

**CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS**

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana  
Facultad de Ciencias Médicas Dr. Salvador Allende Hospital Neumológico Benéfico Jurídico

**Caracterización de pacientes con asma bronquial, atendidos de urgencia en hospital neumológico benéfico jurídico 2007- 2008**

**Characterization of patients whit bronchial asthma, attended by urgency at juridic center neumological hospital 2007-2008**

**Manuel Díaz Toledo<sup>I</sup>, Manuel Arbelio Sarduy Paneque<sup>II</sup>, Sergio Fernández García<sup>III</sup>, Yhasnaiby Calvo Álvarez<sup>IV</sup>**

<sup>I</sup>Especialista Primer Grado en Medicina General Integral y Neumología. Hospital Neumológico Benéfico Jurídico. E-mail: [mdtoledo@infomed.sld.cu](mailto:mdtoledo@infomed.sld.cu) <sup>II</sup>Especialista Primer Grado en Neumología. Asistente. Hospital Neumológico Benéfico Jurídico. E-mail: [manuel Sarduy@infomed.sld](mailto:manuel Sarduy@infomed.sld)

<sup>III</sup>Especialista Primer Grado en Medicina General Integral y Neumología. Instructor. Hospital Neumológico Benéfico Jurídico. E-mail: [sergiofdez@infomed.sld.cu](mailto:sergiofdez@infomed.sld.cu)

<sup>IV</sup>Especialista Primer Grado en Medicina General Integral y Neumología. Hospital Neumológico Benéfico Jurídico. E-mail: [yhasnaiby@infomed.sld.cu](mailto:yhasnaiby@infomed.sld.cu)

---

**RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal con el objetivo de caracterizar a un grupo de pacientes con diagnóstico de Asma bronquial, quienes fueron atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Neumológico Docente, en el periodo de noviembre del 2007 hasta abril del 2008. La muestra estuvo constituida por 148 pacientes, a los que se les realizó una entrevista estructurada para obtener la información necesaria para el desarrollo de la investigación. Se estudiaron variables sociodemográficas: edad de comienzo de la enfermedad, frecuencia de crisis, tratamiento intercrisis, frecuencia con que acuden al Servicio de Urgencias y seguimiento en consulta. El mayor porcentaje de pacientes

estudiados se encontraban en el grupo de 36-45 años, destacándose el sexo femenino. El mayor número del total de pacientes estudiados fue diagnosticado antes de los 5 años de edad. La mayoría de los que presentaba más de 10 crisis anuales no tenían tratamiento intercrisis. Los que no tenían seguimiento en consulta acudieron con mayor frecuencia al Servicio de Urgencias.

Palabras clave: Asma bronquial, tratamiento intercrisis, crisis aguda.

---

## ABSTRACT

A transversal, prospective and descriptive study was done with the objective of characterizing a group of patients with a diagnosis of Bronchial Asthma that were attended in the emergency service at the Educational Neumological Hospital, in the period from November 2007 to April 2008. This study was formed by 148 patients who were interviewed structurally to obtain the necessary information for the development of investigation. Some sociodemographic variables were studied, age of the beginning of the disease, frequency of crisis, intercrisis treatment, the frequency they go to the emergency service and appointment continuation. The most percentage of studied patients were founded in the group of 36- 45 years old predominating the female sex. The most number of the total of studied patients was diagnosed before 5 years of age. Most of them that had more than 10 crisis annually didnt have intercrisis treatment. Those who didnt have an appointment continuation went with more frequency to the emergency service.

Key words: Bronchial asthma, intercrisis treatment, acute crisis.

