

Caracterización Clínico-Epidemiológica del Asma en la Tercera Edad en el Policlínico "Piti Fajardo", Las Tunas, Cuba

Clinical-Epidemiological Characterization of Asthma in the Elderly at "Piti Fajardo" Polyclinic, Las Tunas, Cuba

Mauricio J. Suárez Rodríguez

Policlínico "Piti Fajardo", Las Tunas, Cuba.

La correspondencia sobre este artículo debe ser dirigida a Dr. Mauricio J. Suárez Rodríguez.

Email: [mauricio.suarez@nauta.cu](mailto:mauricio.suarez@nauta.cu)

Fecha de recepción: 30 de noviembre de 2018.

Fecha de aceptación: 8 de enero de 2019.

¿Cómo citar este artículo? (Normas APA): Suárez Rodríguez, M.J. (2019). Caracterización Clínico- Epidemiológica del Asma en la Tercera Edad en el Policlínico "Piti Fajardo", Las Tunas, Cuba. *Revista Científica Hallazgos21*, 4(1), 41-54. Recuperado de <http://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/>

Revista Científica Hallazgos21. ISSN 2528-7915. Indexada en REDIB y LATINDEX. Periodicidad: cuatrimestral (marzo, julio, noviembre).

Director: José Suárez Lezcano. Teléfono: (593)(6) 2721459, extensión: 163.

Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Esmeraldas. Calle Espejo, Subida a Santa Cruz, Esmeraldas. CP 08 01 00 65. Email: [revista.hallazgos21@pucese.edu.ec](mailto:revista.hallazgos21@pucese.edu.ec). <http://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/>

## Resumen

Se realizó un estudio cuantitativo de corte transversal descriptivo de 69 pacientes de una población de 141 pacientes asmáticos mayores de 60 años del área de salud perteneciente al policlínico "Piti Fajardo", del municipio Las Tunas, Cuba, durante el período comprendido entre enero de 2017 y diciembre de 2017, con el objetivo de hacer una caracterización clínica y epidemiológica del asma en la tercera edad. La muestra probabilística se obtuvo a través de la fórmula para muestras aleatorias simples. Se realizó la entrevista médica y se estudió la historia clínica personal. Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes antes de incorporarlos al estudio. Entre los resultados más significativos se encontró el debut de comienzo temprano; la mayor afectación de casos en el sexo femenino; tasas de prevalencia mayores de 5% y una tasa de incidencia de sólo 0,31, inferior a la media nacional; que prevalece el asma leve; que las enfermedades concomitantes que más inciden son la hipertensión arterial, la artrosis, las cardiopatías y el reflujo gastroesofágico; la evolución general de nuestra muestra fue satisfactoria como resultado del tratamiento; concluyéndose que el asma se caracteriza por su comienzo temprano, con una mayor afectación del sexo femenino. Tanto la prevalencia como la incidencia se encuentran en el rango de la media cubana; hay enfermedades crónicas que son coexistentes con el asma de la tercera edad.

**Palabras clave:** asma; tercera edad; prevalencia; incidencia; enfermedades concomitantes.

## Abstract

A quantitative descriptive cross-sectional study of 69 patients from a population of 141 asthmatic patients over 60 years of age from the health area belonging to the "Piti

Fajardo" polyclinic, Las Tunas municipality, Cuba, was carried out during the period from January 2017 to December 2017, with the aim of making a clinical and epidemiological characterization of asthma in the elderly. The probabilistic sample was obtained through the formula for simple random samples. A medical interview was conducted, and the personal medical history was studied. The informed consent of the patients was obtained before incorporating them into the study. Among the most significant results was the onset of early start; the female sex was more affected; prevalence rates greater than 5 and an incidence rate of 0,31, lower than the national mean; mild asthma prevails; the most frequent concomitant diseases are hypertension, osteoarthritis, heart disease and gastroesophageal reflux; the general progress of our sample was satisfactory as a result of the treatment. It is concluded that asthma is characterized by its early onset, with a greater involvement of the female sex. Both prevalence and incidence are within the standard range of the Cuban average; There are chronic diseases that are coexisting with asthma in the elderly.

**Keywords:** asthma; elderly; prevalence; incidence; concomitant diseases.

## Caracterización Clínico- Epidemiológica del Asma en la Tercera Edad en el Policlínico "Piti Fajardo", Las Tunas, Cuba

La Organización Mundial de Alergia (WAO, por sus siglas en inglés) define el asma como una enfermedad producida por la inflamación crónica de las vías aéreas, asociadas con cambios estructurales variables, que afecta a niños y adultos de todas las edades. Está asociado con hiperreactividad bronquial y obstrucción del flujo de aire que a menudo es reversible de

## CARACTERIZACIÓN DEL ASMA EN LA TERCERA EDAD

manera espontánea o con tratamiento (WAO, 2013).

