Acta Pediatr Mex 2012;33(4):165-169

Artículo original

Asma. Expectativa del usuario en un hospital pediátrico de segundo nivel del Gobierno del Distrito Federal

Dr. Mario Arellano-Penagos,* Dr. Eduardo Aranda-Patrón**

RESUMEN

La prevalencia del asma varía de un país a otro. Es el padecimiento crónico más frecuente en pediatría. El interés de esta investigación fue conocer la opinión de los familiares sobre la atención médica proporcionada a sus hijos asmáticos y conocer las causas de falta de apego de los pacientes a la atención médica.

Material y métodos: Se hizo un estudio clínico transversal de niños asmáticos de ambos sexos en edades de seis meses a 15 años, en un hospital pediátrico de segundo nivel de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Resultados: Los pacientes provienen mayormente de la zona suroeste del Distrito Federal. Sus familiares tienen un nivel elemental de escolaridad. Los primeros médicos que ven a estos pacientes no diagnostican el asma o no lo informan en forma comprensiva al familiar, por lo tanto, la medicación frecuentemente es inadecuada; no hay buena comunicación y educación médica al respecto. Los pacientes se convierten en itinerantes porque no obtienen mejoría en los síntomas de su enfermedad, por el costo elevado de los medicamentos y por la saturación de la consulta en los servicios especializados. Únicamente acuden a los hospitales cuando sufren una crisis de asma en los meses de mayor incidencia de esta enfermedad.

Conclusión: Debe implementarse mejor capacitación a los médicos en la atención de este padecimiento siguiendo los lineamientos de los expertos en las diferentes guías y referir a los pacientes de difícil control a los especialistas en alergia o neumología pediátrica en forma oportuna.

Palabras clave: Asma, familiar, crisis asmática, pacientes itinerantes, alergia, neumología pediátrica.

ABSTRACT

The prevalence of asthma varies in every country. Clearly, this is the most common chronic disease in pediatrics. The purpose of this research is to know the opinion of the parents in relation to medical attention given to patients with asthma and to know the lack of attachments or commitment of the patients to the medical attention.

Material and methods: We conducted a cross-clinical study of children of both sexes, between the ages of six months trough fifteen years with diagnosis of asthma at a Second Level Attention Pediatric Hospital from the Health Department of Mexico City.

Results: Most patients are from the Southwest region of Mexico City. Their parents had an elementary level of studies. The first contact physician who attended these patients did not achieved the proper diagnosis of asthma or did not communicate properly with easy understanding to the parents; therefore, parents concluded that the medication was ineffective, due to an inappropriate communication with the patient. Patients showed a nomad tendency because they did not notice any improvement of the symptoms of the disease, the elevated price of the medication and the extremely saturated public health services specialized in this area.

Conclusions: There must be a better training for physicians to provide accurate diagnosis of this disease, accordingly to the various guidelines and to make the appropriate reference to de Allergy specialist or Pediatric Pneumologist in those patients with difficult control.

Key words: Asthma, family nomad, asthma crisis.

* Adscrito al Departamento de Enseñanza e Investigación
** Jefe de Proyección a la Comunidad
Hospital Pediátrico Coyoacán

Correspondencia: Dr. Mario Arellano-Penagos. Hospital Pediátrico Coyoacán. Secretaría de Salud. Gobierno del Distrito Federal. Moctezuma No. 18. Col. Del Carmen. Coyoacán, D.F. 04100. Tel: 55 54 89 78 Cel: 55 54 05 83 72, correo electrónico: mario2005arellano@yahoo.com.mx Dr. Eduardo Aranda-Patrón. Cel: 55 54 00 67 69 correo electrónico: eduardo_aranda@hotmail.com

Recibido: febrero, 2012. Aceptado: mayo, 2012.

Este artículo debe citarse como: Arellano-Penagos M, Aranda-Patrón E. Asma. Expectativa del usuario en un hospital pediátrico de segundo nivel del Gobierno del Distrito Federal. Acta Pediatr Mex 2012;33(4):165-169.

www.nietoeditores.com.mx

La prevalencia de las enfermedades alérgicas está aumentando en todo el mundo. Se estima que el 20 % de la población mundial sufre alguna enfermedad mediada por IgE como el asma bronquial, la rinitis alérgica, la dermatitis atópica etc. [1-4]

Es difícil realizar los estudios epidemiológicos de las enfermedades alérgicas, debido a los métodos empleados para el diagnóstico. Los estudios a través de cuestionarios muestran frecuencias más elevadas, que los que incluyen pruebas de laboratorio y gabinete como determinación de IgE y espirometría que son más específicos para establecer el diagnóstico. [5-6]