---

## INTRODUCCIÓN

El Asma constituye una de las patologías crónicas más frecuentes en todo el mundo, se calcula que afecta 5% de la población mundial y hasta 10% de la población infantil. Los análisis epidemiológicos indican igualmente que su prevalencia oscila de unos países a otros (incluso dentro de un mismo país, de unas regiones a otras).<sup>1,2</sup> Uno de los niveles más alto de prevalencia se encuentra en la Isla de Trisan da Cunha (Atlántico Sur) donde 46 % de la población padece de Asma bronquial. En las dos últimas décadas, se produjo un aumento en las tasas de hospitalización y muerte por Asma en muchas naciones del mundo, países del primer mundo como los Estados Unidos, Canadá, Francia, Inglaterra, entre otros informaron esta misma tendencia.<sup>3, 4,5</sup>

Estudios realizados por los doctores Rodríguez de la Vega, Rodríguez Gavaldá y otros han estimado un porcentaje del Asma bronquial en la población cubana de 8,2 a 8,5% en área urbana y 7,5% en área rural, aunque se observan valores superiores a la media nacional en zonas marítimas e inferiores en zonas montañosas.<sup>3</sup> En el 2003, la tasa de prevalencia de nuestro país se estimó en 86.2 por 1 000 habitantes, solo aventajada por la Hipertensión Arterial dentro de las enfermedades no trasmisibles.<sup>2</sup>

---

Si bien es conocido que el tratamiento del Asma permite controlar los síntomas en un gran porcentaje de pacientes, en estudios realizados tanto en Europa como en los Estados Unidos han demostrado que una gran mayoría de pacientes no cumple con la medicación recomendada por las guías internacionales (*Global Initiative for Asthma*, GINA) y refieren tener un mal control de su enfermedad. Este mal control además de representar un peligro de agudización, condiciona una mayor utilización de los servicios médicos de urgencias, una pérdida de días de trabajo o escolares y, por lo tanto, un mayor dispendio económico para los servicios sanitarios.<sup>6,7</sup>

En los últimos años, también ha ocurrido un incremento sensible en la severidad o gravedad del Asma bronquial expresada en términos de situaciones de «casi muerte», de *Status Asmático* con necesidad de ventilación artificial o sin esta, o incluso de muerte. Se invocan numerosas razones para este empeoramiento de la morbimortalidad del Asma bronquial, que pudiera deberse a un aumento de la prevalencia, a la severidad de la enfermedad, inadecuada prescripción y evaluación médica, al uso inadecuado de los medicamentos existentes o a que la terapéutica actual disponible no es efectiva.<sup>8,9,10,11</sup>

Las actuales guías de buena práctica clínica (GINA y GEMA) establecen que el Asma está bien controlada cuando no existen síntomas de la enfermedad, exacerbaciones, necesidad de emplear medicación de rescate ni restricción de la actividad física habitual, la función pulmonar es normal y el tratamiento no ocasiona efectos adversos.<sup>12</sup> En contraposición, el Asma mal controlada es la que cursa con alguno o varios de los elementos anteriores.

Debido al incremento progresivo de pacientes asmáticos, quienes asisten a nuestro Servicio de Urgencias con exacerbación de su patología, al aumento de la morbimortalidad del Asma bronquial y la falta de estudios que demuestren la eficacia de intervenciones simples, es que expertos de la especialidad recomiendan que se realicen investigaciones de este tipo;<sup>13,14</sup> por lo que surge la motivación de realizar un estudio sobre la caracterización de pacientes con Asma bronquial atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Docente Neumológico Benéfico Jurídico.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal en un grupo de pacientes con diagnóstico de Asma bronquial, quienes fueron atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Neumológico Docente Benéfico Jurídico, en el periodo de noviembre del 2007 hasta abril del 2008.

El universo estuvo constituido por todos los pacientes con diagnóstico de Asma bronquial que acudieron al Servicio de Urgencias de dicho Hospital, en el periodo de noviembre del 2007 hasta abril del 2008. A estos pacientes se les realizó una entrevista estructurada. (Anexo 1). La muestra quedó constituida por 148 pacientes; para su selección se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

1. Pacientes mayores de 15 años de edad.
2. Con diagnóstico de Asma bronquial referido por el paciente, quien acude al Servicio de Urgencias con una agudización de la misma.

