FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS MIGUEL ENRIQUEZ

Comportamiento clínico, terapéutico y socioeconómico del asma en el adulto mayor. Policlínico machaco Amejeiras. 2011

Autores:

Dra. Maritza Núñez Gómez[1], Dra. Maritza Gómez Chavez[2], Dr. Pedro Núñez Blanco[3], Lic. Maureen Núñez Gómez[4]

1 Especialista en primer grado en medicina general integral.
2 Profesora asistente, especialista en segundo grado en alergología, master en longevidad satisfactoria.
3Profesor auxiliar, especialista en segundo grado en medicina general integral, especialista en primer grado en medicina interna, master en longevidad satisfactoria.

4Profesora asistente, master en longevidad satisfactoria.

RESUMEN

Se ha realizado una investigación observacional, descriptiva, transversal sobre el comportamiento clínico- socioeconómico y terapéutico del anciano asmático, utilizándose un universo de 70 pacientes.

Siendo la fuente de obtención de los datos las encuestas realizadas a los pacientes de los consultorios 5402-5401-3501-3105-5302 pertenecientes al Policlínico Universitario Ángel Machaco Amejeiras durante el transcurso del año 2011.

Los resultados más importantes fueron: un predominio de las edades entre 65 y 69 para un 25.2%, un comienzo temprano de los síntomas para un 37 % de las edades entre 0-14 años, con antecedentes atópicos de rinitis en un 56%, siendo los principales factores desencadenantes de las crisis el polvo y el frío para un 80% y prevaleciendo según la clasificación clínico funcional el asma persistente moderada en un 56%. Además se evidenció un elevado gasto financiero para los pacientes y para el país y un pobre tratamiento intercrisis.

PALABRAS CLAVE: Asma Bronquial, Adulto mayor, Atopia.

INTRODUCCIÓN

La frecuencia de las enfermedades del sistema respiratorio está claramente constatada, ya que entre un 10 y un 15% de los ancianos presentan patología respiratoria crónica. Y suponen estas enfermedades el 14% de los motivos de ingreso hospitalario de los adultos mayores. Dentro de las enfermedades respiratorias podemos destacar, las siguientes: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Asma Bronquial e Infecciones Respiratorias. (1)

El asma es una enfermedad crónica de las vías aéreas que puede ser severa y en algunos casos puede traer consecuencias fatales para quienes la padecen. Está considerada como un serio problema global de salud debido a que las poblaciones de todas las edades y países del mundo se encuentran afectados. (2)

Según datos publicados recientemente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que a nivel mundial el asma bronquial podría estar afectando entre 100 y 150 millones de personas y ocasionar una mortalidad directa anual a 2 millones de personas. (3)
La prevalencia del asma en los ancianos se sitúa entre el 6.5 y el 17 %.(1)

Uno de los niveles más alto de prevalencia se encuentra en la isla de Tristan da Cunha (Atlántico Sur) donde el 46 % de la población padece de Asma Bronquial. En las islas Carolinas Orientales, unas 1000 millas al norte de Papua, Nueva Guinea, la incidencia es de un 30 %. Es una enfermedad ampliamente extendida, sobre todo en países con costas, por ejemplo Inglaterra, Nueva Zelanda y Cuba, así como en las urbes con alta contaminación ambiental (México, Tokio, Lima, Santiago de Chile, etc.).(4, 5)

Por otra parte un reporte de las clínicas de medicina geriátrica de Norteamérica reportan un estimado de asma en el anciano entre un 7 a un 9 % de la población.(2) En Chile mueren anualmente aproximadamente entre 200 a 250 personas por esta condición, la mayoría de ellas sobre los 65 años de edad.(6)

En nuestra Isla la prevalencia se ha duplicado en apenas dos décadas con 92.2 por cada mil habitantes hoy, con una incidencia mayor en los grupos de 10 a 14; 20 a 24 y 60 a 64 años.(7)

El comportamiento clínico y epidemiológico del asma bronquial en los adultos mayores, resulta un tópico casi desconocido en las investigaciones realizadas en el medio, porque los estudios de la población adulta incorporan a los asmáticos a partir del grupo de edad de 15 años y más. El asma bronquial está considerada como un problema de salud dada su alta prevalencia.(2)

