

ARTÍCULO ORIGINAL

Evaluación de la atención médica al paciente asmático.

Evaluation of the medical assistance to asthmatic patients.

Dra. Margarita Roméu Escobar¹, Dra. Milagros Mesa Abreu², Dra. Caridad Hernández Gutiérrez³, Dra. Estrella Armenteros Espinosa⁴.

¹ MSc. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Raúl Dorticós Torrado", Cienfuegos. ² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. ³ Especialista de I Grado en Pediatría. Policlínica Área III. Cienfuegos. ⁴ Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Raúl Dorticós Torrado", Cienfuegos

RESUMEN

Fundamentación: La evaluación y perfeccionamiento de la calidad asistencial en los servicios de salud son objetivos de interés permanente. A pesar de ser el asma bronquial una enfermedad de alta frecuencia, en el Área III de Cienfuegos, no se había evaluado la atención médica a las personas que la padecen. **Objetivo:** Evaluar la atención médica al paciente asmático en la policlínica Área III de Cienfuegos. **Métodos:** Estudio descriptivo y transversal que incluyó 150 pacientes, que representan el 10 % de los pacientes con diagnóstico de asma bronquial, seleccionados aleatoriamente a partir de los registros de dispensarización del Área III, del municipio de Cienfuegos, en diciembre del 2001. Se revisaron historias clínicas y se entrevistaron a los pacientes. **Resultados:** Se encontraron diferencias entre las clasificaciones leve persistente y moderada reflejadas en las historias clínicas y la evaluación que hicieron las autoras. Solo el 12 % de las historias clínicas presentaban buena calidad. El 80 % de los pacientes tiene conocimientos adecuados sobre su enfermedad, pero la mayoría no cumple tratamiento intercrisis. El sitio más utilizado para tratar las crisis fue la policlínica. Existe alto

nivel de satisfacción con los servicios médicos.

Conclusiones: La atención médica que reciben los pacientes con asma bronquial en el área de salud puede ser mejorada en el sentido de lograr mayor sistematicidad en el tratamiento intercrisis, basada en la previa evaluación integral de cada paciente y en la utilización secuencial de las diversas opciones terapéuticas, particularmente en la práctica de buenos estilos de vida.

Palabras Clave: Atención Primaria de Salud; atención al paciente; prestación de atención de salud; calidad de la atención de salud; garantía de la calidad de la atención de salud; satisfacción del paciente; asma bronquial

ABSTRACT

The evaluation and perfeccioning of assistance quality in Health services are objectives of permanent interest. Bronchial asthma is a high frequency disease, and it requires an evaluated attention. **Objective:** to evaluate the medical attention to the asthmatic patient in the Area III polyclinic of Cienfuegos. **Methods:** Transversal and descriptive study that included 150 patients randomly selected from the dispensary records of the Area III Educational Polyclinic of

Recibido: 3 de septiembre de 2005

Aprobado: 6 de noviembre de 2005

Correspondencia:

Dra. Margarita Roméu Escobar

Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Raúl Dorticós Torrado", Cienfuegos.

Cienfuegos, in December 2001. Medical records were checked and the patients were interviewed. **Results:** differences were found among the classifications (light, persistent and moderate) reflected in medical records and the evaluation the authors made. Only 12 % of the Medical Records had good quality. The 80 % of patients have adequate knowledge about their disease, but most of them do not follow inter-crisis treatment. The place more used for treatment of the crisis was the polyclinic. There is a high level of satisfaction with medical services.

Key words: Primary Health Care; Patient Attention; Assistance Quality; Patient's satisfaction; Bronchial asthma

INTRODUCCIÓN

El asma bronquial se ha considerado un problema sanitario a nivel mundial, en atención a la magnitud alcanzada en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad que produce en pacientes mal atendidos ⁽¹⁻³⁾.

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 partes del mundo ^(4,5). En las personas de edad avanzada la prevalencia puede estar en el rango de un 5 a 7 % ⁽⁶⁾. Según anuario estadístico del MINSAP y estudios realizados la prevalencia en Cuba en 1999 era de 8,2 % ⁽⁷⁾.

En el año 2000 hubo una prevalencia de 8,4 % en el municipio de Cienfuegos, según departamento estadístico del municipio, y en el Área III culminó el año 2001 con una prevalencia de 8,9 %.

Dentro de las enfermedades no transmisibles, el asma bronquial es una de las principales causas de ingresos hospitalarios en nuestro país, la letalidad hospitalaria fue de 0,1 % en el año 2000, parámetro adecuado a nivel internacional ^(2,8).