3. Consentimiento del paciente a participar en la investigación.

Se excluyeron:

1. Pacientes que llegaron en estado crítico o fallecieron en el Servicio, por lo que se imposibilita la entrevista.

2. Concurrencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica u otras no distinguible de Asma.

3. Enfermos con Retraso Mental o enfermedades psiquiátricas descompensadas por no ser confiable la información.

## RESULTADOS

En la muestra estudiada, observamos que el mayor número de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias estaba comprendido en el grupo de edad de 36 a 45 años, con 29.1%, le siguió el grupo de 46 a 55 años para 20.3%, predominando el sexo femenino en ambos grupos. Tabla 1

Tabla 1. Distribución de pacientes según grupo de edad y sexo

GRUPO EDAD	MASC.	%	FEM.	%	TOTAL	%
16 - 25	5	12.5	12	11.2	17	11.4
26 - 35	9	22.5	14	12.9	23	15.5
36 - 45	11	27.5	32	29.6	43	29.1
46 - 55	9	22.5	21	19.5	30	20.3
56 - 65	2	5.0	18	16.6	20	13.5
66 y MÁS	4	10.0	11	10.2	15	10.2
TOTAL	40	27.0	108	72.9	148	100

Cuando se analizó la edad de diagnóstico del Asma bronquial (Gráfico 1) se observó que más de la mitad de los enfermos (52.1%) fueron diagnosticados antes de los 5 años, le siguió el grupo de 5 a 14 años (24.3%). No se reportó ningún caso que haya sido diagnosticado con más de 59 años.

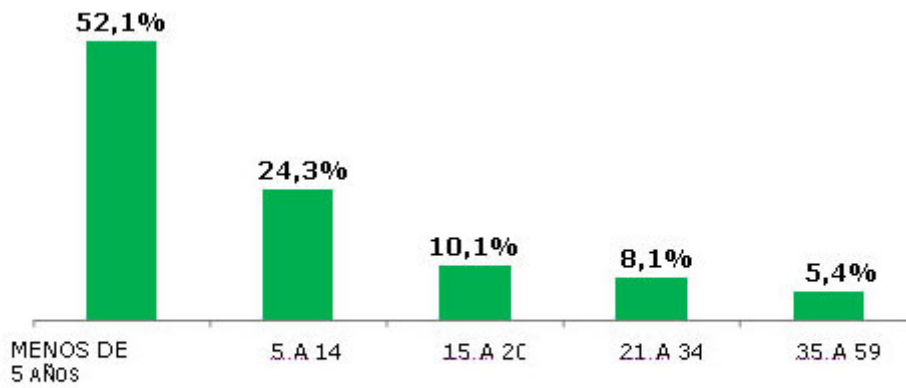


Gráfico 1. Pacientes asmáticos según edad de diagnóstico del asma bronquial.

La Tabla 2 relaciona la frecuencia de crisis anual y el tratamiento intercrisis, la cual refleja que 42.5% de los pacientes estudiados presentaron más de 10 crisis de Asma bronquial en un año; 33.1% reportaron no más de 5 crisis en el año y 24.3%, de 6 a 10 crisis, por lo que se puede inferir que predominaron aquellos pacientes con crisis muy frecuentes en el año. Si analizamos el porcentaje de pacientes que mantienen tratamiento intercrisis, vemos que 54.1% no tienen tratamiento preventivo, de estos 67.5% de estos pacientes presentan más de 10 crisis anual. Tabla 3

Tabla 2. Relación entre frecuencia de crisis de asma bronquial en el año y tratamiento intercrisis

Frecuencia de crisis anual	Tratamiento intercrisis				Total	
	Si		No		No.	%
	No.	%	No.	%		
Hasta 5 crisis	42	61.7	7	8.7	49	33.1
6 - 10 crisis	17	25.0	19	23.7	36	24.3
Más de 10 crisis	9	13.2	54	67.5	63	42.5
Total	68	45.9	80	54.1	148	100

