

Características clínicas y epidemiológicas del paciente pediátrico con crisis asmática en urgencias

Luis Carlos Hinojos-Gallardo, ✉ José Roberto Tagle-Hernández,
Claudia Garrido-Galindo, Alejandro Alexandre-García

Unidad de Neumonía Pediátrica Fernando Katz. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.
Trabajo recibido: 18-IX-2009; aceptado: 02-VI-2010

RESUMEN. Antecedentes: El asma es un trastorno definido por sus características clínicas, fisiológicas y patológicas. La característica predominante son los episodios de dificultad respiratoria. Muchos estudios se han realizado con respecto al diagnóstico, clasificación y tratamiento del proceso asmático. Desde otra perspectiva, muy pocos estudios se han focalizado en la evaluación de las características clínicas del asma aguda. El objetivo de este trabajo fue conocer los datos clínicos y epidemiológicos del paciente pediátrico con crisis asmática que acude a la unidad de urgencias.

Métodos: Se revisaron un total de 224 notas de urgencias, recopilando los datos de interés en una base de datos. Se realizó análisis de estadística descriptiva de los datos.

Resultados: Nuestros resultados muestran que la mayoría de los pacientes correspondieron al sexo femenino (60.7%), con una edad promedio de 8 años, predominando las consultas de primera vez (60.7%). Además, se encontró que los factores más relevantes fueron la falta de apego al tratamiento de sostén, el tabaquismo pasivo y la falta de uso de tratamiento de rescate.

Conclusiones: Con base en los resultados obtenidos en este estudio se recomienda a las instituciones de salud que atienden pacientes pediátricos con crisis asmática hacer énfasis en sus programas de educación para la salud dirigidos no sólo a pacientes, sino además a médicos de primer contacto, haciendo hincapié en evitar el tabaquismo pasivo y favorecer el adecuado apego al tratamiento de sostén y el uso apropiado de terapia de rescate.

Palabras clave: Crisis asmática, factores de riesgo, características clínicas, tabaquismo pasivo.

ABSTRACT. Background: Asthma is a condition defined by its clinical, physiological and pathological features. The predominant characteristic are the respiratory distress episodes. Multiple studies have been conducted regarding diagnosis, classification and treatment of the asthma process. On the other hand, few studies have focused on the evaluation of clinical characteristics of patients with acute asthma. The purpose of the present work was to describe the clinical and epidemiological features of the pediatric patient with acute asthma attending the emergency room.

Methods: A total of 224 clinical reports from the emergency room were reviewed in order to collect data of interest. These data were analyzed through descriptive statistics.

Results: Our results showed that most patients were females (60.7%), with an average age of 8 years, with predominance of first-time consultations (60.7%). In addition, the most important factors were lack of adherence to controller therapy, passive smoking and non use of relieve therapy.

Conclusions: Based on the results from the present study, it is possible to recommend reinforce that health institutions providing medical care to pediatric patients with acute asthma, to reinforce its educational programs aimed not only to patients but also to first-contact physicians, highlighting avoidance of passive smoking and promoting the adherence to controller therapy and the proper use of relieve therapy.

Key words: Acute asthma, risk factors, clinical features, passive smoking.

El asma es un trastorno definido por sus características clínicas, fisiológicas y patológicas. La característica predominante de la historia clínica son los episodios de dificultad respiratoria, particularmente en la noche, y acompañada frecuentemente por tos.¹

En los últimos años pocas entidades patológicas han manifestado un problema de salud pública equiparable al del asma. Según datos publicados recientemente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que la prevalencia del asma fluctúa entre

3 al 5% y ocasiona una mortalidad directa anual de 2 millones de pacientes.