Los síntomas pueden manifestarse varias veces al día o varias veces en la semana, y en algunos casos empeoran durante la actividad física o durante la noche. En los ataques de asma el revestimiento de los bronquios se hincha, con lo que disminuye su diámetro interno y se reduce el flujo de aire que entra y sale de los pulmones. Los síntomas asmáticos recurrentes son causa frecuente de insomnio, cansancio diurno, disminución de la actividad y absentismo escolar y laboral.

Las enfermedades alérgicas, y en particular el asma bronquial, constituyen un problema de salud creciente a nivel mundial. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicadas en diciembre de 2016, en 2015 hubo 383 000 muertes por asma. Se calcula que hay 300 millones de personas con asma, que es la enfermedad no transmisible más frecuente en los niños; sin embargo, la mayoría de las muertes corresponden a adultos de edad avanzada (OMS, 2017).

Debido al subdiagnóstico y al tratamiento inadecuado, el asma es un grave problema de salud pública en todo el mundo, especialmente en países de ingresos bajos y medios. Es por eso que la WAO recomienda a todos sus países miembros realizar estudios epidemiológicos para establecer la verdadera carga de las enfermedades alérgicas, asma, y enfermedades de inmunodeficiencia primaria y secundaria. Este es el primer paso esencial para garantizar la prestación de servicios médicos adecuados y profesionales de salud para satisfacer tanto las necesidades actuales como las futuras (WAO, 2013). Es a partir de esa recomendación que se realizó el estudio que aquí se presenta.

## Método

Se realizó un estudio cuantitativo, de corte transversal descriptivo, a partir de una población de 141 pacientes asmáticos mayores de 60 años, atendidos en la consulta de Alergología del área de salud perteneciente al policlínico "Piti Fajardo", del municipio Las Tunas, Cuba. Para la selección de la muestra se aplicó la siguiente fórmula para obtener una muestra probabilística aleatoria simple:

$$n = \frac{N \sigma^2 Z^2}{(N-1) \epsilon^2 + \sigma^2 Z^2}$$

dando como resultado 69 pacientes, que cumplieron los criterios de inclusión:

- 1.- Pacientes asmáticos conocidos de 60 años o más.
- 2- Pacientes de ambos sexos.
- 3- Pacientes con asma clasificada como persistente (ligera, moderada o severa).
- 4- Pacientes que asistieron a consulta entre los meses de enero de 2017 y diciembre de 2017, período determinado para la investigación.

Se excluyeron del estudio aquellos pacientes encamados que no podían asistir a consulta, los pacientes con demencia (senil o no), los pacientes con enfermedades en estadio terminal, los que no pudieron contribuir a la obtención de información fidedigna, sesgando la investigación, los pacientes con asma clasificada como intermitente y aquellos que no desearon participar en el estudio.

Como métodos se utilizaron la revisión de los documentos establecidos por el Ministerio de Salud Pública sobre el asma bronquial, para evaluar la caracterización clínico-epidemiológica a realizar, la observación, para constatar en la práctica médica la evolución de los pacientes con el tratamiento farmacológico, la entrevista médica, como instrumento básico para obtener la información requerida,

#### CARACTERIZACIÓN DEL ASMA EN LA TERCERA EDAD

especialmente con respecto al debut de la enfermedad y las enfermedades concomitantes, el lógico histórico, para realizar el análisis de las tendencias de la prevalencia y la incidencia del asma bronquial en el área del policlínico "Piti Fajardo", así como el análisis de la historia familiar de los pacientes en la muestra de nuestro estudio, el analítico-sintético, que permitió desarrollar un estudio detallado de los componentes y aspectos propios de los procesos involucrados en el asma bronquial como enfermedad crónica, y establecer la caracterización clínico-epidemiológica de la enfermedad en los pacientes del área de salud objeto de estudio, y el sistémico-estructural, para establecer la correspondencia e interrelaciones entre los elementos que conformaron el objeto de la presente investigación (el asma bronquial en el anciano) y los datos que tienen su nivel de salida en la caracterización clínico epidemiológica de los asmáticos mayores de 60 años del área de salud del policlínico.