El riesgo de morir por asma ha ido progresivamente reduciéndose hasta alcanzar 1,8 por cien mil habitantes en el año 2000, comportamiento que se viene observando desde hace más de 20 años en otras regiones a nivel mundial ^(2,7).

Es una enfermedad crónica respiratoria, inflamatoria, de origen multifactorial, que se caracteriza por hiperreactividad bronquial. El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos de los episodios agudos y estados intercrisis, en los

antecedentes patológicos familiares y personales, así como en la evolución de la enfermedad, la exploración funcional respiratoria y la respuesta al tratamiento ^(2, 4,9-12).

Un adecuado manejo de la enfermedad puede aliviar los síntomas y permitir al paciente hacer una vida social y profesional normal. Si no es correctamente controlada puede desarrollar una limitación permanente del flujo aéreo, conducir a una significativa incapacidad física y social o causar la muerte debido a crisis grave ^(10, 13-15).

La terapéutica del asma va encaminada a prevenir síntomas, mantener la función respiratoria lo más cercana posible a la normalidad, mantener una actividad normal, prevenir exacerbaciones y minimizar el número de asistencia al Cuerpo de Guardia y la frecuencia de ingresos, uso óptimo de los fármacos con un mínimo riesgo de efectos indeseables y evitar la mortalidad por asma ⁽¹⁰⁾.

La educación sanitaria se debe dirigir al paciente, familiares y maestros e incluye medidas de control ambiental, evitar factores precipitantes; manejo de los aspectos psicosociales; el entrenamiento físico con ejercicios respiratorios, de relajación y de corrección; acupuntura, fitofármacos y otros desarrollados en la atención primaria en coordinación con las áreas terapéuticas ^(10, 11,14-16).

El tratamiento farmacológico se basa en el uso secuencial de fármacos según gravedad clínica. Se utilizan broncodilatadores para alivio de los síntomas: Agonistas Beta 2, adrenérgicos de corta y larga duración y derivados de las Metilxantina; y se usan antiinflamatorios sistémicos para prevenir exacerbaciones y cambios estructurales y funcionales, entre ellos: antihistamínicos de primera y segunda generación, antileucotrienos, vacunas hiposensibilizantes, esteroides y otros ^(10, 11,17).

La evaluación y perfeccionamiento de la calidad asistencial en los servicios de salud son objetivos de interés permanente. En este sentido la Oficina Panamericana de la Salud ha definido la calidad de la atención como la adecuación al objetivo ⁽¹⁸⁾.

En La Habana y otras provincias se han realizado investigaciones en las que se identifican diversos problemas en la atención a los pacientes asmáticos expresados en escasos conocimientos del paciente sobre el manejo de su enfermedad y sus determinantes; conducta inadecuada ante

una crisis y en periodos intercrisis, etc. en contraste con la aceptable satisfacción de los pacientes con la atención recibida ^(10,12,14,17-20). Según la opinión de las autoras, en la provincia de Cienfuegos se han priorizado las investigaciones sobre la atención médica de otras enfermedades crónicas como la hipertensión, pero no en el asmático.

En la policlínica docente "Octavio de la Concepción de la Pedraja" nunca se había analizado la atención a los pacientes asmáticos.

Por ellos nos propusimos evaluar la atención médica al paciente asmático en esta área de salud.

MÉTODOS

Estudio descriptivo de corte transversal que incluyó pacientes de todas las edades y de uno y otro sexos con el diagnóstico de asma bronquial, consignados en los registros de dispensarización correspondientes a la Policlínica Docente Área III "Octavio de la Concepción de la Pedraja" del municipio de Cienfuegos.

El universo estuvo formado por los 1541 pacientes asmáticos diagnosticados hasta diciembre del año 2001.

Se realizó un muestreo simple-aleatorio del registro de pacientes de cada consultorio, organizados consecutivamente a partir del primer entorno y la primera familia y se obtuvo una muestra formada por el 10 % del total de asmáticos de cada consultorio médico, compuesta por 154 pacientes. Sólo participaron en la investigación 150 pacientes, ya que 4 de los seleccionados no pudieron ser entrevistados. Se limitó el número de pacientes por razones de tiempo disponible.

Se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos: calidad de la historia clínica, la ejecución de procedimientos médicos, el conocimiento que sobre su enfermedad tenían los pacientes, las opciones terapéuticas empleadas, el uso de los servicios médicos y el grado de satisfacción que tienen de los mismos.