En el anciano es una enfermedad subdiagnosticada y subtratada y por lo general confundida con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el envejecimiento modifica el cuadro clínico de determinadas afecciones broncopulmonares en lo que se refiere a su forma de presentación y sus consecuencias. En ocasiones resulta muy difícil el diagnóstico en este grupo de edad ya que a las dificultades en el interrogatorio se unen las que ofrecen el exámen físico como deformidades torácicas o colaboración insuficiente. El adulto mayor omite o refiere mal sus síntomas ya sea por miedo a la hospitalización, atribución de síntomas al envejecimiento o a factores sociales y culturales, por lo que reviste gran importancia su conocimiento para poder evaluar las peculiaridades presentes en los ancianos y de esta manera combatir esta afección de manera eficaz, y así favorecer la calidad de vida del asmático de la tercera edad.(1,8) El manejo de las alergias y asma en el paciente de la tercera edad, requiere el entendimiento y trabajo de equipo del Alergólogo, el Médico de Familia y en ocasiones del Geriatra. (9)

El aprender a afrontar la aparición de una enfermedad que altera la respiración normal y las actividades diarias, puede ser difícil a cualquier edad, pero en personas mayores, los problemas pueden estar complicados con otros cambios que requieren nuevos ajustes, tales como jubilación, cambio de residencia y recursos limitados. Por ello se debe considerar el impacto económico y emocional del asma. Esto también requiere un entendimiento de la enfermedad y de cómo afecta a otras funciones del cuerpo.

Si una persona se jubila y cambia a un sitio nuevo de residencia, como está ocurriendo en nuestra comunidad, con clima y plantas diferentes, es probable que en uno o dos años, el cuerpo responda a estos alérgenos nuevos con los típicos síntomas de alergia, tales como, estornudos, comezón de ojos, agüilla por la nariz y asma. Al principio uno puede sospechar un "catarro de verano", pero si los síntomas se repiten frecuentemente y parecen no tener fin, el paciente debe considerar la posibilidad de alergias. (9)

La ancianidad es una etapa de la vida, como la niñez o la juventud. Cada etapa afecta a los humanos en sus tres componentes: el biológico, el psicológico y el sociocultural. Existen en la actualidad numerosas definiciones sobre el envejecimiento, si bien es cierto que envejecer es parte del desarrollo del ciclo vital, no es hasta unas décadas atrás que se ha comprobado que envejecer comienza desde el mismo momento de la concepción y se mantiene el individuo envejeciendo hasta la muerte. Para muchos como R. Ferrer y R. F. Ballesteros que ven el envejecer como un fenómeno universal, normal, e irreversible sus definiciones son de mucha importancia, sin embargo para otros todavía esta definición no está muy clara. (1)

Envejecimiento o senescencia y el crecimiento o desarrollo son las dos fases que dividen la vida humana. Para todas las especies el envejecimiento es la etapa final de la vida, que no ocurre igual en todos los microorganismos, ni tampoco en los distintos órganos en una persona; por lo que es mucho más importante la edad funcional que la edad cronológica, porque la funcional es la que da e indica su capacidad de auto valencia.

En el siglo XIX la población mayor de 60 años oscilaba en 7.5%, mientras que a inicios del siglo XX había aumentado a un 11.5%, la población de 60 años y más está aumentando en una tasa anual del 3 % en comparación con un aumento del 1,9 % para la población total (10), se dice que en estos momentos existen más de 600 millones en todo el mundo o más y para el 2025 serán 1 100 millones. (1)

Al representar una de las enfermedades crónicas de más frecuentes admisiones hospitalarias (sobre los 15 mil casos al término del 2010), con altos costos para el sistema sanitario (se estima un costo anual que asciende a cifras de 14 millones de dólares; mientras que en los Estados Unidos sobrepasa los 11,3 billones de dólares anuales), afectaciones de las dinámicas laborales de los pacientes que trabajan, años de vida potencialmente perdidos por discapacidad provocada por el asma son considerados en 15 millones por año y la capacidad de comprometer la vida humana, el MINSAP comenzó desde 1973 el PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN AL PACIENTE ASMÁTICO, a fin de reducir a la mitad la mortalidad extrahospitalaria por causa del asma bronquial, cuyas cifras preocupan por sobrepasar el 60% del total de defunciones ocasionadas por esta patología.(11)

No todas son malas noticias. El asma se puede combatir y los médicos cuentan con las herramientas para ayudar a nuestros mayores. No sólo a tratar la enfermedad clínicamente, sino también a escoger la mejor manera de manejar el asma diariamente.

El asma es una enfermedad crónica que actualmente con los fármacos que disponemos se puede controlar adecuadamente, por lo que, aunque usted se encuentre bien, bajo ningún concepto se debe abandonar el uso de inhaladores y otros fármacos por su cuenta, siempre debe ser bajo prescripción de su médico.