Tabla 3. Distribución de pacientes según tipo de tratamiento intercrisis

Tipo de tratamiento intercrisis	No.	%
Beta 2 agonista de acción corta	52	35.1
Antialérgicos	38	25.6
Esteroides inhalados	26	17.5
Cromoglicato disódico	13	8.7
Metilxantina de acción corta	10	6.7
Metilxantina de acción prolongada	4	2.7
Esteroides sistémico	8	5.4
Inmunoterapia	6	4.0
Rehabilitación respiratoria	4	2.7
Medicina tradicional	3	2.0
Otros	6	4.0

Se evidencia en la tabla anterior que más de la mitad (54.1%) no presentan tratamiento intercrisis, solo 45.9% mantenía un tratamiento preventivo para evitar las crisis de Asma bronquial. Hay pacientes que utilizan más de un tipo de medicamento intercrisis.

Más de la mitad de los casos estudiados (61.5%) manifestaron no seguimiento en consultas para el Asma bronquial, solamente 38.5% mantenía un seguimiento, ya fuera por un especialista o por el Médico de Familia de su comunidad. Además se muestra la información relativa a la frecuencia anual con que acuden los pacientes a los Servicios de Urgencia y el seguimiento en consulta. Tabla 4

Tabla 4. Relación entre frecuencia con que acude al servicio de urgencias y seguimiento en consulta

Frecuencia en el año	Seguimiento en consulta				Total	
	Si		No.		No.	%
	No.	%	No.	%		
Más de 12	-	-	21	23.2	21	14.2
Entre 7 y 12	2	3.5	18	19.7	20	13.5
5 ó 6	8	14.1	14	15.5	22	14.8
4	7	12.3	17	18.6	24	16.3
3	13	22.8	11	12.2	24	16.3
2	11	19.2	6	6.5	17	11.4
1	16	28.1	4	4.3	20	13.5
Total	57	38.5	91	61.5	148	100

## DISCUSIÓN

De forma general, podemos observar que existe un predominio en el sexo femenino con 72.9% del total de casos estudiados. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de pacientes según grupo de edad y sexo

GRUPO EDAD	MASC.	%	FEM.	%	TOTAL	%
16 - 25	5	12.5	12	11.2	17	11.4
26 - 35	9	22.5	14	12.9	23	15.5
36 - 45	11	27.5	32	29.6	43	29.1
46 - 55	9	22.5	21	19.5	30	20.3
56 - 65	2	5.0	18	16.6	20	13.5
66 y MÁS	4	10.0	11	10.2	15	10.2
TOTAL	40	27.0	108	72.9	148	100

En la literatura revisada, existe un comportamiento similar, con una mayor incidencia en el sexo femenino, y el grupo de edades de mayor proporción que corresponde al de 36 a 45 años también coincidió con los trabajos anteriores.<sup>9,15</sup>

El Asma bronquial afecta más a la población infantil y juvenil, y disminuye su incidencia en la vida adulta, lo que se corrobora en este estudio, en el que la edad de comienzo de esta enfermedad reflejó mayor frecuencia en la niñez y comienzo de la adolescencia.<sup>16</sup>

Existe una estrecha relación entre la frecuencia de crisis anual y el tratamiento intercrisis, pues cuando comparamos los porcentajes de frecuencia de crisis anual con los que cumplieron o no el tratamiento intercrisis, se evidencia que existe una disposición a disminuir el número de crisis en un año en el grupo de enfermos que sí lleva a cabo un tratamiento preventivo, sucede lo contrario en el grupo que no realiza este tipo de tratamiento.