La evaluación de las historias clínicas se realizó en colectivo, a través de los siguientes parámetros:

Existencia de historia clínica. Controles realizados en el año anterior

La anamnesis y el examen físico fueron considerados adecuados cuando expresaban como mínimo los datos normados que se relacionan a continuación:

- Anamnesis: Motivo de consulta, antecedentes patológicos personales y familiares, hábitos tóxicos, exploración sobre la higiene del hogar y presencia de alérgeno, síntomas y evolución de la enfermedad, número de crisis, afectación del rendimiento laboral o escolar y horas de sueño.
- Examen físico: Peso-talla, crecimiento y desarrollo en niños.
- Examen del aparato respiratorio y tensión arterial (en mayores de 15 años).
- La clasificación, tratamiento farmacológico y no farmacológico

Se consideró que la historia clínica individual tenía buena calidad cuando todos los aspectos antes mencionados estuviesen correctos.

Una de las autoras realizó visita al hogar de cada paciente, y después de solicitar su consentimiento para participar en la investigación, le aplicó un cuestionario. Este cuestionario fue elaborado por las autoras y probado previamente con los asmáticos de un consultorio médico.

Se precisó clasificación de la enfermedad a partir de los datos que sobre la evolución clínica refería el paciente, o la madre o familiar más cercano si era menor de 12 años y los datos de la historia clínica. No se utilizó el espirometría por no disponer de ese medio.

Se evaluó la aplicación de procedimientos médicos básicos preguntándole directamente a los entrevistados.

Se comprobó tratamiento que llevaba el paciente, así como su cumplimiento. Se identificaron causas de incumplimientos.

Se evaluó conocimiento acerca de la enfermedad a través de cuestionario de 10 preguntas que recogen fundamentalmente elementos de factores de riesgo y terapéutica.

Consideramos respuestas afirmativas los números 1, 2, 5, 6, 7, 10.

Consideramos respuestas negativas los números 3, 4, 8, 9.

7 – 10 respuestas correctas – conocimiento adecuado.

Menos de 7 respuestas correctas – conocimiento inadecuado.

El grado de satisfacción sobre la atención médica se midió a través de la percepción (satisfecha o no satisfecha) que tenía el paciente o la madre del paciente (si era menor de 12 años) sobre el servicio recibido en las instituciones médicas.

Los datos obtenidos a partir de la evaluación de historias clínicas y de la entrevista a los pacientes fueron organizados en una base de datos para la tabulación de la información, que fue procesada con el paquete SPSS para Windows Versión 10.0. Los resultados se expresan en números absolutos y porcentaje.

RESULTADOS

Del total de 150 pacientes, 34 pacientes (22,6 %) eran menores de 14 años; 91 pacientes (60,6 %) pertenecían al grupo de edades de 15 a 59 años y 25 pacientes de 60 años o más (16,6 %). De estos pacientes, el 48,7 % correspondió al sexo masculino y el 51,3 % al sexo femenino. Existió un predominio de pacientes en edad adulta.

Eran preescolares 5 pacientes (3,3 %), estudiantes 28 pacientes (18,6 %), jubilados y amas de casa 45 (30 %). La mayoría eran trabajadores (48 %).

En la clasificación del asma según grado de severidad realizada por las autoras a todos los pacientes, el 66 % clasificó como leve intermitente, el 14,7 % leve persistente, el 11,3 % moderada y el 8 % severa.

Se realizó análisis comparativo de la clasificación reflejada en la historia clínica de cada paciente y la clasificación que hicieron las autoras en el curso de la investigación, observándose diferencias en las clasificaciones entre leve persistente y moderada. Se excluyeron de esta comparación 64 pacientes en cuyas historias clínicas no aparecía la clasificación. Tabla 1.

Tabla 1. Clasificación del asma según grado de severidad. N=86.

Clasificación	Reflejada en la HC		Evaluación Paciente		
	No.	%	No.	%	
Leve	Intermitente	60	69,7	62	72,0
	Persistente	12	14,0	6	7,0
Moderada Persistente	2	2,3	6	7,0	
Severa Persistente	12	14,0	12	14,0	

El 58,6 % de los pacientes no conocía el grado de severidad de su asma y entre los que lo refirieron,

el 45,1 % fue informado por el alergólogo y 54,9 % por su médico de familia.

En la evaluación de las historias clínicas se observó mayor dificultad en la anamnesis (81,3 %) y en el tratamiento farmacológico intercrisis (76 %). Tabla 2.