Con frecuencia los mayores no realizan de forma correcta el tratamiento con inhaladores, según algunos estudios hasta un 40% de los pacientes no lo hacen correctamente. Toda persona mayor asmática debería recibir educación sanitaria sobre su enfermedad y dentro de ella aprendizaje en el manejo de inhaladores. Por ello, deberían acudir a su Centro de Salud para realizar las inhalaciones delante del médico y/o enfermera, para comprobar su correcto manejo. En ocasiones tienen que ser los familiares los que supervisen la correcta realización del tratamiento.

Una "cámara de inhalación", de las empleadas para administrar medicamentos en aerosol (MDI), puede estar indicada en estos pacientes, ya que, permite que llegue más medicamento a las vías respiratorias finas.

La aparición en los últimos años de medicamentos que contienen en un único dispositivo broncodilatadores y corticoides inhalados en polvo seco, que permiten ajustar la medicación a las necesidades del paciente, ha mejorado la adherencia al tratamiento por parte de estos enfermos.

Aunque se espera que los adultos sepan la importancia de tomar un medicamento prescrito, es mejor asegurarse de que el enfermo entiende las metas del tratamiento, beneficios en potencia y riesgos. (9)

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una investigación observacional, descriptiva, transversal sobre el comportamiento clínico- socioeconómico y terapéutico del anciano asmático, para ello se utiliza un universo de 70 pacientes encuestados en el transcurso del año 2011. Se usa como criterio de inclusión a todos aquellos pacientes mayores de 60 años que padezcan de asma bronquial y que acepten participar en la investigación, obteniendo así una muestra de 70 pacientes siendo esto el 100% del universo.

Siendo la fuente de obtención de los datos las encuestas (anexo1) realizadas de forma anónima y con el debido consentimiento informado (anexo 2) por parte de los pacientes de los consultorios pertenecientes al Policlínico Universitario Ángel Machaco Amejeiras con el objetivo de determinar el comportamiento clínico- socioeconómico y terapéutico del anciano asmático.

Se realiza la operacionalización de las variables: edad, sexo, nivel de escolaridad, estado civil, ocupación, clasificación del asma, factores desencadenantes, edad de comienzo de los síntomas, antecedentes de atopia personal y familiar, antecedentes de otras patologías, ausentismo laboral, descuento salarial, gasto en medicamentos, asistencia a cuerpo de guardia,

ingresos hospitalario, tratamiento Intercrisis

Técnicas y procedimientos:

Se aplica una encuesta y los datos recopilados se llevan a una base de datos (Microsoft Excel) para así agrupar los datos en números absolutos, y en por cientos en tablas y gráficos para simplificar la comprensión del trabajo. Se emplea una PC Pentium IV con ambiente Windows Vista. Los textos se procesarán con Word y las tablas y gráficas con Excel.

Recursos

Recursos Humanos: Investigador, tutor, muestras.

Recursos materiales: No elevado gasto financiero, solo el gasto por salario de la persona que trabaja en la investigación además del gasto en papel, lápices, computadora (PC Pentium IV con ambiente Windows Vista) e impresora.

RESULTADOS

Tabla no 1: Relación de pacientes según edad.

Grupos de edad	No	%
60 – 64	17	24.2
65 – 69	18	25.2
70 – 74	13	18.5
75 – 79	8	11.4
80 – 84	10	14.2
85 – 89	1	1.4
90 y más	3	4.2
Total	70	100

Tabla no 2: Relación de pacientes según sexo.

Sexo	No	%
Femenino	38	54.2
Masculino	32	45.7
Total	70	100

Tabla no 3: Relación de pacientes según estado civil.

Estado civil	No	%
Soltero	12	17.1
Casado	22	31.4
Divorciado	19	27.1
Viudo	17	24.2
Total	70	100

Tabla no 4: Relación de pacientes según escolaridad.

Escolaridad	No	%
Primaria sin terminar	15	21.4
Primaria terminada	8	11.4
Secundaria Básica	27	38.5
Pre - Universitario	10	14.2
Universitario	10	14.2
Total	70	100

Tabla no 5: Relación de la sintomatología según factores desencadenantes.

Factores desencadenantes	No	%
Stress	15	21.4
Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	29	41.4
Polvo	56	80
Pelo de animal	7	10
Humo	4	5.7
Perfumes	8	11.4
Medicamentos	0	0
Ejercicios	3	4.2
Alimentos	8	11.4
Humedad	53	75.7
Frío	56	80
Otros	7	10
Ninguno	0	0

Tabla no 6: Distribución de los pacientes según enfermedades asociadas.