Estudios realizados destacan que menos de 50% de pacientes asmáticos tiene su Asma totalmente controlada; incluso con tratamientos aparentemente correctos.<sup>17</sup> Es decir, aunque el Asma sea una enfermedad fácilmente controlable, en la práctica los pacientes no están bien controlados.<sup>12</sup> Para explicar esta paradoja, las causas que se citan con más frecuencia, en pacientes con tratamiento correcto, son el incumplimiento terapéutico,<sup>18,19</sup> la dispensarización deficitaria en la atención primaria de salud, sobre todo, los asmáticos persistentes severos y moderados así como las pocas indicaciones de la rehabilitación respiratoria a nivel primario.

En cuanto a la relación entre la frecuencia anual con que acuden al Servicio de Urgencias y seguimiento en consultas, se puede observar que en el grupo de los que sí tienen seguimiento en consulta, el mayor porcentaje corresponde a los que acuden al Servicio de Urgencias de una a tres veces en el año, mientras que en el grupo de los que no tienen seguimiento en consulta, la mayor frecuencia corresponde a los que acuden más de 12 veces en el año.

En investigaciones con características similares a esta, concuerdan con los resultados nuestros, en los que la mayoría de los casos no tienen un seguimiento en consulta de forma sistemática. Incluyen a un grupo comparable de asmáticos seguidos durante un periodo de 4 años y tratados de acuerdo con las recomendaciones de la GINA, sólo 20% precisó un nuevo ingreso hospitalario por Asma y no se registró ningún fallecimiento. Esto apoyaría la hipótesis, que un adecuado manejo global de la enfermedad influye favorablemente en la evolución de esta enfermedad.<sup>11</sup>

## CONCLUSIONES

Prevalcieron los pacientes en edades entre 36-55 años, el sexo femenino, la mayoría de estos pacientes asmáticos fueron diagnosticados antes de los 14 años de edad. Los enfermos que llevan un tratamiento intercrisis tienden a disminuir el número de exacerbaciones en un año; sucede lo contrario en el grupo que no realiza un tratamiento preventivo. El tratamiento con Beta 2 agonista de acción corta y los antialérgicos fueron los medicamentos más utilizados. El no seguimiento en consulta de los pacientes hizo que acudiera un mayor número de veces al Servicio de Urgencias en un año.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agusti C, Almonacid C, Alvar A, Álvarez C, Ancochea J, Badia J., col. Medicina Respiratoria. SEPAR. España: 2005. CD. ROOM.
2. Ministerio de Salud Pública. Cuba. Anuario de Estadísticas 2003. Soporte en Internet .Disponible en: URL: <http://bus.sld.cu/cqibin/wxis/anuario> Consultado: 23 abril 2007.
3. Abdo Rodríguez A, Cué Brugueras M. Comportamiento del Asma bronquial en Cuba e importancia de la prevención de las enfermedades alérgicas en infantes. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2006.
4. Soler Pérez E. Asma Bronquial. Manejo pre-hospitalario del adulto joven. Tesis Maestría. Ciudad Habana, Cuba: 2007.
5. Skrepnek, GH, Skrepnek SV. Epidemiology, Clinical and economic burden, and natural history of chronic obstructive pulmonary disease and asthma. Am J Manag Care. 2004. Jul; 10(5 suppl): 129-39.
6. Báez Saldaña R. Desarrollo de un cuestionario para medir los conocimientos del paciente asmático en relación con su enfermedad. Arch Bronconeumol. 2007; 43: 248-255.
7. Morell F. La población de asmáticos ambulatorios y su control tras adoptar el tratamiento a las recomendaciones internacionales (ASMACAP 1). Arch Bronconeumol. 2007; 43:29-35.
8. Pacheco Galván A. Asma refractaria: la polémica interminable. Arch Bronconeumol. 2006; 42: 157-159.
9. Guancho Garcell, García Arbola E, Gutiérrez García F. Mortalidad y letalidad hospitalaria por asma bronquial. Rev. Cubana Med. Int. 2005; 44(3-4).
10. Barreiro E. y col. Características de los pacientes con asma bronquial atendidos de urgencia en un hospital de referencia de un área semirural. Arch. Bronconeumol. 2000; 4:172-179.