Tabla 2. Calidad de la historia clínica individual.

Aspectos	Adecuada		Inadecuada	
	No.	%	No.	%
Anamnesis	28	18,7	122	81,3
Examen físico	139	92,7	11	7,3
Tratamiento no farmacológico	101	67,3	49	32,7
Tratamiento farmacológico intercrisis	36	24,0	114	76,0

En la anamnesis se omitieron con más frecuencia la exploración sobre la higiene del hogar y presencia de alérgenos, el número de crisis y la afectación del rendimiento escolar o laboral.

En el examen físico el error encontrado más frecuentemente fue la ausencia de peso y talla. Otros errores fueron: omisión de la clasificación del asma bronquial, ausencia de tratamiento no farmacológico, tratamiento farmacológico sin dosis de los medicamentos ni tiempo de utilización. Además como se mencionó en el 42,7 % no se anotó la clasificación según grado de severidad.

Se precisó que solo 18 de las historias clínicas evaluadas presentan buena calidad, que se corresponde con un 12 %.

Al precisar los procedimientos médicos realizados en consulta, el 100 % de los pacientes refirió que se les preguntaba sobre su enfermedad y sobre su tratamiento. El 90,7 % (136 pacientes) refirió que le auscultaron el pecho y la espalda; el 88 % (132 pacientes) que lo pesaron y tallaron y el 90,7 % (136 pacientes) que fueron orientados sobre su estilo de vida. Al 100 % de los pacientes se le midió tensión arterial.

Conjuntamente con la evaluación de las historias clínicas se precisó el número de controles realizados en el último año: 5 pacientes (3,3 %) sin control, 12 pacientes (8 %) con solo 1 control, 32 (21,3 %) con 2 controles al año, 25

(16,6 %) con 3 controles, 74 pacientes (49,3 %) con 4 controles y 2 (1,3 %) con 5 o más. En conclusión, cumplen los controles previstos 101 pacientes (67,3 %). Los pacientes a los cuales no se les refleja ningún control en la historia clínica individual durante el año refieren haber sido vistos en alguna ocasión por otra afección. Al evaluar los conocimientos básicos que tenían los pacientes sobre su enfermedad se concluyó que el 80 % tienen conocimientos adecuados sobre su enfermedad, según escala convenida.

Tabla 3. Evaluación del conocimiento básico que tienen los pacientes.

Conocimiento Básico	Respuestas correctas	
	No.	%
Enfermedad heredo-familiar en la mayoría de los pacientes	126	84,0
El polvo y la caspa de animales puede desencadenar crisis	124	98,6
El spray Salbutamol se puede utilizar cuantas veces sea necesario	112	74,6
El ejercicio físico está prohibido para los asmáticos	136	90,6
Después de aplicar el spray debe retenerse la respiración varios segundos	112	74,6
No talco ni perfumes	132	88,0
La casa debe ser baldeada al menos 1 vez por semana	150	100,0
El spray no debe agitarse antes de usarlo	150	100,0
El INTAL se utiliza cuando tiene falta de aire	112	74,6
El asmático debe asistir al consultorio aunque no tenga crisis	99	66,0

Los aspectos que eran menos conocidos por los pacientes fueron: carácter heredo familiar de la enfermedad, uso del spray de Salbutamol, la conveniencia de no utilizar talcos y perfumes, utilización adecuada del INTAL y asistencia al consultorio en el período intercrisis, es decir, mayoritariamente sobre aspectos del tratamiento.

Al valorar el tratamiento médico intercrisis se observó que 66 (44 %) de los encuestados no llevaban tratamiento médico, y el resto emplea

ba alguna que otra opción. Los antihistamínicos son los más utilizados. Tabla 4.

Tabla 4. Cumplimiento del tratamiento médico de intercrisis.

Tratamiento médico intercrisis	No.	%
No llevan tratamiento	66	44,0
Antihistamínicos	32	21,3
INTAL	21	14,0
Vacunas	11	7,3
Acupuntura	8	5,3
Esteroides Inhalados	7	4,6
Desalergización	5	3,3
Ejercicio físico	4	2,6
Medicina verde	3	2,0
Homeoterapia	3	2,0
Esteroides orales	2	1,3

Se encontró que 63 pacientes (42 %) cumplían el tratamiento, 21(14 %) cumplían parcialmente y no cumplían el mismo 66 pacientes (44 %). Las causas fundamentales de incumplimiento fueron:

- Falta de indicación médica.
- No considerarlo importante.
- No aceptación del tratamiento.