La prevalencia del asma varía de un país a otro y dentro de las mismas regiones de una nación, por lo que es difícil dar cifras de personas afectadas. Por otra parte, la carencia de una definición precisa y universalmente aceptada de asma, hace que una comparación confiable de las comunicaciones de prevalencia sea incierta. [7]

Se estima que existen 200 millones de personas afectadas de asma en todo el mundo. Un factor importante en la comprensión social de este padecimiento es la percepción de los pacientes y de sus familiares sobre los síntomas de la enfermedad y la atención médica. Con frecuencia el médico y el enfermo ignoran el diagnóstico de asma y se dan tratamientos con fármacos sintomáticos durante meses y aún años. [8,9]

El interés del presente estudio fue conocer la opinión de los familiares sobre la atención que se da a pacientes pediátricos con asma y conocer las razones por las que no existe apego a los servicios médicos que atienden este padecimiento en una zona del suroeste del Distrito Federal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se hizo un estudio transversal de pacientes de enero de 2010 a junio de 2011; incluyó 120 pacientes cuyas edades variaron de seis meses a 15 años, de uno u otro sexo, atendidos en la consulta externa del Hospital Pediátrico de Coyoacán de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. Los pacientes provenían mayormente del suroeste del Distrito Federal y la mayoría había pasado por el Servicio de Urgencias de nuestro hospital, al cual acudían cíclicamente por crisis de asma; posteriormente eran remitidos a la consulta externa del propio hospital. A todos en su primera consulta se realizó un expediente médico, que incluyó interrogatorio, exploración física, cuestionario con diversas preguntas específicas de esta investigación; estudios de laboratorio, radiografía de tórax y del macizo facial, flujometría, visita domiciliaria y en algunos, determinación sérica de IgE y espirometría.

En los 120 casos se aplicó un análisis estadístico descriptivo que consistió en la recolección, presentación, descripción de datos numéricos y porcentaje simple de la muestra que arrojó nuestro estudio.

Los padres de todos los pacientes autorizaron su participación con una carta de consentimiento informado.

RESULTADOS

El Cuadro 1 muestra que la mayoría de los pacientes provienen de la zona urbana suroeste del Distrito Federal, lo cual se debe a que nuestro hospital tiene los recursos médicos y farmacológicos para la atención de pacientes asmáticos.

El Cuadro 2 muestra la escolaridad de las madres de los pacientes con asma, la mayoría de ellas sólo tenían educación elemental lo cual explica la dificultad para que comprendieran el fenómeno del asma.

En el Cuadro 3 se señala la edad de los pacientes al inicio del asma; en la mayoría ocurrió entre los seis y los 15 años, aunque en algunos fue antes de los cinco años, manifestada sólo por sibilancias, algunos con diversos grados de insuficiencia respiratoria. En estos casos quedó pendiente establecer el diagnóstico definitivo de asma.

Cuadro 1. Procedencia geográfica de pacientes con asma

Delegación	*Casos*	*Porcentaje*
Magdalena Contreras	84	70%
Tlalpan	17	14.16%
Coyoacán	15	12.50%
Otros*	4	3.33%
Total	120	100%

* Estado de México.

Cuadro 2. Escolaridad del familiar responsable del paciente con asma*

Escolaridad	*Casos*	*Porcentaje*
Primaria	86	71.66%
Secundaria	22	18.33%
Preparatoria	9	7.50%
Profesional	3	2.50%
Total	120	100%

* Madre de los pacientes.

Cuadro 3. Edad de inicio de los síntomas de asma

Edad	*Casos*	*Porcentaje*
0 a 11 meses	2	1.66%
1 a 5 años	9	7.50%
6 a 10 años	79	65.83%
11 a 15 años	30	25%
Población total	120	100%

El Cuadro 4 indica los diagnósticos emitidos por los médicos, los cuales a menudo eran cambiantes y sólo en pocos casos se hizo el diagnóstico de asma con algún grado de certeza.

El Cuadro 5 muestra los medicamentos utilizados: antitusígenos, mucolíticos, antibióticos, esteroides inhalados y beta agonistas entre otros. Algunos de estos medicamentos no son aconsejados por las guías de tratamiento del asma. Otros como los esteroides inhalados y los beta-adrenérgicos fueron usados de múltiples maneras pero apartados de las recomendaciones de las guías pertinentes. [10]

En el Cuadro 6 se observan las diferentes comorbilidades que se identificaron que concuerdan con lo que informan las estadísticas internacionales.

