

Trabajo Original

Policlínico Universitario Rudesindo García del Rijo Área Sur. Sancti Spíritus

Caracterización clínica y manejo terapéutico de los ancianos dispensarizados por Asma Bronquial.

Clinical characterization and therapeutic management of elderly people registered with bronchial asthma.

Dra. Tania Caridad Pérez Jiménez¹, Dra. Carmen Aimee Gómez Jiménez¹, Dra. Aurora Novoa López²

Especialista de 1^{er} grado en MGI. Profesor Instructor ¹
Especialista de 2^{do} grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar ²

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades respiratorias son causa de morbilidad, discapacidad y mortalidad en toda la población, entre estas el Asma Bronquial ha aumentado su frecuencia de presentación en ancianos. **Objetivo:** Caracterizar clínicamente los pacientes de 60 años y más, dispensarizados por Asma Bronquial en el Policlínico Área Sur de Sancti Spíritus. **Material y Método:** Se realizó una investigación descriptiva transversal, del 1 de enero al 31 de mayo del 2007, se aplicó un cuestionario sobre síntomas respiratorios, validado por autores cubanos, entrevista individual a profundidad sobre la enfermedad actual y una observación durante el tratamiento por vía inhalada. **Resultados:** El 31,6 % estuvo entre 65 y 69 años; la edad promedio fue 68,2 + - 3,02 y de estos el 52,5% fueron mujeres. La tos fue el síntoma menos encontrado, la disnea apareció en reposo en el 75,7 %, fue de intensidad variable en el 68,7 % y apareció de noche en el 56,5 %, utilizaron Salbutamol indiscriminadamente 71 casos y presentaron dificultades en la técnica para el uso del spray el 59,1%. **Conclusiones:** Se presentaron síntomas propios de otras enfermedades cardiorrespiratorias que se diferencian del paciente asmático; el inadecuado manejo terapéutico evidenció desconocimiento y falta de adiestramiento del paciente para el autocontrol.

DeCS: ASMA / terapia ANCIANO

SUMMARY

Introduction: Breathing diseases are a cause of morbidity, disability and mortality in the whole population, among them bronchial asthma has increased its incidence rate in elderly people. **Objective:** To characterize clinically patients of 60 years and over, registered with bronchial asthma in the South Area of Sancti Spíritus. **Material and method:** A descriptive, cross-sectional investigation was made, from January 1 to May 31 of 2007. A questionnaire about breathing symptoms was applied, validated by Cuban authors; a deep personal interview on the current disease was made, as well as an observation during the inhalation treatment. **Results:** 120 elderly people were included. 31.6% were in the range from 65 to 69 years, with an average age of 68.2 + - 3,02. Of these, 63 were women. Cough was the least commonly found symptom, Dyspnea developed at rest in 75.7%; it was of variable intensity in 68.7% and developed at night in 56,5%,

Salbutamol was used indiscriminately in 71 cases and there were difficulties in the technique for using the spray in 59.1%. Conclusions: There were symptoms typical of other cardiorespiratory diseases which differ from those of the asthmatic patient. The inadequate therapeutic management showed ignorance and lack of training of the patient for self-control.

MeSH: ASTHMA / therapy AGED

INTRODUCCIÓN

El asma bronquial es la más común de las enfermedades crónicas entre adultos y niños en el mundo desarrollado^{1,2}; es una de las enfermedades crónicas "no transmisibles" de gran impacto por su morbilidad y mortalidad³. La utilización de biopsias endobronquiales permitió el descubrimiento de todo un fenómeno inflamatorio con infiltración de mastocitos, linfocitos y eosinófilos, así como un depósito de gran cantidad de colágeno III, hipertrofia de la musculatura lisa bronquial, además hiperplasia de las células caliciformes y de glándulas de la submucosa².

La utilización de los servicios de urgencia y los ingresos hospitalarios por pacientes asmáticos están determinados por múltiples factores como la severidad de la enfermedad, nivel de conocimiento sobre autocontrol y tratamiento en los períodos intercrisis y de las crisis asmáticas, la adherencia al tratamiento⁴⁻⁶. El costo económico y social que genera este padecimiento es considerable debido a los frecuentes episodios de descompensación⁷.

Entre un 10 y un 15 % de los ancianos presentan patología respiratoria crónica; suponen estas enfermedades, el 14% de los motivos de ingreso hospitalario de estos pacientes. El asma en el anciano es un problema clínico creciente, afecta 6 a 7% de este grupo etáreo en algunos estudios¹; en otros la prevalencia del asma en los ancianos se sitúa entre el 6,5⁵ y el 17%⁸.