Al medir la necesidad de utilización de los servicios de urgencia por crisis de Asma, observamos que el de mayor afluencia fue la policlínica.

Tabla 5. Asistencia a servicios de urgencia por crisis de asma bronquial.

Servicios de urgencias	No.	%
Policlínica	86	57,3
Cuerpo de guardia PPU	12	8,0
Cuerpo de guardia Hospital	33	22,0
Ingreso policlínico	3	2,0
Ingreso PPU	-	-
Ingreso Hospital	5	3,3

La evaluación del grado de satisfacción de los pacientes acerca de la atención médica recibida en los distintos niveles del sistema de salud

muestra que 146 pacientes (97,3 %) estuvieron satisfechos con la atención médica recibida en el consultorio, solo 4 (2,7 %) no estaban satisfechos. Todos los pacientes que asistieron a los servicios de urgencia se sintieron satisfechos con la atención recibida

DISCUSIÓN

La mayoría de los pacientes estudiados corresponden a la edad adulta debido al azar, siendo casualmente una muestra bastante homogénea en cuanto a sexo.

El asma bronquial es una enfermedad muy frecuente que afecta por igual a ambos sexos, aunque casi todos los casos se inician antes de los 25 años, puede comenzar en cualquier época de la vida y es la más común de las afecciones crónicas en niños del mundo desarrollado⁽⁴⁾.

Para un adecuado tratamiento del asma y en aras de lograr aliviar los síntomas y permitir al paciente una vida social y profesional normal, es necesario conocer la clasificación del Asma Bronquial según su grado de severidad^(2,11).

En una parte importante de las historias clínicas evaluadas no se refleja la clasificación, encontrándose ciertas diferencias en las clasificaciones leve persistente y moderada al compararse con las hechas por las autoras, pues son tipos intermedios, por lo cual resulta más difícil decidir dónde incluir al paciente.

La similitud en las categorías de leve intermitente y severa se debe a que en éstas los criterios clínicos son extremos (muy pocos o muy intensos) lo cual facilita la clasificación. Más de la mitad de los pacientes no conocía su clasificación del asma.

Las autoras opinan que estos resultados obedecen a la no realización de la anamnesis al paciente de forma exhaustiva por parte del Médico de Familia en las consultas, reevaluando periódicamente al enfermo para llegar a precisar los criterios clínicos establecidos para clasificarlos según grado de severidad, así como no considerar importante informar al paciente de su clasificación.

Además, consideran que los parámetros clínicos a tener en cuenta para clasificar están bien delimitados y deben estar al alcance del médico para ser consultados si es necesario, sobre todo, al no ser asequible la espirometría para todos los pacientes en estos momentos.

Estos resultados coinciden con estudios realiza-

dos en pacientes asmáticos de la Ciudad de La Habana⁽¹⁹⁾. Además de los errores y omisiones en la anamnesis, es precisamente la no anotación correcta del tratamiento farmacológico intercrisis la omisión más trascendente.

Si se comparan estos resultados con los procedimientos médicos realizados en consulta, según referencia de los propios pacientes, puede inferirse que el médico hace lo que tiene que hacer, pero no lo escribe. Este es un serio problema de la práctica médica, quizás influenciado en los tiempos actuales por ciertas tendencias erróneas de la medicina contemporánea a sobrevalorar los medios diagnósticos con tecnologías de punta, como los elementos más relevantes. No obstante, las autoras consideran, al igual que otros autores^(2,4,10,11,14,19), que tener una historia clínica, cualquiera que sea su soporte físico, con los datos más importantes de la anamnesis, examen físico, complementarios, diagnóstico y tratamiento, es imprescindible para realizar buena práctica clínica, sobre todo, si se trata de Medicina Familiar, cuyo paradigma es la integralidad de la atención médica.

El impacto que hubiera tenido el número de controles realizados a los pacientes durante el año anterior fuera muy positivo, si se hubieran logrado historias clínicas adecuadas y tratamientos eficaces.

Según resultados, la mayoría de los pacientes están bien informados, al menos conocen elementos fundamentales del tratamiento no farmacológico y farmacológico que más utilizan, sin embargo existiendo cobertura total de Médicos de Familia durante los 14 años precedentes, los resultados pudieron ser mejores y por otro lado al evaluar cumplimiento de tratamiento es evidente que no logran llevarlo a la práctica en todos los casos. En investigación realizada en Cuba se encontró que solo el 23 % de los asmáticos realizaban correctamente la técnica de aplicación inhalatoria⁽²⁰⁾. El hecho de que una parte importante de los pacientes no llevan tratamiento continuo y otra parte lo cumplen parcialmente por las razones expuestas, permite afirmar, independientemente de las limitaciones por la disponibilidad en el mercado, que las orientaciones médicas son insuficientes, no en términos de informar, sino en términos de educar, de comprometer, de estimular la fidelidad al tratamiento y la autodisciplina.