Cuadro 4. Diagnósticos que emitió el médico al familiar

Diagnóstico	*Número*
Hiperreactividad bronquial	103
Gripes de repetición	90
No dio diagnóstico	88
Bronquitis crónica	76
Alergias	73
Asma bronquial	22

Cuadro 5. Recetas emitidas en la población encuestada*

Medicamentos	*Número*
Beta-agonistas	119
Esteroides inhalados	117
Antibióticos	114
Mucolíticos	109
Antitusígenos	98
Medicina naturista	19
Esteroides orales	13
Medicamentos homeopáticos	4
Inmunoterapia	2

* Valoración directa de recetas.

Cuadro 6. Comorbilidades asociadas en la población encuestada

Patología	*Casos*
Únicamente asma bronquial	90
Asma bronquial y rinitis alérgica	46
Asma bronquial, rinitis y dermatitis atópica	23
Asma bronquial y rinosinusitis	19
Asma bronquial y dermatitis atópica	17
Asma bronquial y alergia a medicamentos	6
Asma bronquial y alergia a alimentos	5
Total	187

El Cuadro 7 muestra que los pacientes habían consultado cinco o más médicos ya sea en forma particular o en centros de salud o nosocomios del sector salud de nuestra ciudad.

El Cuadro 8 indica las razones de la falta de apego al tratamiento por parte de los enfermos, de los médicos o de las instituciones, lo que marca lo itinerante y significativo de la vida de estos pacientes.

El Cuadro 9 muestra la opinión de los familiares sobre la atención médica que recibieron sus hijos. Se concluye que hubo poca satisfacción de los usuarios por la atención médica que se les dio.

ANÁLISIS

Nuestros pacientes siguen ciclos itinerantes de atención médica; pasan meses consultando médicos de primer nivel de atención, en consultorios médicos particulares o en centros de salud de primer nivel; acuden a farmacias que ocupan los servicios de un médico y acuden a hospitales con gratuidad total, como el nuestro, a través del sistema de

Cuadro 7. Número de médicos consultados por pacientes asmáticos*

Médicos	*Casos*	*Porcentaje*
5 o más	86	71.66%
4	22	18.33%
3	9	7.50%
2	2	1.66%
1	1	0.83%
Total	120	100%

* Recabado por documentos: recetas, hojas de referencia, etc.

Cuadro 8. Razones del cambio de hospital o de médico en la población encuestada*

Causas	*Casos*
Me transfieren	114
Muy caros los medicamentos	100
Tardan mucho las citas	100
No manejan expediente	98
Muy cara la consulta	92
El paciente sigue igual	70
Tienen mucha consulta	70
No tienen especialista	60
No dan atención urgente	29

* Expresado a través de opinión del familiar.

Cuadro 9. Grado de satisfacción de los pacientes con asma*

Grado de satisfacción	*Casos*	*Porcentaje*
Nada satisfecha	33	27.5%
Poco satisfecha	32	26.6%
Regularmente satisfecha	39	32.5%
Satisfecha	9	7.5%
Muy satisfecha	7	5.8%
Total	120	100%

* Expresado a través del familiar directo.

Seguro Popular; van a Institutos Nacionales que atienden enfermedades respiratorias. La causa de esta falta de apego al servicio médico ocurre por tres razones principales: La falta de percepción de resultados médicos satisfactorios, los costos económicos elevados que origina la enfermedad; lo espaciado de la consulta que se da a los enfermos debido a la saturación de los servicios.

Por el tipo de padecimiento que es el asma, lo ideal sería el seguimiento del paciente desde su diagnóstico y su control hasta la edad en que su atención quede a cargo de médicos que atienden pacientes adultos. [9]

Existe información incompleta en el diagnóstico de los pacientes. Con frecuencia, lo apresurado de la consulta, impide al médico tratante resolver todas las preguntas y las dudas del asmático o de su familiar y esto es una causa de insatisfacción del familiar.

Es necesario capacitar a los médicos de primer contacto, acerca del diagnóstico clínico correcto y del tratamiento adecuado de estos pacientes. Sólo los enfermos cuyo tratamiento sea complejo, serán encauzados al segundo o tercer nivel de atención [11,12], lo cual beneficia a los pacientes pediátricos y propicia la utilización racional de los servicios médicos.

Se puede identificar fácilmente la población que acude al hospital formada por familias sin vínculo legal (matrimonio civil). La mayoría son personas desempleadas, con escolaridad elemental: primaria y a veces secundaria en la mayoría de los casos. Para esta población el Seguro Popular y la gratuidad suelen ser apoyos significativos tomando en cuenta el costo de los medicamentos para controlar el asma.