La Mortalidad por asma en el grupo de mayores de 60 años constituye las tres cuartas partes de las muertes, mostrando una tendencia ascendente en los últimos años⁹. Los factores que influyen en la mortalidad por asma en las crisis agudas severas son múltiples, incluidos la subestimación de la severidad por parte de los médicos y pacientes, la demora en buscar atención médica, la pobre percepción del broncoespasmo severo, la propensión para crisis agudas asfícticas.

Existe en el Policlínico Sur un aumento de la población anciana dispensarizada por Asma Bronquial con respecto a años anteriores, acompañado de mayor utilización del cuerpo de guardia por causa de crisis agudas. Es importante y necesario contar con datos estadísticos, que demuestren las características del Asma Bronquial en la población anciana y el manejo terapéutico de la misma, porque no hay antecedentes de estudios similares en el área de salud; aunque sí ha sido investigado en los infantes¹⁰. Además los individuos en esta edad son portadores de otras enfermedades que dificultan el diagnóstico del asma, potencian sus complicaciones y favorecen la polifarmacia; lo que ha sido vivenciado en el desempeño en la consulta de alergología de esta área de salud; por lo que debe estudiarse el comportamiento del Asma Bronquial en diferentes aristas que caracterizan a dicha entidad, sobre todo, las referidas a su presentación en el adulto mayor, haciendo énfasis en los aspectos clínicos evolutivos y de control en el nivel primario de atención. Teniendo en cuenta lo antes mencionado se realiza esta investigación con el objetivo de caracterizar clínicamente los pacientes de 60 años y más, dispensarizados por Asma Bronquial en el Policlínico Área Sur "Rudesindo García del Rijo" de Sancti Spiritus.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva, tipo transversal, del 1 de enero al 31 de mayo del 2007. Para la selección de los sujetos se utilizó el muestreo por conglomerado monoetápico, (equiprobabilístico). En un primer momento por muestreo aleatorio simple se seleccionaron 12 consultorios al azar, siendo los mismos por orden de selección^{14, 52, 18, 6, 7, 3, 51, 19, 32, 12, 15 y 1}, tomando

a todos los pacientes dispensarizados por Asma Bronquial (Grupo III, código 23), en los consultorios escogidos, la historia clínica familiar fue la fuente del dato primario seleccionando a todos los que cumplieron los criterios de inclusión, se encontraron un total de 132 pacientes de 60 años y más, de los cuales quedaron en la investigación 120 por criterios de exclusión. Se obtuvo la información a través de un cuestionario sobre datos generales y síntomas, validado por autores cubanos¹¹, entrevista individual a profundidad con el paciente, realizada por las autoras y colaboradores, validada anteriormente en pacientes mayores de 15 años, sobre el estado actual de la enfermedad y el tratamiento de la misma, también una observación participativa abierta relacionada con la técnica de utilizar la medicación por vía inhalada. Los resultados fueron llevados a tablas de doble entrada utilizando como medida resumen el porcentaje. Se garantizaron los aspectos éticos en la investigación con sujetos humanos.

RESULTADOS

El grupo más afectado fue el de 65 a 69 años, lo que representa el 31,6% de la muestra, con edad promedio de 68,2 + - 3,02, se encontró que la frecuencia de diagnóstico fue superior en el sexo femenino con 52,5% (tabla 1), lo que se hace mayor a medida que aumenta la edad.

En la tabla 2 se observan los síntomas referidos por los pacientes, en orden de frecuencia se presentaron disnea, silbidos y opresión o tirantez del pecho, con el 95,8%, 74,2% y 38,4% respectivamente. La tos se presentó en menor frecuencia (tabla 3), en un 51,6% despierta al paciente, siendo en su mayoría seca y recurrente, seguida de tos con expectoración la mayoría de los días al menos 3 meses al año, con el 29,1%. La disnea fue el más frecuente de los síntomas en estos pacientes, la cual tiene entre sus características (tabla 4) que se acompaña de silbidos en 89 pacientes para un 77,4%, aparece en reposo en el 75,7%, es de intensidad variable en el 68,7% y aparece de noche en el 56,5 %.

La indicación de los glucocorticoides inhalados (tabla 6) se presentó en el 34,1%, los broncodilatadores beta2 agonistas de corta acción (Salbutamol) se usaron por el 80,7 % de los pacientes de forma continuada; el Cromoglicato de sodio fue utilizado por el 28,4% de los pacientes tratados. En esta misma tabla se observa que el 26,1% de los pacientes utilizaron los antihistamínicos, el 18,2% xantinas y el 11,4% vacunas de inmunoterapia. La medicina natural y tradicional fue utilizada por el 18,3% de los pacientes.