Las principales variables estudiadas fueron:

- Atopia: definida como la presencia de anticuerpos IgE específicos contra aeroalérgenos comunes y demostrables por pruebas de sensibilidad cutánea
- Medidas de control ambiental: aquellas medidas encaminadas a evitar el asma bronquial mediante la evitación de exposiciones a desencadenantes tales como no fumar, no talco, no perfume, forrar colchones y almohadas con nylon, no uso de irritantes, no contacto con animales, no empleo de cortinas, etc.
- Clasificación clínica y funcional del asma bronquial: establecida según el Programa Iniciativa Global (GINA, 2016), y la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA, 2018) y que se basa fundamentalmente en los aspectos clínicos (síntomas diurnos y nocturnos) y los resultados de la medición

de la obstrucción bronquial fuera de la crisis del paciente asmático:

- Intermitente: se clasificó así a aquellos pacientes que presentaron síntomas breves, menos de 2 veces por semana y síntomas nocturnos menos de 2 veces en un mes, manteniéndose asintomático entre los períodos de exacerbación, en su volumen espiratorio forzado en un segundo (VEFs) es mayor o igual al 80% del valor teórico, su variabilidad menor al 20% y ésta se hace normal después del tratamiento con broncodilatadores.
- Persistente leve: se clasificó así a aquellos pacientes que presentaron síntomas más de 2 veces por semana, pero no diarios, con síntomas nocturnos de más de 2 veces al mes. En las exacerbaciones se puede alterar la actividad física y el sueño; su VEFs es mayor al 80% del teórico; varía solo del 20 al 30% y se mantiene normal después del uso de broncodilatadores.
- Persistente moderada: se clasificó así a todos los pacientes que presentaron síntomas diurnos diarios, con síntomas nocturnos más de una vez por semana; se alteró la actividad física y el sueño. El VEFs es de 60 a 80% del valor teórico; su variabilidad es mayor a un 30% y se mantiene normal después del tratamiento con el broncodilatador.
- Persistente severa: se clasificó así a todos los pacientes que presentaron síntomas continuos, síntomas nocturnos casi a diario, exacerbaciones frecuentes con importantes limitaciones de la actividad física y el sueño. El VEFs es menor que el 60% del valor teórico; varía en más de un 30% y se mantiene por debajo del valor normal a pesar del uso del broncodilatador.
- Asma de comienzo temprano: comienzo de los síntomas de la enfermedad antes de los 18 años de edad.
- Asma de comienzo tardío: comienzo de los síntomas de la enfermedad a la edad de  $\geq 18$  años.

CARACTERIZACIÓN DEL ASMA EN LA TERCERA EDAD

- Enfermedad concomitante: enfermedad coexistente con otra.

### Resultados y Discusión

En la Tabla 1 se muestra la clasificación del asma bronquial según edad de debut, observándose en el presente estudio que, de un total de 69 pacientes, 53 (76,82%) habían debutado tempranamente con la enfermedad, mientras 16 (23,18%) habían tenido un inicio tardío.

**Tabla 1**

Clasificación del asma según edad de debut de los pacientes estudiados en el área de salud "Piti Fajardo"

Comienzo	No. de casos	%
Asma de inicio tardío	16	23,18
Asma de inicio temprano	53	76,8
Total	69	100

Fuente: Historia clínica personal.

El término de "inicio/ aparición/ comienzo temprano" ha sido aceptado por su conveniencia, ante la casi imposibilidad de determinar con exactitud de forma general, especialmente en los niños, el momento preciso del debut asmático. McIntosh (1976, citado por López, 2008) planteó que:

El término de bronquiolitis es habitualmente reservado al síndrome crisis de disnea silbante, cuando tiene lugar en el niño de menos de 12 meses. Más allá el síndrome es llamado bronquitis disneizante, bronquitis asmatiforme o simplemente asma. La enfermedad evoluciona de forma continua en las diferentes edades de la infancia y no existe edad precisa a la cual podamos marcar el paso de la bronquiolitis al asma (López, 2018, p.3).

Por su parte, en 1997, Silverman y Wilson propusieron no generalizar la palabra *asma*

durante la infancia para definir la heterogeneidad fenotípica que caracteriza a los episodios de sibilancia, pues estos presentan diferentes pronósticos evolutivos. Esos investigadores distinguen fenotipos de sibilancias desde las primeras edades de la vida de la siguiente forma: asma y tabaquismo pasivo, asma postbronquiolitis, asma con alergia IgE dependiente, asma por anomalías en la estructura de vías aéreas asociadas a anomalías del desarrollo fetal o a un remodelaje bronquial consecuencia de la inflamación de vías aéreas.

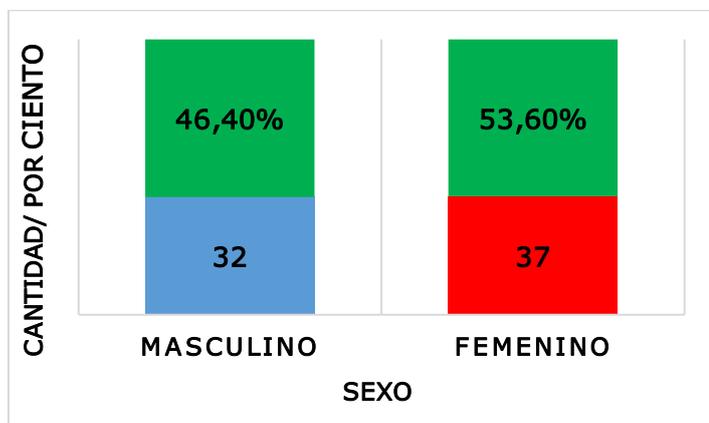
Lo problemático del diagnóstico se debe tanto por las diferentes expresiones de la enfermedad, variables de acuerdo con la edad o los factores desencadenantes, como por la falta de pruebas objetivas accesibles en la práctica clínica en los lactantes y niños pequeños, o de la variable evolución, que no es predecible a lo largo del tiempo.