Enfermedades asociadas	No	%
Hipertensión Arterial	16	22.8
Diabetes mellitas	16	22.8
Cardiopatía isquémica	6	8.5
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4	5.7
Dislipidemia	3	4.2
Ninguna	23	32.8
otras	0	0

Tabla no 7: Relación de los pacientes estudiados con otras enfermedades alérgicas

Enfermedades Atópicas	No	%
Rinitis	56	80
Conjuntivitis	4	5.7
Urticaria	7	10
otros	7	10

Tabla no 8: Relación de los pacientes por sus antecedentes familiares.

Atopia familiar	No	%
Rinitis	18	25.7
Conjuntivitis	8	11.4
Urticaria	4	5.7
Asma	44	62.8

Tabla no 9: Distribución de los pacientes según edad de comienzo de los síntomas

Edad de comienzo	No	%
0 – 14	37	52.8
15 – 29	14	20
30 – 44	15	21.4
45 – 59	3	4.2
60 y más	1	1.4
Total	70	100

Tabla no 10: Relación de los pacientes según ocupación.

Ocupación	No	%
Ama de casa	15	21.4
Obrero	6	8.5
Profesional	9	12.8
Jubilado	40	57.1
Total	70	100

Tabla no 11: Distribución según ausentismo.

Ausencia Laboral	No	%
1 -3 días	10	33.1
4 – 7 días	13	43.3
8 ó más	6	20
Nunca	1	3.3
Total	30	100

Tabla no 12: Relación del dinero que dejan de ganar los pacientes que trabajan cuando están con asma.

Cuanto deja de ganar	No	%
Menos de 10$	3	10
10 – 20 $	7	23.3
20 – 30 $	9	30
30 – 40 $	7	23.3
40 – 50 $	4	13.3
Más de 50 $	0	0
Total	30	100

Tabla no 13: Relación del gasto en medicamentos

Gasto en medicamentos	No	%
10 – 20 $	31	44.2
20 – 30 $	36	51.4
Más de 30 $	3	4.2
Total	70	100

Tabla no 14: Relación del número de veces que asiste al cuerpo de guardia por crisis.

Asistencia a cuerpo de guardia	No	%
Menos de una vez por semana	25	35.7
Más de una vez por semana	35	50
Nunca	10	14.2
Total	70	100

Tabla no 15: Relación del número de ingresos hospitalarios por crisis

Ingreso Hospitalario	No	%
1 - 2 veces al año	26	37.1
3 – 7 veces al año	1	1.4
Más de 8 veces	0	0
Nunca	43	61.4
Total	70	100

Tabla no 16: Relación del número de pacientes según clasificación del asma.

Clasificación	No	%
Intermitente	8	11.4
Persistente leve	15	21.4
Persistente moderada	30	42.8
Persistente severa	17	24.2
Total	70	100

Tabla no 17: Relación de los medicamentos más utilizados por los pacientes.

Medicamentos	No	%
Salbutamol	68	97.1
Beclometasona	51	72.8
Intal	40	57.1
Controfilina	30	42.8
Otros	64	91.4

DISCUSIÓN

En la tabla no 1 se distribuyen los pacientes según edades obteniendo un mayor predominio de las edades comprendidas entre los 60 y 69 años para un total de 35 ancianos de los 70 estudiados. Este rango de edad es el más

frecuente según se constató en otras literaturas; el sistema estadístico del Ministerio de Salud pública de Cuba reporta una tasa de 238 ancianos asmáticos con edades entre 60 y 64 mientras que de 65 años y más es de 107 por cada 1000 habitantes. En nuestro estudio llama la atención que el menor número de ancianos está entre los 85 y 89 años con solo 1 paciente mientras que mayores de 90 hay 3 pacientes de ellos dos mujeres y un hombre. (7, 12,13)

En la tabla no 2 se distribuyen los pacientes por sexo notándose un 54% del sexo femenino para un 45% del sexo masculino, este dato no es usual en este tipo de tabla pues estamos habituados a que exista un marcado predominio del sexo femenino por la llamada sobremortalidad masculina o supervivencia femenina, pero sucede que en este estudio no sucede lo mismo, mas bien se mantienen ambos en equilibrio, confirmándose con otros como el de García Socarás en Camagüey.(11 ,14,15,16)

En la tabla no 3 se evidencia un predominio de los ancianos casados 31.4% seguidos de los divorciados 27.1% y el menor grupo lo constituyó el de los solteros para un 17%. En estudios sobre ancianidad revisados se ve una concordancia con nuestros resultados mientras que en los estudios de asma y anciano no se reporta nada al respecto. (17,18)