De la totalidad de los pacientes, 88 usaban la vía inhalada a través de inhalador en cartucho presurizado (spray), que representa el 73,3% de estos, más de la mitad realizaron una técnica de aplicación regular y mal para un 23,9 y 35,2% respectivamente (tabla 7). Siendo los errores más frecuentes en orden decreciente el hecho de accionar más de una vez el inhalador en una misma inspiración, no llevar la cabeza hacia atrás, no hacer una espiración forzada previa, inspirar rápidamente, no mantener una apnea y por último no agitar siempre el envase.

DISCUSIÓN

Autores nacionales y extranjeros han encontrado resultados similares con predominio del sexo femenino^{9, 12}, mientras que García Sacarás¹³ no encontró diferencias en cuanto al sexo, en estudios realizados con asmáticos adultos en Camagüey. Esta enfermedad es la sexta causa de años de vida potenciales perdidos en las mujeres^{14, 15-17}. Se ha estudiado que las mujeres presentan una mayor supervivencia que los hombres¹⁸ y no solo tiene mayor prevalencia, sino que muestra episodios más severos y con mayor mortalidad, sin que existan explicaciones totalmente satisfactorias¹⁹.

Los síntomas encontrados en este estudio están descritos dentro del cuadro clínico, pero no son específicos del asma siendo, las características de variabilidad, la precipitación por los irritantes no

específicos, la probabilidad de empeorar en la noche y de la respuesta a la terapia antiasmática apropiada, las que sugieren fuertemente un diagnóstico de asma²⁰.

Se plantea que la Tos en el Asma Bronquial es de carácter seco e irritativo, típico del inicio de las crisis, no guarda alguna relación con la gravedad de la obstrucción, puede ser el único síntoma de la enfermedad². Los pacientes con tos como variante de asma tienen tos como su principal manifestación y a menudo empeora durante la noche^{20,21}.

Según la literatura la disnea guarda correlación con el grado de obstrucción de las vías aéreas, aunque no es un síntoma específico del asma^{20,22,23}, su presencia de forma episódica y variable en cortos períodos de tiempo hace sospechar la enfermedad, teniendo en cuenta los factores que desencadenan la disnea¹.

A pesar de que la mayoría de las características de la disnea en este estudio estuvo en correspondencia con el diagnóstico de asma, hubo un menor porcentaje que no es tributario a lo esperado en esta enfermedad, por lo que en opinión de las autoras se requiere un estudio más profundo de estos casos.

Estudio sobre la calidad de la atención al paciente asmático en Cienfuegos²⁴ y García¹³ en Camagüey, señalan que la mayoría de los pacientes no cumplen correctamente el tratamiento intercrisis, lo cual puede ser considerado un factor importante para presentar crisis agudas frecuentes. Los esteroides inhalados son considerados de primera línea en pacientes que requieren tratamiento profiláctico continuo², por tener menos efectos adversos, reducir la inflamación y la hiperactividad^{13,20}.

Sánchez y otros autores^{1,12} plantean que son broncodilatadores inhalados los medicamentos de primera línea en el tratamiento sintomático del asma bronquial aguda, sin embargo en ocasiones es el único utilizado sistemáticamente, como en este estudio; se usan tanto para combatir la fatiga, como para disminuir la ansiedad lo que provoca las sobredosis²⁵.

Con relación a la utilización de medicamentos por vía inhalatoria, resultados similares en cuanto a la calidad de la técnica se han presentado en otras investigaciones^{2,13,26}.

Otros autores²⁷ plantean que debe permitirse una gran importancia a los dispositivos de la inhalación debido a sus dificultades de uso en el anciano. Los pacientes más viejos necesitan ser enseñados a la técnica del inhalador para mejorar la entrada de medicaciones a los pulmones. El conocimiento sobre el uso de los inhaladores debe ser imprescindible para el autocontrol.

En esta investigación este grupo de pacientes puede estar en relación con el abandono del tratamiento, indicación, dosis o técnica incorrecta en la medicación, lo cual es un factor desencadenante de las crisis agudas reconocido en la bibliografía^{1,20}. Se deben realizar estudios con profundidad que esclarezcan lo relacionado con el diagnóstico de certezas de los ancianos con síntomas y signos tributarios de otras enfermedades, que permita sustentar las decisiones terapéuticas a tomar.