Para la clasificación de los asmáticos de este estudio seguimos el concepto del debut según el estudio realizado por Tattersall et al. (2016). Estos autores definieron el asma de inicio tardío como aquella diagnosticada por un médico a la edad  $\geq 18$  años. Dos elementos fueron enfatizados en esa investigación: el asma de inicio tardío tiende a ser más grave y más difícil de controlar con medicamentos que el asma que comienza en la infancia y que los asmáticos de inicio tardío tuvieron un mayor riesgo de ictus que persistió después del ajuste por edad, sexo y factores de riesgo cardio- y cerebrovasculares.

El asma de aparición tardía, además de ser más difícil de controlar, a menudo es provocada por diversos factores, entre ellos la contaminación del aire, y muchas veces conduce a una disminución más rápida de la función pulmonar.

### CARACTERIZACIÓN DEL ASMA EN LA TERCERA EDAD

Con relación al sexo, en nuestro estudio se observó un número mayor de casos en el sexo femenino (37 casos, 53,60%) que en el masculino (32 casos, 46,4%) (Figura 1).



**Figura 1.** Sexo más afectado en el área de salud "Piti Fajardo".

Fuente: Historia clínica individual.

Este resultado coincide con el de Tattersall et al. (2016), quienes encontraron que su muestra con asma de inicio tardío tenía más probabilidades de ser mujeres (67% versus 44%).

En la Ciudad de México, García, Fernández, Martínez, Franco, & Pérez (2012) estudiaron la prevalencia y riesgos asociados con pacientes adultos con asma de 40 años o más. Uno de los riesgos estudiados fue la obesidad, y encontraron que la obesidad se asoció con asma sólo en las mujeres.

Los autores añaden que se ha encontrado, además, que la obesidad en mujeres asmáticas se asocia con obstrucción pulmonar, pero no con inflamación de las vías aéreas.

También se ha descrito que la asociación entre obesidad y adipocinas es más fuerte en mujeres que en hombres con asma, debido probablemente a las diferencias por sexo en la distribución de la grasa ectópica. En un estudio clínico realizado en pacientes con asma, la masa magra total estuvo más fuertemente asociada con asma que la masa de grasa total en mujeres (Sood et al.,

2011), lo que sugiere que la grasa ectópica dentro de los tejidos magros es responsable de la asociación obesidad- asma en mujeres.

En el estudio de revisión realizado por Río, Hidalgo, & Sierra (2009) se afirma que antes de los 14 años de edad, la prevalencia de asma es el doble en niños, comparado con las niñas. A medida que se incrementa la edad, la prevalencia se equipara entre sexos, pero en la edad adulta afecta más al sexo femenino.

Las diferencias entre sexos no están claras; sin embargo, se sabe que el tamaño de los pulmones es menor en el sexo masculino que en el femenino al nacimiento, pero mayor en la edad adulta.

Sobre la prevalencia del asma en la tercera edad (ver Tabla 2), se encontró que la misma se encuentra en el 5,42% en el área de salud estudiada, representando el sexo masculino el 5,67%, mientras en el femenino la prevalencia es de 5,29%.

La Organización Mundial de la Salud estima que la prevalencia de esta entidad tiene un comportamiento similar en todo el mundo, donde los valores muchas veces oscilan entre el 7% y el 10% de la población total (OMS, 2017).

El asma afecta notablemente no solo la calidad de vida de los individuos enfermos y de sus familias, sino que además genera un impacto negativo en el bienestar socio-económico de la sociedad.

En el Libro Blanco, Ruby, Canonica, Holgate, & Lockey (2013) plantean que la prevalencia de asma en los diferentes países varía ampliamente, pero la diferencia se está reduciendo debido al aumento de prevalencia en los países de ingresos bajos y medianos, ya que paulatinamente adoptan un estilo de vida de tipo occidental.

Los vínculos entre el asma y el estado socioeconómico es probable que reflejen diferencias en el estilo de vida, como la exposición a alérgenos, infecciones, dieta y acceso a la atención médica (GINA, 2016).

