

## **Algunas reflexiones sobre asma bronquial**

**REY DE CASTRO Jorge\*.**

\* Profesor de Medicina Sede docente del Hospital Nacional Arzobispo Loayza de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

El asma bronquial es probablemente la enfermedad respiratoria crónica más frecuente de nuestro medio. Para el caso de Lima se estima que entre 5 – 7% de los niños presentarían esta condición. La información es extraída de observaciones personales e centros educativos de primaria y secundaria que aglutinan poblaciones escolares grandes. Desafortunadamente no disponemos de estudios epidemiológicos en población general.

Un indicador indirecto de la importancia del asma son las evaluaciones ambulatorias en los consultorios de medicina en los consultorios de medicina. Una encuesta nacional realizada en 1990, con una muestra de 450 médicos de todas las especialidades (sólo 1.3% fueron especialistas en enfermedades respiratorias), quienes informaron semestralmente las consultas atendidas durante siete días consecutivos, se observó que las enfermedades del aparato respiratorio constituyeron la primera causa motivo de consulta (5,862 consultas de un total de 31,428) (1); siendo los diagnósticos más frecuentes: bronquitis aguda, bronquitis no especificada y asma con el 6.3% del total.

De otro lado en los consultorios de neumología del Policlínico Peruano Japonés y Clínica San Borja, el asma fué el primer diagnóstico motivo de consulta con el 60% de las evaluaciones (2,3).

La crisis asmática constituye la expresión más alarmante y peligrosa de la enfermedad y bajo esta condición el paciente puede poner en riesgo su vida. Mediante registro realizado en el Servicio de Emergencias Pediátricas del Hospital Cayetano Heredia entre agosto 1989 y julio 1991 se observó que las enfermedades del aparato respiratorio representaron el 41% del total de consultas, siendo crisis de asma la tercera parte de las mismas (5). En el Servicio de Emergencia de adultos del Hospital Guillermo Almenara del IPSS fueron evaluados entre los meses de agosto y octubre de 1990 un promedio de 47[32-63] crisis de asma en 24 horas; mientras que en los meses de enero y febrero la cifra bajó a 8 [6-14] caso por 24 horas (4).

En tal sentido reviste particular importancia el estudio de esta condición y la demanda ilimitada de productos farmacéuticos que a su vez genera.

La información que sigue ha sido proporcionada, a nuestra petición, por el Índice Nacional de Terapéutica y Enfermedades (INTE). Esta institución privada distribuye, entre 450 médicos representativos de todas las especialidades, un talonario semestral. La metodología de selección es desconocida. En este talonario se registra durante siete días consecutivos de actividad profesional a todos los pacientes atendidos. De acuerdo al INTE, los talonarios se distribuyen de tal manera que los 365 días del año quedan cubiertos. Los resultados muestrales son luego proyectados a nivel nacional por

médicos por métodos estadísticos cuya naturaleza también desconozco pues constituyen secreto comercial de la institución referida.

De acuerdo a esta fuente durante el año 1992 se hicieron 1'165,075 consultas por asma en pacientes mayores de 13 años (6). Esta cifra consigna sólo las evaluaciones hechas por los médicos internistas y médicos generales.

La gráfica N°1 presenta los cinco primeros productos comerciales recetados y el número de prescripciones de cada producto en ese año. Destaca el empleo inadecuado de antibióticos (8%), principalmente ampicilina, en una condición no infecciosa. También se aprecian mucolíticos (10%) que no juegan papel alguno en el control del asma bronquial.

El médico se inclina por la betametasona (9%) un esteroide parenteral de depósito como sustancia antiinflamatoria. El producto tiene un marcado efecto cushingoide con el tiempo de vida media prolongada cuya aplicación intramuscular mantiene niveles sanguíneos de la sustancia hasta por 20-25 días. El alivio de la sintomatología percibida por el paciente luego de aplicarse una inofensiva ampolla convierte a esta presentación en una atractiva candidata para la automedicación.

El broncodilatador más indicado fue el salbutamol (60%) cuyo papel en el control de la sintomatología del asmático es aceptado universalmente. Sin embargo, como puede observarse en la barra vertical de la misma gráfica, es marcada la preferencia por presentaciones que producen mayores efectos secundarios y pobre eficacia broncodilatadora como son el jarabe (67%) y la tableta (29%); y el reducido empleo de inhaladores dosificados (4%). No es posible definir si esta tendencia refleja el prejuicio del médico por el inhalador o problemas derivados de su costo entre otras causas. Debo señalar que este patrón de recetaje se observó también en 38,068 consultas pediátricas con diagnósticos de asma bronquial y asma no especificada para ese mismo año (6).

La gráfica N°2 muestra la distribución porcentual de inhaladores dosificados recetados en el año 92. El producto más recetado fue un preparado comercial que asocia salbutamol y beclometasona.

Esta combinación a dosis fija no está recomendada por las principales publicaciones de consenso (7,8,9) y las razones que explican esta preferencia podrían ser consecuencia de una fuerte campaña publicitaria.

Los beta dos agonistas cumplen un papel importante durante la fase aguda o sintomática del asmático y deben ser suspendidos cuando el paciente se encuentra estable. La beclometasona en cambio está indicada en pacientes con enfermedad moderada o severa y la dosis puede fluctuar entre 200-2000 microgramos según el caso. Un producto comercial a dosis fijas no permite seguir estas pautas de consenso actual.

Las cifras que presentamos reflejan tendencias en el recetaje médico, y en nuestra opinión justifican una comunicación. El exigente lector de esta revista puede, con justa razón, plantear una larga lista de observaciones de origen metodológico a la información indirecta aquí presentada, la cual requiere confirmación por medio de estudios cuidadosamente diseñados. Nuestra intención es destacar dos grandes problemas relacionados al asma en el Perú que necesitan investigarse a corto plazo;

definir los números en poblaciones general v.g. la prevalencia junto con los factores de riesgo y conocer la epidemiología del medicamento en asma bronquial. Sólo con esta valiosa información estaremos en condiciones de planificar intervenciones de naturaleza educativas dirigida a médicos y pacientes.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Índice Nacional de Terapéutica y Enfermedades (INTE). Informe Especial N°14 1990: 7.
2. Rey de Castro J, Portocarrero B, y Matsumo A. Evaluación estadística global de un consultorio de Neumología. En: Libro de Resúmenes del III Congreso Internacional de Medicina Integral-IPSS. Graphos 100 Editores. Lima 1991; 17-18.
3. Rey de Castro J, Piñeiro A. Archivos de Historias Clínicas de la Clínica San Borja. Año 1989-90.
4. Cuaderno de atención de pacientes del tópico de Medicina de Emergencia. Departamento de Enfermería del Hospital Guillermo Almenara del IPSS. Año 1990.
5. Registro diario, Servicio de Emergencias Pediátricas del Hospital Cayetano Heredia. 1989-91.
6. Información proporcionada por INTE-PERU. Año 1992.
7. Guidelines for the diagnosis and manegement of Asthma. Expert Panel Report. National Institutes of Health. Publication N°| 91 1991; 1304.
8. International Consensus Report on Diagnosis and treatment of Asthma. National Heart and Blood Institute. Europ Resp J 1992; 5: 601-641.
9. Guidelines on the Management of Asthma British Thoracic Society, Paediatric Association, Royal College of General Practitioners. Thorax 1993; 48: S1-S24.