En la tabla número 4 vemos un predominio de un nivel básico de secundaria para un 38.5% del universo estudiado seguido por los que solo habían estudiado algunos grados de primaria sin terminarla; recordemos que nuestra población de interés supera los 60 años por tanto su infancia transcurrió entre las décadas del 30 al 50 según edad, época que la enseñanza no todos la podían costear o simplemente debían ayudar económicamente a las familias y acogerse a oficios y dejar los estudios. Otros estudios que involucran ancianos refieren un predominio en el nivel de primaria terminada. (17, 19)

Algunas sustancias son capaces de estimular el sistema inmunológico, tras la primera exposición puede resultar sensibilizada, cuando vuelve a exponerse a una reacción inmunológica provoca la inflamación de las vías aéreas lo que conduce a la aparición de síntomas. En nuestro estudio como se evidencia en

la tabla número 5 se identificaron el frío, el polvo y la humedad con un 80 y 75.7% respectivamente como los factores desencadenantes más frecuentes. Otros autores además de los desencadenantes mencionados comentan sobre las infecciones respiratorias y la contaminación del medio ambiente (humo de las fábricas de los carros, etc…).(20,21,22,23,24,25,26)

En la tabla número 6 se relaciona el asma con otra enfermedades no transmisibles, primero que nada 47 pacientes del estudio reafirmaron esta situación viéndose que de ellas sobresalía la hipertensión y la diabetes con 16 pacientes, significando un 22.8% seguidas por la cardiopatía isquémica con 6 pacientes, 8.5% mientras que 23 es decir un 32.8% no presentaban patologías asociadas. En la bibliografía revisada los ancianos entre 75 y 84 años sufren al menos dos de las enfermedades crónicas no transmisibles y en mayores de 85 años padecen de tres o más.

La presencia de comorbilidad en ancianos también puede facilitar la descompensación de su enfermedad respiratoria provocando un mayor deterioro funcional y un peor pronóstico.

En otros trabajos como el de Castañeda se observa como los pacientes presentan una comorbilidad importante con enfermedades como la Diabetes Mellitus la malnutrición, la Epilepsia, el alcoholismo, los Accidentes Vasculares Encefálicos, los trastornos en la deglución, las enfermedades neuromusculares, la Insuficiencia Renal Crónica, várices en miembros inferiores, trastornos de la coagulación y arritmias.

El adulto mayor suele padecer más problemas de salud y consecuentemente, tomar más medicamentos que un adulto joven. Ambas son razones importantes para considerar a los asmáticos de estas edades como un grupo que merece especial atención. (8, 27)

En la tabla número siete y ocho se identifican los antecedentes de atopia personales y familiares identificándose prioritariamente la rinitis con 56 pacientes para un 80% en los personales y el asma bronquial con 44 pacientes para un 62.8% en los familiares. En estudios de Asma bronquial como la tesis

del Dr.Juan Denis Jay Bayeux también predominaban los antecedentes de asma familiar en el 100% y de rinitis en un 46 %. Recordemos que en los pacientes alérgicos se plantea que existen alteraciones en el crosoma 11 y que los genes candidatos para la predisposición a la atopia y la hiperreactividad de la vía respiratoria se encuentran en estudio. La conjuntivitis y la urticaria mostraron una baja incidencia. (28,29)

En la tabla número 9 se muestra como nuestros pacientes comenzaron a presentar los síntomas con mayor predominio en la infancia (de o a 14 años) para un 52.8% o lo que a su vez se refleja en 37 pacientes. Solo en un paciente habían comenzado los síntomas después de los 60 años. Se invoca según la literatura que en el adulto mayor que los síntomas comienzan tempranamente suele ser más severa mientras que en la etapa adulta puede llegar a ser mortal, además se plantea que ésta es la más frecuente en los ancianos pues se asocia con pólipos nasales, sinusitis maxilar o sensibilidad medicamentosa y no a antecedentes de atopia.(11)

En la tabla número 10 con respecto a la ocupación, era de esperar que predominaran los jubilados para un 57.1% que son 40 pacientes, sin embargo de estos hay 15 que se encuentran activos laboralmente mediante contratas pues no se adaptaban al proceso de jubilación desde puntos de vista sociales y económicos pues pasan a ser una " carga " de la familia , se reestructuran roles, se le adjudican tareas domésticas y dependen monetariamente, pues al padecer de de 2 ó 3 enfermedades crónicas como vimos en tabla número 6 gastan el mayor porcentaje de su pensión en medicamentos dejando muy poco para el resto de los gastos. El segundo grupo está conformado por las amas de casa para un 21.4 % que representa15 de las mujeres del estudio, recordemos que fueron criadas en una etapa que se formaba a la mujer para ser ama de casa y no para trabajar en la calle. Trabajos revisados reafirman lo mencionado. (18,19)

