y alergenos en el niño asmático en comparación con el niño sano. *Rev Alerg México*; 1997 XLIV (1):13-6.

Recibido: 30 de marzo de 2005.

Aceptado: 3 de noviembre de 2005.

Dr. Ismael Ferrer Herrera. Lugareño # 317 Apto. 805 e/ Martí y Hermanos Agüero. Camagüey
ismael@shine.cmw.sld.cu