Una de las características principales que definen el asma es que los pacientes pueden sufrir episodios en los que se produce un agravamiento de los síntomas (tos, disnea, sibilancias) y un empeoramiento del grado de obstrucción (medida por volumen espirado forzado en el primer segundo o por el flujo espiratorio máximo) e inflamación bronquial. Estos episodios se definen como agudizaciones, exacerbaciones, crisis o ataques de asma.²

El reconocimiento de los diferentes fenotipos de presentación de dichos pacientes puede llevar a mejorar la atención en los servicios de urgencias pediátricas.³

Aunque en nuestro país no existen estudios epidemiológicos controlados, las únicas encuestas realizadas en México de 1948 a 1991 que aparecen en la literatura reportan una prevalencia de 1.2 a 12.5%; sin embargo, hay reportes de otros países donde se establecen prevalencias que van del 2 hasta el 33%. Esto significa que existe una diferencia de hasta 15 veces en la prevalencia de unos países a otros. Es muy probable que esta gran variabilidad en las prevalencias se deba tanto a factores genotípicos (hereditarios) como ambientales de cada población estudiada, además de las diferencias en las variables utilizadas para el diagnóstico definitivo de asma en los diferentes estudios epidemiológicos.⁴

Probablemente la causa fundamental de padecer una exacerbación asmática sea la de un desequilibrio entre la medicación necesaria y la medicación recibida. Es evidente que el control de la enfermedad puede requerir adaptaciones de la cantidad y calidad de la medicación a lo largo del tiempo, dependiendo de factores externos (infecciones, ejercicio, etc.) o internos (obesidad, ciclo hormonal de las mujeres, etc.). Por otro lado, hay casos de asma que *per se* son más graves y que siempre serán más susceptibles de sufrir una exacerbación, en comparación con otros que son de carácter más leve. La mala técnica inhalatoria es también un factor de riesgo de exacerbación, lo que indica que en buena parte es el trinomio medicación adecuada, cumplimiento del tratamiento y actuación de desencadenantes (factores de riesgo en niveles fuera de lo habitual, como exposición ambiental continua a alérgenos) lo que da lugar a la aparición de un episodio de exacerbación.

No hay duda de que la probabilidad de que un sujeto padezca asma es heredada, lo cual incluso ha llevado a utilizar la probabilidad para establecer el diagnóstico del paciente asmático de forma lo más temprano posible, utilizando el índice predictivo de asma publicado por Castro-Rodríguez,⁵ con la intención de iniciar tratamiento lo antes posible, factor que está directamente relacionado con el mejor pronóstico funcional de la enfermedad.⁶

Amplios estudios se han realizado con respecto al diagnóstico, clasificación y al tratamiento del proceso asmático.⁷ Desde otra perspectiva, muy pocos estudios se han focalizado en la evaluación de los cambios clínicos producidos en el asma aguda y de las características propias de estos pacientes.

Se ha establecido que la conducta del paciente en la evolución de su respuesta al tratamiento varía según la causa que desencadenó el proceso asmático. Por lo tanto, el reconocimiento de estos fenotipos puede llevar a una mejora en el manejo y prevención de estos pacientes.

El propósito del presente trabajo es conocer de forma clara y objetiva las características propias de los pacientes atendidos en nuestro instituto, lo que nos permitirá identificar los aspectos que están llevando a los pacientes a presentar crisis asmáticas, permitiendo diseñar estrategias de prevención dirigidas específicamente a la población atendida.

MÉTODOS

El estudio se realizó en la Unidad de Atención e Investigación de Urgencias Respiratorias del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER). Se trató de un estudio retrospectivo y descriptivo en el que se analizaron las notas de urgencias de pacientes de entre 3 y 14 años atendidos con diagnóstico de crisis asmática, en el período comprendido entre el 1 de noviembre de 2008 y el 28 de febrero de 2009. Se incluyeron un total de 262 pacientes, de los cuales se eliminaron 38 por no contar con información suficiente en la hoja de urgencias. Se recolectó la información en una hoja de captura de datos y se analizaron los resultados con el programa SPSS en su versión 12, expresando los resultados a través de estadística descriptiva en porcentajes.

RESULTADOS

De los 224 pacientes que se incluyeron en el estudio, 136 correspondieron al sexo femenino (60.7%) y 88 al sexo masculino (39.3%). Respecto a la edad, la media fue de 8.13 años, con desviación estándar de 3.1 años (mínimo de 3 años y máximo de 14 años). La consulta de primera vez constituyó el 60.7% (136 pacientes) y la subsecuente el 39.3% (88 pacientes).

El 70.5% (158 pacientes) de los pacientes atendidos en urgencias llegaron por sí mismos al INER y sólo el 29.5% (66) fue referido por otro médico; de estos últimos, el 87.8% fue referido el mismo día y sólo el 12% había sido referido días previos. Asimismo, de los pacientes que fueron referidos por otro médico, el 89.3% correspondió a médicos de instituciones públicas y el 10.6% a médicos privados. Los síntomas iniciales más comunes correspondieron a tos seca en accesos y sibilancias, representados con 41.5 y 42.4%, respectivamente; la dificultad respiratoria fue el tercero más frecuente con 36%.