CONCLUSIONES

Las características clínicas de los pacientes estudiados coincidieron con los datos conocidos mediante la revisión bibliográfica realizada sobre el Asma Bronquial, sin embargo se presentaron signos y síntomas propios de otras enfermedades cardiorrespiratorias como pseudoasma cardíaco y la EPOC que difieren del paciente asmático.

El inadecuado manejo terapéutico evidenció desconocimiento por el personal de atención primaria de las pautas requeridas para tratar esta entidad y falta de adiestramiento al paciente para el

autocontrol, a punto de partida del inadecuado diagnóstico, situación que requiere rápido accionar por la relevancia de estas patologías.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud Pública. República de Cuba. Programa Nacional de Asma. <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/proasma.html>. acceso 4 de febrero del 2005.
2. Pérez Pérez R, López Martínez Alexis, Fajardo Pérez M. Esteroides inhalados: pilar fundamental en el tratamiento actual del asma. *Rev Cubana Med Gen Integrmay-jun.2003;* 19 (3).
3. Seuc AH, Domínguez E, Hidalgo V. Esperanza de vida ajustada por asma. *Rev Cubana Hig Epidemiol sept.-dic. 2002;* 40(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol40_3_02/hig08302.htm
4. Oyana TJ, Lwebuga-Mukasa JS. Spatial relation relationships among asthma prevalence, health care utilization, and pollution sources in neighborhoods of Búfalo, New York. *J Environ Health. 2004. Apr;* 66 (8):25-37, 44.
5. Yelin E, Trupin L, Earnest G, Katz P, Eisner M, Blanc P. The impact of managed care on health care utilization among adults with asthma. *J Asthma. -2004 Apr;* 41(2):229-42.
6. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2003.
7. Guanache Garcell H, García Arzola E, Gutiérrez García F. Morbilidad y letalidad hospitalaria por asma bronquial *Rev cubana med* Mayo-ago.2005; 44 (3-4)
8. Castro Cristóbal C. http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/tu_salud/doc/anciano/doc/otras_enfermedades.htm_03
9. Baluga J C, Sueta A, Ceni M. Tendencia de la mortalidad por asma en Uruguay: 1984-2001. Relación con la venta de medicamentos antiasmáticos. *Rev. Méd. Urug ago.2003v.19n.2.*
10. Jiménez Fiallo M. Factores de riesgo en la población asmática de menos de 15 años del Policlínico Sur. Tesis para optar por el título de especialista de primer grado en medicina general integral.1999
11. Santana López S, Sistachs Veja V, Oramas Viera A, Rodríguez Gómez Y. Diseño de un cuestionario de síntomas respiratorios: Análisis de confiabilidad y validez. *Revista Cubana de Salud y Trabajo 2005;*6(2):26-34
12. Sánchez, Belkys V, Villanueva Bravo N, Padrón Velásquez L, Aroche Quintana M. Modificaciones del flujo expiratorio máximo en el tratamiento del asma bronquial con intal y ketotifeno. *MEDISUR dic 30, 2003;*1(3). Disponible en: http://medisur.cfg.sld.cu/p_Article.asp?id=12&art=32&prm=rem
13. García Sacarás A, Morales Menéndez M, Morales Menéndez M, Villar González K. Tratamiento intercrisis en pacientes asmáticos policlínico Comunitario Docente "Ignacio Agramante Loynaz", Camaguey. *Archivo Medico de Camaguey 2004;* 8(2) ISSN 1025-0255
14. La esperanza de vida en Cuba. Disponible en: [http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=11050\(visto: 2005\)](http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=11050(visto: 2005))
15. Radenne F, Verkindre C, Tonnel AB. [Asthma in the elderly] *Rev Mal Respir. 2004 Nov;*21(5 Pt 3):8S117-25
16. Case A, Paxson C. Sex differences in morbidity and mortality. *Demography, 2005 May;* 42(2):189-214.
17. Menéndez Jiménez J; González Pico J; Guevara González A. ¿Por qué las mujeres viven más si tienen peor salud? Una aproximación desde la perspectiva de género. *GEROINFO. RNPS. 2110. Vol. 1 No. 1. 2005*
18. Rivero Martínez H B, Arocha Hernández R M, Gutiérrez Núñez C A. Asma Bronquial. Enfoque intensivo. Hospital Universitario "Calixto García". Visto en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_2_03/mie12004.
19. Romero Cabrera A J Temas para la asistencia clínica al adulto mayor. *Medisur 2007;*5(2) Supl 1 ISSN:1727-897X.