**CARACTERIZACIÓN DEL ASMA EN LA TERCERA EDAD**

Gran parte de lo que se sabe acerca de los factores de riesgo para el desarrollo del asma proviene de estudios en niños; sin embargo, los factores de riesgo en adultos, particularmente de nuevos casos en adultos

**Tabla 2**

Prevalencia del asma en la tercera edad en el área del policlínico "Piti Fajardo"

Sexo	Población Total ≥60 años	Casos	Prevalencia*
Masculino	5635	32	5,67
Femenino	6982	37	5,29
Total	12717	69	5,42

Nota: \*Número de casos entre la población de adultos mayores por 100.

Fuente: Departamento de Estadísticas Dirección Provincial de Salud de Las Tunas.

que no tuvieron asma en la infancia, están bien definidos. Por ejemplo, es conocido que la atopia disminuye en el anciano y que, por la inmunosenectud, se modifica el sistema inmune, teniendo una influencia en la prevalencia del asma, debido a que se alteran las cadenas de citocinas y las poblaciones de linfocitos T y B.

En la valoración sobre el porqué de la prevalencia, no se puede descartar la relación directa que existe entre mayor longevidad de la mujer – sexo más afectado en cuanto a número de casos. Tampoco se puede desconocer la influencia que tiene el alto grado de tabaquismo en Las Tunas en la presencia de síntomas de asma. En las personas con asma establecida, el consumo de tabaco se asocia con una disminución acelerada de la función pulmonar; puede hacer que los pacientes respondan menos al tratamiento con corticosteroides inhalados y sistémicos; y reduce la probabilidad de que el asma esté bien controlada.

Por su parte, la Tabla 3 muestra las tasas de incidencia encontradas en nuestro estudio.

**Tabla 3**

Incidencia del asma en la tercera edad en el área del policlínico "Piti Fajardo"

Sexo	Población Total ≥60 años no asmáticos		
	Nuevos Casos	Incidencia*	
Masculino	5603	3	0,53
Femenino	6945	1	0,14
Total	12548	4	0,31

Nota: \*Número de nuevos casos entre la población de adultos mayores no asmáticos por 1000 habitantes.

Fuente: Departamento de Estadísticas. Dirección Provincial de Salud de Las Tunas.

Como se puede apreciar, durante el año 2017 se produjo el debut documentado de 4 adultos mayores en el área del policlínico "Piti Fajardo"; de ellos, 3 del sexo masculino y 1 del femenino, para una tasa de incidencia total de 0,31 por cada 1000 habitantes. Esta tasa es inferior a la media nacional de 1,6 por cada 1000 habitantes reportada por la Comisión Nacional de Asma (Venero, 2016).

En el estudio de Casasa et al. (2008), en España, sobre la incidencia y características del asma bronquial de inicio en la edad adulta, las pruebas cutáneas realizadas mostraron atopia en 57 casos (41%). Se diagnosticó asma relacionada con la ocupación en 19 casos (14%), por mamíferos domésticos en 8 (6%), por fármacos en 7 (5%) y por alérgenos ambientales en 44 (31%), siendo la limpieza doméstica la ocupación más frecuentemente asociada a la enfermedad (26%).

CARACTERIZACIÓN DEL ASMA EN LA TERCERA EDAD

Hay que tener presente que los adultos son propensos a entrar en contacto con muchos factores desencadenantes del asma bronquial como el ya mencionado humo de cigarro, la exposición a alérgenos (polen, pelo de animal, moho, polvo de casa), los productos cosméticos (spray, desodorantes, perfumes), medicamentos como aspirina, bloqueadores beta, agentes antiinflamatorios no esteroides, los aditivos de alimentos (sulfitos), el estrés emocional como ansiedad, frustración o depresión, las infecciones virales y bacterianas de las vías respiratorias altas y bajas, incluyendo sinusitis, los cambios de tiempo y los contaminantes del aire.

Si consideramos que los factores de riesgo son aquellas condiciones que predisponen la aparición de una enfermedad y que en el asma bronquial éstos en su mayoría son contaminantes ambientales, el control ambiental es la medida más importante para reducir la incidencia del asma.

En la Tabla 4 se muestra la clasificación de la severidad del asma en los pacientes estudiados. Como se puede apreciar, la mayoría (79,7%) fue evaluada como "leve" y el 18,8% fue considerado como "moderada". Sólo uno de los casos tratados se evaluó como asma severa.

Las cifras relativamente favorables encontradas en este estudio en cuanto a la severidad de la enfermedad pudieran ser explicadas por el trabajo profiláctico realizado en los últimos años, basado en el banco de problemas encontrados en el Análisis de la Situación de Salud del área del policlínico "Piti Fajardo".