Probablemente el incumplimiento del tratamiento intercrisis está relacionado también con la

severidad de la enfermedad, pues la mayoría tiene asma leve y por tanto la percepción de enfermedad es más débil y más débil también el estímulo para realizar cambios del estilo de vida y del entorno. Sin embargo, en este tipo de Asma es en el que mejores resultados se pueden lograr con el tratamiento no farmacológico, es decir, puede liberar al paciente de la crisis o hacerlas más espaciadas, con independencia de su favorable influencia en la adquisición de hábitos y costumbres beneficiosas desde todo punto de vista.

El cumplimiento del tratamiento es un problema bien reconocido cuando se analiza cualquier enfermedad crónica ^(10,14) y para lograrlo hay que tener en cuenta entre otros aspectos: la severidad de la enfermedad, otras enfermedades, las características conductuales del paciente, ambiente familiar, acceso a los servicios médicos y otros múltiples factores, máxime en una enfermedad como el Asma Bronquial, sensible a múltiples influencias físicas y psicosociales del entorno.

Estos resultados coinciden con estudios realizados a los pacientes asmáticos de un área de salud de Villa Clara donde la mayoría de los pacientes no cumplían con el tratamiento médico, siendo la causa más frecuente de incumplimiento su despreocupación. ⁽¹⁴⁾ Coinciden a su vez los resultados con un estudio realizado a pacientes asmáticos en Ciudad de La Habana con el objetivo de evaluar la calidad de la atención primaria ⁽¹⁹⁾. En el tratamiento intercrisis del asma bronquial las medidas desalergizantes (control ambiental) y el ejercicio físico terapéutico ocupan un lugar importante, sin embargo, su uso es mínimo en los pacientes estudiados; se considera que ésto se debe a la deficiente educación sanitaria por parte del personal médico y paramédico.

son utilizadas por algunos pacientes solamente.

Las autoras consideran que la escasa utilización de otras opciones terapéuticas que se incluyen con el nombre genérico de Medicina Natural y Tradicional como acupuntura, homeopatía y medicina verde, en parte obedece a pocas indicaciones médicas y a que el desarrollo de estas técnicas en relación al Asma Bronquial es insuficiente en el área.

Para algunos las ventajas de la Medicina Natural y Tradicional no han sido bien probadas y tan es así que el Programa Nacional del Asma ⁽²⁾ no hace referencia a ellas. No obstante, hay inves-

tigaciones en que se relaciona su uso con mejoría de los síntomas ^(15, 21,22).

La terapia hiposensibilizante con vacuna, ocupó el tercer lugar como opción terapéutica. Los que la usan son niños y jóvenes bajo tratamiento alergológico específico. Esta clásica terapéutica es mucho menos utilizada actualmente al disponerse de medicamentos más efectivos, no obstante resulta beneficiosa en pacientes con atopía bien precisada.

Un pilar imprescindible de la terapéutica intercrisis es la medicación preventiva, cuyo objetivo fundamental es reducir o eliminar, si es posible, la inflamación crónica de las vías respiratorias y en consecuencia prevenir las exacerbaciones y los cambios estructurales irreversibles.

El medicamento más utilizado fue la benadrilina, cuyo uso no tiene sustentación ya que se trata de antihistamínico H1 de primera generación prácticamente en desuso hoy día en el tratamiento del asma ⁽¹¹⁾. Se supone que su uso está dado por costumbres no modificadas.

El ketotifeno, antihistamínico con uso restringido a pacientes con signos de atopía, no es utilizado por los pacientes estudiados, aunque se conoce que sí se utiliza en esta área en algunos pacientes, sobre todo niños, en los que la vía inhalatoria de otros medicamentos como el INTAL, puede ser un problema. El uso de este medicamento tiene bastante aprobación como antiinflamatorio en niños ⁽²³⁾.

El INTAL o Cromoglicato Disódico es un antiinflamatorio disponible habitualmente, sin embargo sólo es utilizado por algunos pacientes. Aunque la respuesta al INTAL es variable, en general es aceptado como medicación inocua en pacientes con asma persistente y así es propuesto en el Programa Nacional ^(2, 4,11).