Al analizar los factores de riesgo, el de mayor frecuencia fue tener un familiar de primer grado con asma, que se presentó en el 40.2% de los pacientes (90 pacientes); y en segundo término, la exposición a humo del tabaco con 25.4% (57 pacientes) (figura 1).

El 62.9% de los pacientes no recibía previamente tratamiento antiinflamatorio de sostén para su condición

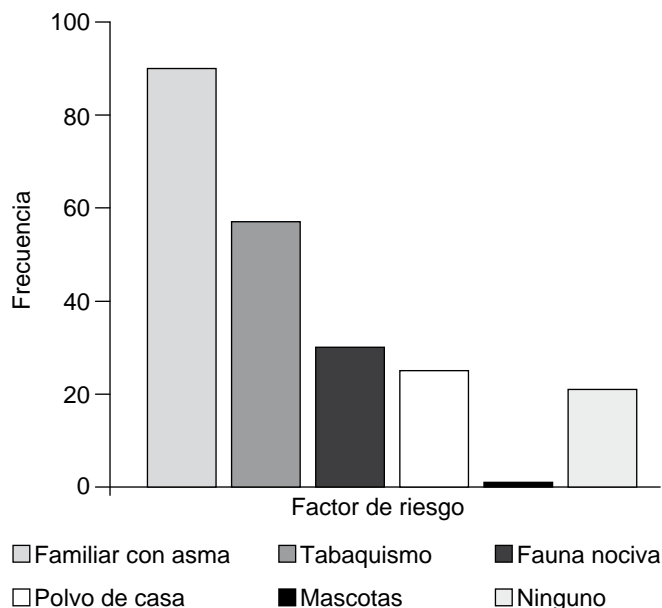


Figura 1. Distribución de frecuencias de los factores de riesgo en los pacientes estudiados.

asmática. De los que sí recibían tratamiento de sostén, el 56.2% refirieron tener adecuado apego al mismo, mientras que el 43.7% no tenía apego al mismo. De estos últimos, prácticamente el total (95%) dieron como explicación de la falta de apego el aspecto socioeconómico. También cabe mencionar que el 63.4% (142 pacientes) no había recibido medicación de rescate antes de su llegada a urgencias, es decir, sólo el 36.6% había recibido medicación de rescate.

Respecto a la severidad de la crisis de acuerdo con la clasificación de GINA 2006, se encontró que la mayoría (104 pacientes, 46.4%) correspondió a crisis asmática grave, seguida de la moderada con 42.4% (95 pacientes) y, por último, la leve con 11.2% (25 pacientes).

En lo que respecta a la evolución del paciente y el servicio al cual fueron enviados después de urgencias, el 49.6% de los pacientes (111 pacientes) evolucionó de forma favorable en el Servicio de Urgencias y fue enviado a la unidad de consulta externa del instituto para seguimiento. El 26.3% (59 pacientes) requirieron internamiento. Sólo 24.1% de los pacientes fueron referidos para ser atendidos en la consulta externa.

De los pacientes que presentaron crisis asmática severa, 62.5% correspondieron al sexo femenino, 47.1% tenían tabaquismo pasivo dentro de sus factores de riesgo y 80.7% había recibido tratamiento de rescate antes de acudir a urgencias.

El 61% de los pacientes que requirieron internamiento incluían tabaquismo pasivo dentro de sus factores de

riesgo y el 71% no llevaba tratamiento de sostén. Asimismo, el 79% de estos pacientes no habían recibido tratamiento de rescate.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo con nuestro estudio, la mayoría de los pacientes pediátricos atendidos en el área de urgencias con el diagnóstico de asma aguda o crisis asmática corresponden a pacientes del sexo femenino, con un promedio de 8 años, que llegan a urgencias sin ser referidos por otro médico, sin recibir previamente medicación de rescate y sin tener tratamiento de sostén previamente. La mayoría llega con datos clínicos de crisis asmática grave y evolucionan de forma favorable, ya que casi la mitad de estos pacientes logran darse de alta a la consulta externa para seguimiento, requiriendo internamiento sólo aproximadamente la tercera parte de ellos.