Quadrelli & Roncoroni, en su ya clásico artículo de 1998, donde se preguntan si el asma de la tercera edad es realmente diferente, plantean que ha sido demostrado que existe una relación inversa entre la severidad de la hiperreactividad a la metacolina y la función de los beta-

Tabla 4  
Severidad del asma en los pacientes estudiados en el área de salud "Piti Fajardo"

Clasificación	Pacientes	%
Persistente Leve	55	79,7
Persistente Moderada	13	18,8
Persistente Severa	1	1,44
Total	69	100

Fuente: Historia clínica individual.

receptores en los linfocitos de sujetos jóvenes y ancianos y que la anormalidad presente en los beta-receptores de los linfocitos de los ancianos asmáticos de comienzo tardío es similar a la de los ancianos normales y diferente a la de los asmáticos jóvenes, ya que estos últimos muestran disminución de la densidad de beta-receptores mientras que los ancianos (asmáticos y normales) presentan preservación de la densidad con disminución de la afinidad secundaria al desacople funcional del complejo adenil-ciclasa-receptor que acompaña el deterioro de la actividad de adenil-ciclasa presente en los ancianos.

De todas formas, hay que tener en cuenta que la gravedad no es una característica del asma necesariamente constante, sino que puede variar a lo largo del tiempo, por lo que es necesario reevaluarla periódicamente. La gravedad se determina de forma retrospectiva en el paciente cuya asma está controlada según el escalón terapéutico en que se encuentre, es decir, basándose en la cantidad de medicación que es necesaria para mantener el control de la enfermedad (Taylor et al., 2008).

Para completar nuestra caracterización clínico-epidemiológica se hacía imprescindible determinar las enfermedades concomitantes de los pacientes asmáticos estudiados, toda vez que es la tercera edad

### CARACTERIZACIÓN DEL ASMA EN LA TERCERA EDAD

la época de la vida en que con más frecuencia observamos otras patologías presentes en la misma persona enferma de asma bronquial. Este es el grupo etario en que la comorbilidad es la regla y no la excepción.

En la Figura 2 se precisan las principales enfermedades concomitantes encontradas; así, vemos que la artrosis (30,4%), la hipertensión arterial (27,5%), las cardiopatías (26,1%) y el reflujo gastroesofágico (21,7%) son las que más se manifiestan en nuestros pacientes, seguidas por la diabetes mellitus, la EPOC y en menor medida, con un grado no significativo, otras afecciones.

en pacientes ancianos y la menor incidencia en la asociación entre asma y atopía en la tercera edad.

Según Antón (2018), mientras que los pacientes con asma de inicio en la infancia pueden presentar comorbilidades comunes como la rinoconjuntivitis o patologías bien caracterizadas como la enfermedad por reflujo gastroesofágico o la disfunción de cuerdas vocales, en los pacientes adultos el asma puede coexistir con otro tipo de alteraciones cuya frecuencia aumenta con la edad, como la obesidad, diabetes, síndrome metabólico, cardiopatías o trastornos psiquiátricos.