La tendencia de un número elevado de pacientes en nuestro medio es acudir a los hospitales únicamente cuando ocurre una crisis de broncoespasmo, la cual se resuelve en un servicio de urgencias, en forma recurrente. No obstante que haya una consulta externa para enfermos de asma, hemos visto que los pacientes no asisten a las citas, lo cual justifican por no haber tenido síntomas o por motivos ajenos al problema médico.

Llama la atención la falta de veracidad de los pacientes, que ocultan información, que se muestran temerosos durante la consulta y dan datos falsos respecto a intervenciones médicas previas. En especial los adolescentes, quienes frecuentemente, a pesar de que tienen signos positivos de espasmo bronquial, manifiestan estar asintomáticos. Por ello es necesario que el médico de primer contacto adquiera experiencia sobre la enfermedad y ofrezca las mejores opciones terapéuticas. [11,8]

Es importante impartir educación sobre este padecimiento, con pláticas a grupos de padres de pacientes asmáticos o de adolescentes, para que conozcan los diferentes aspectos del padecimiento. Algunos hospitales cuentan con clínicas de asma bien constituidas que dan educación asmática eficiente, lo cual nos incentiva a hacer lo mismo en lo sucesivo. [9]

Se ha insistido en lo importante de una buena relación médico-paciente, para alcanzar un buen autocontrol del padecimiento. Se han establecido los parámetros de educación y conocimientos del paciente y del familiar acerca del padecimiento. Nuestro estudio nos deja la impresión de que esto no ha sido atendido en la población de pacientes asmáticos que hemos analizado, lo que explica en numerosos casos las fallas en el control del padecimiento, las múltiples consultas, los diversos tratamientos y la falta de apego de los pacientes a las indicaciones médicas. [13]

El número de pacientes asmáticos es enorme. El asma es la enfermedad crónica más frecuente en pediatría. Por otra parte, la población de alergólogos e inmunólogos es reducida; de ahí que los pacientes cuyo control no ofrece mucha dificultad podrían ser vigilados por médicos de primer contacto bien enterados del fenómeno del asma para una mejor cobertura médica de este padecimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pearce N, Ait-Khaled N, Beasley R, Malloy J, Keil U, Mitchell E, the ISAAC Phase Three Study Group. World- wide trends in the prevalence of asthma symptoms: phase III of the international Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). Thorax 2007;62:758-66.
2. Sears MR. Epidemiology of asthma exacerbations. J Allergy Clin Immunol 2008;122: 662-8.

3. Fernández-Vega M, Vargas MH, Pineda-Regalado J, Chapela Mendoza R, Salas Hernández J. Característica de pacientes asmáticos mexicanos atendidos en consulta externa. Rev Invest Clin 2005;57(4):513-21.
4. Vargas M, Díaz G, Furuya M, Salas J, Lugo A. Trends of asthma in México: an 11-year analysis in a nationwide institution. Chest 2004;125:1993-7.
5. Bacharier LB, Bomer A, Carlsen KH, Eigenmann PA, Frischer T, Gotz M et al. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report. Allergy 2008;63(1):5-34.
6. López-Pérez G, Morfin-Maciel B, Huerta López J, Mejía Covarrubias F, López López J, Aguilar G y cols. Prevalencia de las enfermedades alérgicas en la Ciudad de México. Rev Alerg Mex 2009;56(3):72-9.
7. Vargas Becerra MH. Epidemiologia del asma. Neumol Cir Tórax 2009;68(S2):591-7.
8. Global Initiative for Asthma, 2008, Disponible en: www.ginsthma. Org.
9. Grupo de Trabajo "Consenso Mexicano de Asma" Consenso Mexicano de Asma. Neumol Cir Torax 2005;64:(supl 1):S7-S44.
10. Bateman ED, Boulet LP, Cruz A, Fitzgerald M, Haatela T, Levy M y cols. Guía de bolsillo para el manejo y prevención del asma 2010. Global Initiative for Asthma. Disponible en: www.ginasthma.com
11. GEMA 2009. Guía española para el manejo del asma 2009. Disponible en: www.gemasma.com.
12. Hernández-Venegas MT, Morfin Maciel BM, López Pérez G, Huerta-López J. Características clínicas de niños asmáticos mexicanos en un hospital pediátrico de tercer nivel de atención. Acta Pediatr Mex 2011;32(4): 202-8.
13. Warsi A, Wang PS, La Valley MP, Avorn J, Solomon DH. Self management education program in chronic disease. A systematic review and methodological critique of the literature. Arch Inter Med 2004;164:1641-9.