11. Rodríguez Trigo G. y col. El tratamiento según la guía de la Global Initiative for Asthma (GINA) reduce la morbilidad de los pacientes con asma de riesgo vital. Arch Bronconeumol. 2008; 44: 192-196.
12. Plaza Moral V, Álvarez Gutiérrez FJ, Casan Clará P. *et al*, En calidad de Comité Ejecutivo de la GEMA y en representación del grupo de redactores. Guía española para el Manejo del Asma (GEMA). Arch Bronconeumol. 2003; 39: 1-42.
13. López Viña A. Actividades para fomentar el cumplimiento terapéutico en el asma. Arch Bronconeumol. 2005; 41: 334-40.
14. Bender B, Milgrom H, Alter A. Adherence intervention research; what have we learned and what do we do next? Allergy Clin Immunol. 2003; 112: 489-94.
15. Plaza V, Rodrigo G. Asma Aguda. Epidemiología del Asma Aguda. 2007; Cap. 2.
16. Asma. Modificada por última vez el 30 may 2008: En <http://es.wikipedia.org/wiki/Asma>
17. López Viña A, Cimás JE, Díaz Sánchez C, Coria G, Vegazo O, Picado Valles C. A comparison of primary care physicians and pneumologists in the management of asthma in Spain: ASES study. Respir Med. 2003; 97: 872-81.
18. Fabrè Ortiz D. Factores que favorecen o agudizan el Asma. Consultada 22/12/2006. En: [http://www.trabajadores.cu/materiales\\_especiales/suplementos/](http://www.trabajadores.cu/materiales_especiales/suplementos/)
19. Plaza V. y col. Características Clínicas y morbilidad en el Asma Bronquial estable. Análisis descriptivo del Asma en una comunidad mediterránea. Rev. Archivos de Bronconeumología. Oct.1997; 33(9).

## **ANEXO 1**

### **ENTREVISTA ESTRUCTURADA**

Nos dirigimos a usted, solicitando la información necesaria para la realización de un estudio investigativo, el cual pretende caracterizar al paciente asmático atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital Neumológico Benéfico Jurídico.

Le pedimos su apoyo y colaboración siendo analítico y sincero en sus respuestas. Queremos agradecerle de antemano su disposición por ayudarnos en este empeño.

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nivel Escolar (terminado): \_\_\_\_\_

Ocupación: Trabajador (labor que realiza): \_\_\_\_\_

Estudiante: \_\_\_\_\_

Jubilado: \_\_\_\_\_

Ama de casa: \_\_\_\_\_

Desocupado.: \_\_\_\_\_

Edad del paciente en que se diagnosticó el Asma Bronquial: \_\_\_\_\_

¿Cuántas crisis tiene en el año?

Hasta 5 crisis en el año: \_\_\_\_\_

De 6 a 10 crisis: \_\_\_\_\_

Más de 10 crisis: \_\_\_\_\_

Cuando no tiene crisis hace algún tratamiento. Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

Asiste a consultas de seguimiento por el Asma Bronquial:

Sí \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Con: Médico de Familia: \_\_\_\_\_

Especialista: \_\_\_\_\_

Conducta al egreso del Servicio de Urgencias:

Regreso a su domicilio: \_\_\_\_\_

Traslado a otro Centro: \_\_\_\_\_

Ingreso hospitalario: \_\_\_\_\_

Tratamiento recibido en el Servicio de Urgencias:

\_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia aproximadamente usted acude a recibir tratamiento de urgencia por el Asma Bronquial en el año?

Más de 12 veces: \_\_\_\_\_

Entre 7 y 12 veces: \_\_\_\_\_

5 ó 6 veces: \_\_\_\_\_

4 veces: \_\_\_\_\_

3 veces: \_\_\_\_\_

2 veces: \_\_\_\_\_

1 vez: \_\_\_\_\_

---

Fecha de aprobado: 29 de junio de 2011.  
Fecha de recibido: 5 de abril de 2011.