Parecen existir varios mecanismos por los

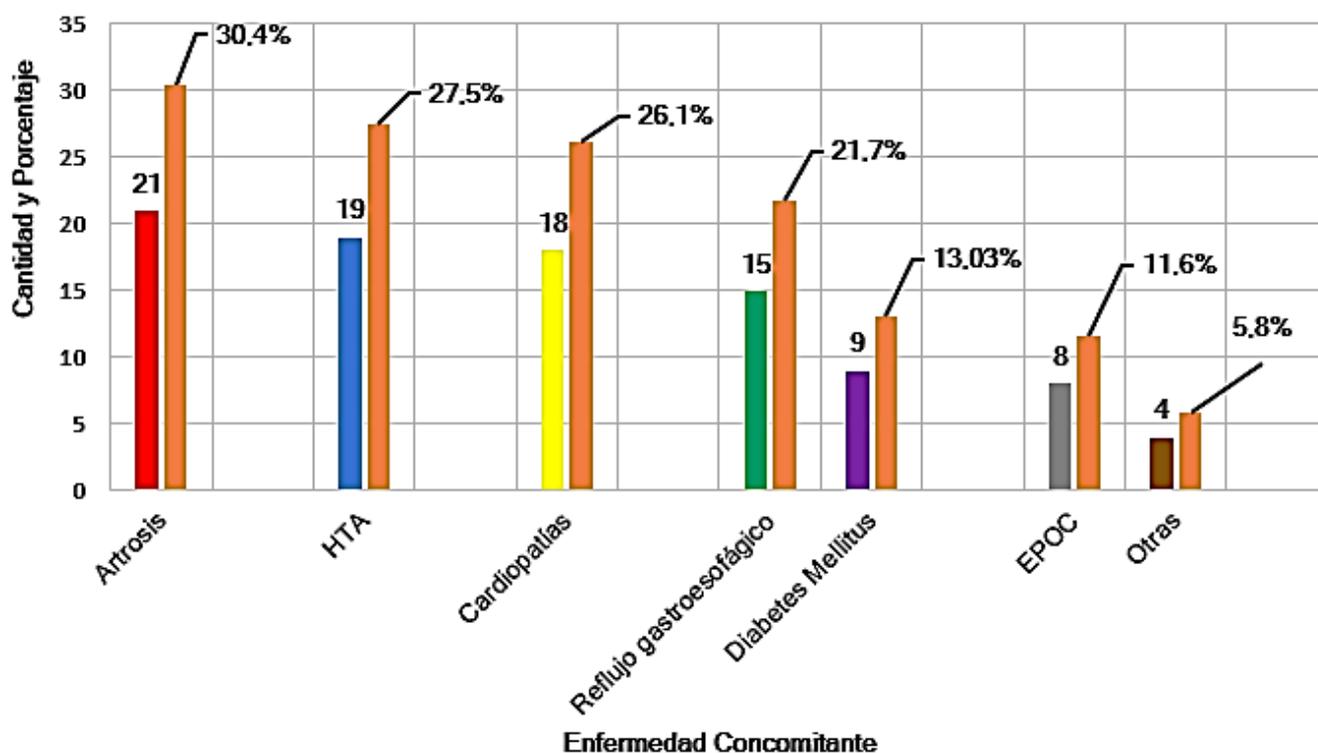


Figura 2. Enfermedades concomitantes en los pacientes asmáticos estudiados.

Fuente: Historia Clínica personal.

Se conoce que el diagnóstico de asma en los ancianos puede complicarse por diversos factores como son los síntomas no específicos comunes a otras afecciones, la presencia de enfermedades coexistentes, la diferenciación con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), alteraciones de la percepción de los síntomas respiratorios

que el reflujo gastroesofágico puede potencialmente empeorar el asma. Uno de estos mecanismos podría ser un reflejo neurológico por el cual el reflujo de ácido gástrico en el esófago inferior desencadenaría una respuesta broncoespástica mediada por el vago en las vías aéreas inferiores.

## CARACTERIZACIÓN DEL ASMA EN LA TERCERA EDAD

En el estudio realizado por Shaya et al. (2008), en Baltimore, Estados Unidos, los investigadores encontraron que el 38% tenía EPOC, el 34% asma y el 28% ambas patologías.

Si la relación de algunos parámetros entre el asma y la EPOC es estrecha, no es menor la diferencia existente entre ambas enfermedades, sobre todo en su fisiopatología, factores de riesgo, respuesta al tratamiento y pronóstico. Hoy por hoy, con la excepción de los antileucotrienos, los medicamentos disponibles para el tratamiento del asma y la EPOC son los mismos; sin embargo, en la medida en que vayan aumentando los conocimientos científicos sobre los diferentes procesos inflamatorios, los nuevos fármacos serán más específicos para cada una de ellas.

Sin embargo, el investigador cubano Carrascó (1997) plantea que se conoce desde los años 30 del pasado siglo que la diabetes mellitus y el asma raramente están asociadas en el mismo paciente y que en los pocos asmáticos en los cuales se desarrolla diabetes, los síntomas del asma se vuelven menos violentos o incluso desaparecen.

No queda claro si hay una relación causal entre el asma y estas otras enfermedades, o se trata simplemente de una asociación, aunque algunos autores de estudios poblacionales apuntan que el asma puede ser un factor de riesgo independiente para la aparición de enfermedad cerebrovascular, sobre todo en mujeres (Chung, Lin, Chen, Ho, Hsu, & Kao, 2014; Iribarren, Tolstykh, Miller, Sobel, & Eisner, 2012; Onufrak, Abramson, & Austin, 2008). Los estudios previos parecen poner de manifiesto un fenotipo asmático en que es más probable que se desarrollen fenómenos de disfunción endotelial que conlleven el desencadenamiento de episodios cardiovasculares; este fenotipo afectaría a pacientes de sexo femenino, con una

enfermedad activa de comienzo tardío (Soto, 2015).

### Conclusiones

El estudio clínico-epidemiológico del asma bronquial en la tercera edad en el área de salud del policlínico "Piti Fajardo" caracteriza a la misma como básicamente de comienzo temprano, con más casos del sexo femenino, aunque la tasa de prevalencia es superior en el masculino por menos población en ese sexo. La incidencia de nuevos casos fue baja, algo esperado por no ser común el debut tardío ya después de los 60 años.

La forma clínica más frecuente encontrada en nuestros pacientes fue la persistente leve.

Las enfermedades que más concomitaron en este estudio fueron la artrosis, la HTA, las cardiopatías y el reflujo gastroesofágico.