En la tabla no 11 y 12 se relaciona el número de ausencias laborales por asma bronquial con el dinero dejado de ganar, siendo más frecuente las ausencias de hasta siete días con pérdida salarial de 30 .00 $ moneda nacional por día en dependencia claro está del trabajo realizado y su salario. Solo hubo

un paciente que refirió que aunque esté con crisis no falta al trabajo, lo más que le puede pasar es llegar tarde y por eso estuvo comprendido en las perdidas inferiores a 10.00$. Esto concuerda con otros autores quienes plantean que si bien el asma no es causa de alta mortalidad si produce determinada incapacidad convirtiéndose en una enfermedad invalidante desde el punto de vista psicosocial. (28,30)

Estos pacientes solo en asma bronquial gastan aproximadamente 30.00$ (51% de los casos estudiados), claro, esto depende de su clasificación como asmático para aclarar entonces los medicamentos que necesita pues ejemplo de esto lo constituye el Montelukast ahora expedido en nuestras farmacias con un costo del frasco de 30.00$ y la beclometasona de 5.00$, etc… , el por ciento de 4.2 que gasta mayor cantidad de dinero es porque compra en farmacias internacionales la budesonida, el salmeterol con fluticasona, el bromuro de ipratropio y hasta el montelukast antes de que se comercializara en farmacias nacionales. A esto sumémosle que son pacientes con pluripatologías como veíamos en tabla No 6 que además deben gastar en los medicamentos de la hipertensión , de la diabetes, de la cardiopatía, etc… , que 40 pacientes del estudio no trabajan de ellos 15 son amas de casa y 25 son jubilados por tanto tienen escasos ingresos y dependen de sus familiares y los que trabajan ya hemos visto en la tabla anterior las afectaciones laborales y por tanto monetarias; es cierto que el estado brinda un sistema de seguridad social para adquirir los medicamentos gratuitamente pero entonces el elevado costo lo tiene el estado y no puede permitírselo por tanto al 100% de los adultos mayores para estar compensados de sus patologías y lograr una adecuada calidad de vida. Otros estudios coinciden en la repercusión en la economía del paciente y la familia produciéndose inestabilidad económica en menor o mayor grado. (28)

En esta tabla se guarda la relación de asistencia a cuerpo de guardia predominado para un 50% más de una vez por semana y los que asisten menos es por manejo de su enfermedad en su hogar pues tienen equipos para aerosol y algunos medicamentos. Otros autores señalan que la mayoría de los pacientes se tratan con su médico de la familia, seguidos por los cuerpos de

guardia de los policlínicos y hospitales y con menor por ciento la automedicación. Recordemos que los casos tratados en instituciones para casos de urgencias por mal manejo intercrisis en su mayoría trae consigo repercusión económica para el país por el gasto en medicamentos y otros insumos necesarios. (28)

El mayor por ciento (61% para 43 pacientes) no ingresa en hospitales ya sea por la no severidad de las crisis o por la negación a este pues creen que por su misma edad un ingreso les puede llevar a estar encamados, hecho tan temido por el anciano, o hasta incluso la muerte por complicaciones, pero hay un 37.1 % que requiere ingresos hasta dos veces al año con gran pérdida económica para el país en dependencia de la estadía. Estudios revisados plantean que los que no requieren ingresos se debe a la poca severidad de la crisis o al adecuado tratamiento impuesto. No obstante en nuestro estudio existieron 27 pacientes que necesitaron de servicio hospitalario por varios días con gran costo para el mismo pues en estos casos no solo cuesta la cama, sino también la alimentación, los medicamentos, los reactivos de los complementarios, el salario devengado en médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc…, constituyendo en ocasiones en dependencia de la estadía hasta de cientos o miles de pesos cubanos (se estima un aproximado de 89$ moneda nacional por día), pero al estado cuando compra por ejemplo los reactivos o medicamentos le cuesta en dólares o euros, así que habría que hacer la conversión para tener un número justo y preciso del costo.

Por tanto una enfermedad crónica descompensada o mal controlada resulta cara para el país. (28,31)

En la tabla número 16 se distribuyen los pacientes según la clasificación clínico – funcional con predominio de persistente moderada (30 pacientes) y solo 17 casos persistentes severa a pesar de mencionar que en esta etapa de la vida tiende a ser más severa, quizás esto se deba al tratamiento. Otros estudios señalan datos similares. (11)

En la tabla número 17 se expone el tratamiento intercrisis de los pacientes resultando el salbutamol y la beclometasona los medicamentos más usados

para un 97.1 y 72.8% respectivamente.