Con respecto al predominio del sexo femenino, cabe mencionar que la edad de mayor frecuencia correspondió a la etapa de la pubertad, y en este punto hubiera sido interesante identificar si estas pacientes habían iniciado ya su menarca debido a que esta condición se ha considerado como factor de riesgo independiente.⁴

El instituto es una unidad de tercer nivel de atención por lo que se espera que la mayoría de los pacientes sean referidos de otras unidades de segundo e incluso de primer nivel. Sin embargo, el estudio mostró que, contrario a esto, la mayoría de los pacientes observados correspondieron a aquellos que por primera vez eran valorados en esta unidad. Este dato podría corresponder a la efectividad de la educación médica del paciente asmático que lo lleva a tener un mejor control de la enfermedad, razón por la cual no es común que el paciente subsecuente que ya está llevando un control se presente a buscar atención médica por episodios agudos.

Un resultado relevante de este estudio, y que debiera conducir al diseño de más estudios de carácter prospectivo al respecto, es la fuerte asociación entre la exposición a humo del tabaco (tabaquismo pasivo) con ambas variables de estudio, es decir la gravedad de la crisis asmática y la necesidad de internamiento. Asimismo, se encontró dentro del estudio el mínimo o prácticamente nulo uso de la flujometría por los pacientes, secundario a la falta de educación médica a este respecto.

Los resultados obtenidos de este estudio nos conducen a hacer énfasis en el trabajo de educación para la salud realizado en las instituciones de salud que atienden pacientes pediátricos con crisis asmática. Con base en los resultados obtenidos en este estudio se propone: Enfocar los planes de educación no sólo en el paciente y familiar asmático ya captado, sino acudir a las instituciones de salud e iniciar capacitación a los

médicos de primer contacto en este tema. Enfocar el proceso educativo hacia evitar el tabaquismo pasivo, usar el flujómetro como mecanismo de autocontrol en el asma, fomentar el apego al tratamiento de sostén, y usar apropiadamente la terapéutica de rescate. En cuanto a la atención en los Servicios de Urgencias proponemos: Realizar un formato de atención en urgencias de la crisis asmática donde se incluyan variables importantes que en este estudio se observó están ausentes en dichas hojas, como los resultados gasométricos y espirométricos y antecedentes específicos del tratamiento antiasmático en aquellos pacientes que sean subsecuentes.

REFERENCIAS

1. Global Initiative for Asthma Management and Prevention. Revised 2006. NHLBI, Bethesda, MN, USA. National Institute of Health. Access date: September, 2009. Available from: <http://www.ginasthma.com>
2. Rodrigo GJ. Epidemiología del asma aguda. En: Rodrigo GJ, Plaza V, editores. Asma aguda. Barcelona, España: Ergón; 2007.p.1-50.
3. Cairns CB. Acute asthma exacerbations: phenotypes and management. Clin Chest Med; 2006;27:99-118,vi-vii.
4. Stone AH, García CR, López GAL, Barragán MMM, Sánchez CG. Asma infantil. Guías para su diagnóstico y tratamiento. Alerg Asma Inmunol Pediatr 2005;14:18-36.
5. Castro-Rodríguez JA, Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD. A clinical index to define risk of asthma in young children with recurrent wheezing. Am J Respir Crit Care Med 2000;162(4 Pt 1):1403-1406.
6. Meurer JR, Lusting JV, Jacob HJ. Genetic aspects of the etiology and treatment of asthma. Pediatr Clin North Am 2006;53:715-725.
7. Del-Rio-Navarro B, Del-Rio-Chivardi JM, Berber A, Sienna-Monge JJ, Rosas-Vargas MA, Baeza-Bacab M. Asthma prevalence in children living in North Mexico City and a comparison with other Latin American cities and world regions. Allergy Asthma Proc 2006;27:334-340.

✉ Correspondencia:

Dr. Luis Carlos Hinojos-Gallardo.
Unidad de Neumología Pediátrica Fernando Kartz.
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
Ismael Cosío Villegas. Calzada de Tlalpan 4502,
colonia Sección XVI. México, DF., 14080
Correo electrónico: lhinojos@hotmail.com

Los autores declaran no tener conflicto de intereses