El uso de esteroides inhalados en esta serie está limitado a pacientes que han podido disponer de ellos, todos con asma bronquial persistente, moderada o severa.

En las últimas décadas se ha preconizado el uso de esteroides inhalados al reducir el riesgo de efectos secundarios sistémicos en niños, adultos y embarazadas con asma persistente ^(2, 4,11).

Realmente la experiencia sobre su uso es escasa en el área, tanto por parte de los pacientes como de los médicos.

El uso de esteroide oral intercrisis se limitó a dos pacientes con asma severa persistente que debido a la rebeldía de los síntomas lo utilizan de forma casi continua.

La administración de corticoides orales puede ser necesaria como tratamiento de rescate en cualquier nivel de severidad de la enfermedad⁽²⁾ pero específicamente en el tratamiento intercrisis, su uso resultó mínimo en los pacientes investigados.

Ningún paciente tomó fármacos antileucotrienos. El Accolate estuvo disponible por unos meses durante el año 2001.

En esta investigación no se hace referencia a broncodilatadores por ser medicamentos de uso en las crisis, no obstante, algunos de los pacientes con asma severa persistente lo utilizan diariamente en la práctica, en cierta medida, por no tener tratamiento intercrisis eficaz durante la evolución de su enfermedad.

Del total de pacientes evaluados un gran porcentaje no necesitó de otros servicios de urgencia, la mayoría acudió a la policlínica, lo cual debe estar relacionado con la cercanía geográfica, presencia de guardia médica durante las 24 horas del día y disponibilidad de medios básicos para el tratamiento de la crisis.

Todos los pacientes se sienten satisfechos con los servicios recibidos, excepto cuatro que refi-

reron inconformidad con la atención en sus consultorios.

La proporción de pacientes con criterios positivos sobre la atención médica recibida superan los reportados en otras publicaciones^(14,24), aunque se comprende que la encuesta de opinión es un método indirecto para evaluar la efectividad de la práctica asistencial.

Se concluye que la atención médica al paciente asmático en esta área de salud debe mejorar en el sentido de lograr la utilización adecuada de las historias clínicas, de modo que reflejen la evaluación sistemática de cada paciente como elemento indispensable para fundamentar el tratamiento integral de esta enfermedad, mediante la elección más adecuada de opciones terapéuticas que enlentescan la progresión de la enfermedad y que contribuyan al bienestar del paciente. La educación del paciente debe ser dirigida a propiciar cambios conductuales que favorezcan la adherencia al tratamiento, más que a proporcionar simplemente información. A pesar de las deficiencias detectadas, la población se siente satisfecha con los servicios médicos que ha recibido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2001. p.71.
- 2-Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención y Control del Asma Bronquial. La Habana: MINSAP; 2002.
- 3- Toirac Lamarque R F, Fernández Valdés H, Perdomo Leyva D, Perdomo Toirac J, García Díaz R. Diagnóstico del Asma Bronquial. Un dilema aún no resuelto. MEDISAN. 2000;(4)4: 32-41
- 4- Jiménez Fontao L, Fernández Machín L, Sarmiento Brooks G, González García V , Martín Ruiz L. Comportamiento del Asma Bronquial en la edad pediátrica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 17 (1): 43-9.
- 5-Camargos P, Castro RM, Feldan JS. Prevalencia de síntomas relacionados con el Asma en escolares de Campos Gerais (MG). Brasil. Rev Panam Salud Pública. 1999; 6(4): 8 – 15.
- 6-Cotrim D, Ribeiro M, Cokier A. Asma. Rev Bras Med. 2003; 60(7): 429-440.
- 7-Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico.- La Habana: Editorial Ciencias Técnicas; 2000.p.10-15.
- 8-Rodríguez Medina R, Bencerril A, Espinosa FF, Zamora Limón E, Durán Correa H de J, Gasca Bauza M. Prevalencia de Asma Aguda en niños. RESUMED.1998; 11(3): 138.
- 9-Levinson AI. Diseases of Allergy.En:Conn F.Conn´s CurrentTherapy.Philadelphia: Sauders; 2001. p. 773-787.
- 10-Vega Fabian B. Manejo Terapéutico del Asma Bronquial en APS. Bol de Información Terapéutica para la APS. 1999; 11(5): 2-8.
- 11-Vargas M. Consenso Latinoamericano sobre Diagnóstico y Tratamiento del Asma. Rev Alergia. 1994; 41(4): 4-26.
- 12- Prieto Herrera ME, Queipo Caballero A . Caracterización del Asma Bronquial en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000; 16 (4) : 356-59..