20. O'Byrne P, et al. Estrategia global para el manejo y la prevención del asma. Revisado 2006. Visto en: <http://members.es.tripod.de/asma/diamund.htm>.
21. Negrin Villavicencio J A. Asma Bronquial. Aspectos básicos para un tratamiento integral según la etapa clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
22. Coronel Carvajal C. ¿Es el asma un síndrome? Reflexiones clínicas. Rev. Mex. de Pediatría. Mayo-Junio 2005; 7(2)
23. Breijo Márquez F R. El síndrome asmático. (consideraciones generales) Visto en: <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEpEFIAyEFvRIKhGso.php> November de 2004
24. Roméu Escobar M, Mesa Abreu M, Hernández Gutiérrez C, Armenteros Espinosa E. Evaluación de la atención médica al paciente asmático. Medisur. 2005; 3(3):6. Disponible en: <http://www.medisur.cfg.sld.cu/pArticle.php?&articleid=151&fulltext=1>
25. Koga T, Kamimura T, Oshita Y, Narita Y, Mukaino T, Nishimura M, Mizoguchi Y, Aizawa H. Determinants of bronchodilator responsiveness in patients with controlled asthma. J Asthma. 2006 Jan-Feb;43(1):71-4
26. Rodrigo G J, Rodrigo C. Tratamiento inhalatorio en la crisis asmática severa. Rev Med Uruguay 2003; 19: 14-26
27. Teurel González F, López Andrés A, Hueto Pérez de Heredia J. Tratamiento inhalado en la Enfermedad pulmonar Obstructiva ¿Qué aporta a los pacientes? Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra 2006;14(2)

ANEXOS

Tabla 1: Distribución de los ancianos dispensarizados por Asma Bronquial según edades y sexo. Policlínico (Pol.) Sur. Enero- mayo 2007.

Edad (años)/sexo	M	%	F	%	Total	%
60- 64	10	62,5	6	37,5	16	13,3
65- 69	16	42,1	22	57,8	38	31,6
70- 74	12	44,4	15	55,6	27	22,5
75- 79	7	43,8	9	56,3	16	13,3
80 y mas	11	47,8	12	52,1	23	19,3
Total	57	47,5	63	52,5	120	100

Tabla 2: Síntomas y signos presentes en los ancianos dispensarizados por Asma Bronquial. Pol. Sur. Enero- mayo 2007.

Síntomas y signos	No	%
Tos	31	25,8
Expectoración	18	15
Silbidos	89	74,2
Disnea	115	95,8
Opresión o tirantez en el pecho	46	38,4
Ninguno	2	1,7

Tabla 3: Características de la tos en los ancianos dispensarizados por Asma Bronquial. Pol. Sur. Enero- mayo 2007.

Características de la tos.	No	%
Seca y recurrente	12	38,7
La mayoría de los días al menos 3 meses al año	5	16,1
Con expectoración ocasional	5	16,1
Con expectoración la mayoría de los días al menos 3 meses al año	9	29,1
Despierta al paciente	16	51,6
Total	31	100

Tabla 4. Características de la disnea en los ancianos dispensarizados por Asma Bronquial. Pol. Sur. Enero- mayo 2007.

Horario de aparición	No	%
Aparece de día	12	10,4
Aparece de noche	65	56,5
De día o de noche	38	33,1
Variabilidad de la intensidad		
De intensidad constante	36	31,3
De intensidad variable	79	68,7
Relación con los esfuerzos físicos		
Aparece en reposo.	87	75,7
Aparece al realizar esfuerzos físicos.	28	24,3
Síntomas acompañantes	**	
Se acompaña de opresión o tirantez en el pecho.	40	34,8
Se acompaña de silbidos	89	77,4
Se acompaña de tos	15	13,1
Se acompaña de tos y expectoración	14	12,2

Tabla 6. Medicamentos utilizados en la intercrisis. Pol. Sur. Enero- mayo. 2007.

Medicamentos	No de pacientes	% (n=88)
Cromoglicato de sodio	25	28,4
Salbutamol inhalado	71	80,7
Xantinas	16	18,2
Antihistamínicos	23	26,1
Esteroides inhalados	30	34,1

Vacunas	10	11,4
Esteroides orales	12	13,6
Medicina Natural Tradicional	22	18,3

Tabla 7. Evaluación de la calidad de la técnica inhalatoria. Pol. Sur. Enero- mayo 2007.

Evaluación	No.	%
Buena	36	40,9
Regular	21	23,9
Mala	31	35,2
Total	88	100