Mientras que cuando nos referimos a otros (91.4%) se vió un consumo de antihistamínicos en 51 pacientes, de aminofilina en supositorio en 50, de salbutamol en jarabe en 27, de prednisona en 25, de acetato de triamcinolona en 8, de betametasona en 5, de teofilina en tabletas 4 y de montelukast en 3.

Estudio sobre la calidad de la atención al paciente asmático en Cienfuegos y García 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 continuo, por tener menos efectos adversos, reducir la inflamación y la hiperreactividad. (31,32,33,34)

Sánchez y otros autores 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 sobredosis.(67,68, 69, 70)

Con relación a la utilización de medicamentos por vía inhalatoria se plantea 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 del medicamento a los pulmones. El conocimiento sobre el uso de los inhaladores debe ser imprescindible para el autocontrol. (35,36,37,38)

CONCLUSIONES

- Predominaron las edades comprendidas entre 65 y 69 años, el sexo femenino, el grupo de casados, jubilados y con un nivel de escolaridad de secundaria básica.
- Los factores desencadenantes de las crisis más frecuentes fueron el frío y el polvo.
- La edad de comienzo de los síntomas que prevaleció fue de 0 a 14 años , con antecedentes personales de atopia manifestada como rinitis y con una frecuencia, gravedad y número de crisis al año correspondientes en su mayoría para la clasificación de asma persistente moderada.
- Los antecedentes de atopia familiar prevalecieron manifestándose como asma bronquial.
- Existe gran repercusión socioeconómica con elevado gasto financiero tanto para el paciente como para el país evidenciado en las ausencias laborales con los descuentos salariales, el gasto en medicamentos , las visitas frecuentes a cuerpo de guardia y los ingresos hospitalarios.
- El tratamiento intercrisis es pobre pues en su mayoría lo que usan es salbutamol y beclometasona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castro, C. Salud del anciano. Enfermedades frecuentes. Otras enfermedades respiratorias en la tercera edad. 2001. http://www.saludalia.com/servets/contenido/jsp/parser.jsp?nombre=doc-otras enfermedades.

2. Pérez Pacaréu M, González Paredes A, Romero Cabrera J, Ramírez López N, Álvarez ToledoI, Macías Carrera V. Asma bronquial en el adulto mayor: una aproximación a esta temática en Cuba. 2007. http://www.medisur.sld.cu/indexp.php/medisur/article/view/924/525

3. Entendiendo juntos que es el asma. 2010 http://www.todoasma.com/asma.htm/.

4. Waltraud E, Ege MJ, Von Mutius E. The Asthma Epidemic. N Engl J Med 2010 http://content.nejm.org/cgi/content/full/355/21/2226.

5. Eder W, Ege MJ, Mutius EV. The Asthma Epidemic. N Engl J Med. 2008; 355: 2226-35

6. Giaconi Gandolfo J, Salinas Arriagada M. Epidemiología de la limitación crónica del flujo aéreo y del asma bronquial en Chile. Vol 24, (1)1995: 1-6

7. Rodríguez Abdo Anselmo, Brugueras Cue Manuel. Comportamiento del asma bronquial en Cuba e importancia de la prevención de las enfermedades alérgicas en infantes. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2009, 22 (1) : 1-7.

8. Castañeda García H, Díaz Valdés S, Silvera García E, García Fernández S, Fernández Fernández M. Problemas de Salud Pulmonar en Adultos Mayores. Hogar de Santovenia. Geroinfo. Vol 4, No 3: 1-9. 2009

9. Negro M. J. El asma en la tercera edad. Rincón de Alergia. 2010 http://www.servicios.laverdad.es/cienciaysalud/alergiatemas-3asma3edad.html

10. Perdomo V, Torres M, Astraín M. Morbilidad y Mortalidad de los ancianos en el municipio Habana Vieja. Revista Cubana de Salud Pública. 1999, 25 (2): 143-53

11. Suárez M, Rodríguez E, González A. Caracterización clínico-epidemiológica del asma bronquial en los pacientes de la tercera edad. 2010 http://www.alergia.w/as-bronquial.htm

12. La esperanza de vida en Cuba. Disponible en: http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=11050 (2009)

13. Ministerio de Salud Pública. República de Cuba. Programa Nacional de Asma. http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/proasma.html. 2005.