- 13- Rivero Martínez H B, Arocha Hernández R M, Gutiérrez Núñez CA. Asma Bronquial. Enfoque intensivo. Rev Cuba Med Int Emerg. 2003; 2(2): 67-82.
- 14-Zapata Martínez A, Cires Pujol M, Guiros Hernández J L, Pedroso B. Cumplimiento del Tratamiento para el Asma Bronquial por los Pacientes de un Área de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998; 14 (6): 522 – 26.
- 15-Hervis Leet, Valdés Pacheco E, Tallet Alfonso A. La Acupuntura con Semillas en el Tratamiento del Asma Bronquial en la Edad Pediátrica. Rev Cubana Med Gen Integ. 1999; 15 (4): 419 – 25.
- 16-Arias Díaz A, Pernas Gómez M. Aplicación de un Programa de Entrenamiento para el Automanejo del Asma Bronquial. Rev Cubana Med Gen Integr.1998;14(4):335 – 39.
- 17-Zapata Martínez A, Vergel Rivera G. Aspectos Farmacológicos de la Terapéutica del Paciente Asmático. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998; 14(6): 628 – 32.
- 18-Sánchez Santos L. Atención Primaria de Salud. Definición. Evolución Histórica. En: Introducción a la Medicina General Integral. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999. p.114 – 116
- 19-Varona Pérez P, Ojeda del Valle M, Morlá Alonso P, Bonet Garbea, Fernández Maceiro E, Báez RM, Rodríguez Calá F. Calidad de la Atención Primaria en el Paciente Asmático. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998; 14(1): 58-66.
- 20-Luis Martínez A, del Cristo Martínez D. Uso Correcto de la Vía Inhalatoria en el Tratamiento del Asma Bronquial. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 17(5):413-7
- 21-Davis PA, Gold EB, Hackman S, Gershwin ME. El uso de la Medicina Complementaria y Alternativa para el tratamiento del Asma en los Estados Unidos. RESUMED. 1998; 11(3): 129.
- 22-Solórzano Guerra O, Dávila Hidalgo S, Fong López Y. Efectividad de la acupuntura en niños con Asma Bronquial. Rev Cubana Enfermer. 2000;16(3): 145-8.
- 23-Escamilla JM, Romero Lázaro D, Gil Balcázar H. Antihistaminicos en el Asma Infantil. Pediatría[en línea].2002[fecha de acceso: 9-2-05]; 37(2). Disponible en:<http://www.colombia.com/medicina/pediatría /pediatría> .
- 24- Chang de la Rosa M, Alemán Lage M C, García Roche R, Jorge Miranda R Evaluación de la calidad de la atención médica en el subsistema de urgencias del municipio 10 de Octubre. Rev Cubana Salud Pública. 2000;24(2):110-6.

Anexo

Instructivo para clasificar al paciente asmático*

Clasificación	Síntomas	Tratamiento
Tipo I. Asma Ligera Intermitente	Síntomas menos de dos veces por semana. Breve exacerbaciones. Síntomas nocturnos no más de dos veces al mes.	No medicación diaria Agonistas B2 inhalados en crisis.
Tipo II. Ligera Persistente	Síntomas más de dos veces por semana. No diario. Las exacerbaciones pueden afectar la actividad física, síntomas nocturnos más de dos veces al mes.	Necesita medicación diaria, drogas antiinflamatorias no esteroides a bajas dosis inhaladas, teofilina de liberación sostenida como alternativa.
Tipo III. Moderada Persistente	Síntomas diarios. Uso diario de Beta Agonista, las exacerbaciones afectan la actividad física, ocurren más de dos veces por semanas y pueden durar días. Síntomas nocturnos más de una vez a la semana.	Necesita medicación diaria, bajas a mediana dosis de esteroides inhalada y broncodilatadores de larga duración especialmente para síntomas nocturnos teofilina de liberación sostenida oral.
Tipo IV. Severa Persistente	Síntomas continuos, actividad física limitada, frecuentes exacerbaciones, síntomas nocturnos frecuentes. Hospitalización en el año anterior. Crisis previa en la que peligró la vida.	Medicación diaria, alta dosis de esteroides inhalados y broncodilatadores de larga duración, teofilina de liberación sostenida o Beta 2 Agonista. Esteroides Oral.

*Tomado del Consenso Latinoamericano sobre Diagnóstico y Tratamiento de Asma Bronquial.