14. García Sacarás A, 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): 1-15 ISSN 1025-0255

15. 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: 2-8

16. Case A, Paxson C. Sex differences in morbidity and mortality. Demography, 2008 May; 42 (2): 189-214.

17. Programa de atención integral al adulto mayor. 2009 - Disponible en: http://www.sld.cu/instituciones/gericuba/paamc/ndex.htm.

18. Jiménez J. J. Prioridades en las investigaciones gerontológicas para soluciones prácticas al envejecimiento en la región. 2009. Disponible en http://www.sld.cu/sitios/gericuba/tema.php?idu=17046.

19. Estudios de datos de la población cubana. Centro de estudios de población y desarrollo.2005

20. O´Byrne P, et al. Estrategia global para el manejo y la prevención del asma. 2010. Visto en: http://members.es.tripod.de/asma/diamund.htm.

21. Beroíza Williamson T. Asma en Situaciones Especiales. Boletín Esc. de

Medicina, P. Universidad Católica de Chile 2005; 24: 37-39.

22. O´Connor G.T. Allergen Avoidance in Asthma: What do we do now? J Allergy Immunol 2008 Jul 116 (1): 25-30

23. De Vereux G, Seatno A. Diet as a risk factor for atopy and asthma. J Allergy clin Immunol 2005, Jul 115 (6): 1109-07

24. Friedman NJ, Zeiger RS. The role of breast – feeding in the development of allergies and asthma. J Allergy Clin Immunol 2009, Jun 115 (6): 1238-48

25. Busse TJ, Wang JJ, Halm EA. Allergen Sensitisation evaluation and allergen avoidance education in an innerciy adult cohort with persistent asthma. J Allergy Clin Immunol 2010 Jul 116 (1): 146-52

26. Francés Zulueta J. Asma Bronquial. 2009. http://www.cum.es/areaessalud/enfermedad/pulm/asma-bronquial.

27. Valdivia Lama J. Síndromes geriátricos. Características de presentación de las enfermedades en el adulto mayor. Revista Diagnóstico. 2003; 42(2): 26.

28. Beyeaux Jay Denis. Comportamiento clínico-alergológico y socioeconómico de pacientes asmáticos en 6 consultorios del policlínico Machaco. Tesis Doctoral.2004.

29. Zegrek. Prevalence of asthma and allergic diseases in Turkey and the relation to enviromental and socioeconomic factors. 2009; 17 (2): 50-54

30. Calas Pérez E. Estudio del comportamiento clínico-alergológico y socioeconómico de pacientes asmáticos en diez consultorios del Policlínico Andrés Ortiz. Tesis Doctoral.1995

31. Roméu Escobar M, Mesa Abreu M, Hernández Gutiérrez C, Armenteros Espinosa E. Evaluación de la atención médica al paciente asmático. 2005; Disponible en: http://www.medisur.cfg.sld.cu/pArticle.php?&articleid=151&fulltext=1

32. Shrewsbury S, Pyke S, Britton M. Meta-analysis of increased dose of inhaled steroid or addition of salmeterol in symptomatic asthma .BMJ 2008; 320: 1368-73

33. Kips JC, O'Connor BJ, Imnan MD, Svensson K, Pauwels RA, O'Byme PM. A long Term study of the antiinflamatory effect of llowdose budesonida plus formoterol versus high-dose budesonida in asthma. Am J Respir Crit Care Med 2010; 161: 996-1001

34. Greening A, Ind P. W, Northfiel M Shaw G. Added salmeterol versus higher dose corticosteroid in asthma patients with symptoms on existing inhaled corticosteroid. Allen & Hamburys Limited UK Study Group. Lancet. 2008 (5): 45-61.

35. Sánchez, Belkys V, Villanueva Bravo N, Padr¢n Velásquez L, Aroche Quintana M. Modificaciones del flujo espiratorio máximo en el tratamiento del asma bronquial con intal y ketotifeno. 2003;1(3). Disponible en: http://medisur.cfg.sld.cu/p_Article.asp?id=12&art=32&prm=rem

36. Lofdahl, Chung KF: Long-acting beta 2-adrenoreceptor agonist: a new

perspective in the treatment of asthma. J Eur Respir 2008: 202-215

37. Barnes NC, Miller CJ. Effect of leukotriene receptor antagonist therapy on the risk of asthma exacerbations in patients with mild to moderate asthma: an integrated analysis of Zafirlukast trials. Thorax 2007; 55: 478-83

38. Virchow JC, Prasse A, Naya I, Summerton L, Harris A. Zaflrlukast irnproves asthma control in patients receiving high-dose inhaled corti-costeroids. Am J Respir Crit Care Med 2007; 162: 578-85.