Hay un elemento que siempre el alergólogo tiene que tener presente: el reconocimiento de la existencia de las enfermedades concomitantes es esencial para el adecuado tratamiento del asma y las mismas enfermedades coexistentes.

Se debe sospechar la relación asma-reflujo gastroesofágico cuando el paciente inicia su cuadro en la edad adulta, empeora su sintomatología luego de las comidas o durante la noche y cuando, a pesar de tener un tratamiento eficaz, no se logra controlar la enfermedad.

En resumen, cuando alguien tiene asma primero tenemos que tener en cuenta que el aparato respiratorio es continuo desde las vías aéreas superiores hasta las inferiores.

Ya se sabe que si ocurre algo en un extremo del aparato respiratorio (a saber, la nariz o los senos), puede afectar a la función de la vía aérea inferior, especialmente en el paciente asmático.

Aunque existen evidencias que avalan la relación del asma con diversas patologías de elevada incidencia, para ayudar al clínico en

**CARACTERIZACIÓN DEL ASMA EN LA TERCERA EDAD**

el control del paciente asmático es preciso conocer cuál es el significado de una comorbilidad particular en la evolución del asma, su gravedad, la función pulmonar y cómo afecta al tratamiento. Para una completa comprensión necesitamos estudios clínicos que evalúen el efecto de

una determinada comorbilidad en la actividad del asma: estudios en un entorno experimental diferente, como la cuantificación de ciertos mediadores en muestras grandes de población y la valoración posterior en el desarrollo de asma.

## Referencias

- Antón Sanz, M. del D. (2018). Comorbilidades emergentes en asma. Programa AAP Live-Me. Recuperado de [https://www.livemed.in/blog/-/blogs/comorbilidades-emergentes-en-asma;jsessionid=210BE75F2185C650DB08030625ACDCA7?p\\_p\\_auth=7xLowqLu](https://www.livemed.in/blog/-/blogs/comorbilidades-emergentes-en-asma;jsessionid=210BE75F2185C650DB08030625ACDCA7?p_p_auth=7xLowqLu)
- Casasa, X., Monsó, E., Orpellac, X., Hervás, R., González, J.A., Arellano, E., ... Morera, J. (2008). Incidencia y características del asma bronquial de inicio en la edad adulta. *Archivos de Bronconeumología*, 44 (9), 457- 508. DOI: 10.1016/S0300-2896(08)72116-1
- Chung, W.S., Lin, C.L., Chen, Y.F., Ho, F.M., Hsu, W.H., & Kao, C.H. (2014). Increased stroke risk among adult asthmatic patients. *Eur J Clin Invest.*, 10. Doi: 10.1111/eci.12336
- Comité Ejecutivo de la GEMA. (2018). GEMA<sup>4.3</sup> Guía Española para el Manejo del Asma. Recuperado de <http://www.gemasma.com>
- García-Sancho, C., Fernández-Plata, R., Martínez-Briseño, D., Franco-Marina, F., & Pérez-Padilla, J. R. (2012). Prevalencia y riesgos asociados con pacientes adultos con asma de 40 años o más de la Ciudad de México: estudio de base poblacional. *Salud Pública de México*, 54(4), 425-432. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342012000400013&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342012000400013&lng=es&tlng=es).
- Global Initiative for Asthma (GINA). (2016). Global Strategy Report for Asthma Management and Prevention. Recuperado de [www.ginasthma.com](http://www.ginasthma.com)
- Iribarren, C., Tolstykh, I.V., Miller, M.K., Sobel, E., & Eisner, M.D. (2012). Adult asthma and risk of coronary heart disease, cerebrovascular disease, and heart failure: a prospective study of 2 matched cohorts. *Am J Epidemiol.*, 176(11), 1.014-1.024.
- Onufrak, S.J., Abramson, J.L., & Austin, H.D. (2008). Relation of adult-onset asthma to coronary heart disease and stroke. *Am J Cardiol.*, 101(9), 1.247-1.252.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Asma. En *Temas de Salud* (Sitio web mundial). Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/asthma>

- Quadrelli, S.A., & Roncoroni, A.J. (1998). Is asthma in the elderly really different? *Respiration*, 65, 347–353. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9782216>
- Río-Navarro, B. E., Hidalgo-Castro, E. M., & Sienna-Monge, J. L. (2009). Asma. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 66(1), 3-33. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462009000100002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462009000100002&lng=es&tlng=es)
- López Pérez, I.R. (2008). Evolución de los conceptos de asma en la edad preescolar. *Revista Cubana de Pediatría*, 80(4). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312008000400008&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312008000400008&lng=es&tlng=es)
- Ruby Pawankar, R., Canonica, G.W., Holgate, S.T., & Lockey, R. F. (2013). Libro Blanco sobre Alergia de la WAO. Organización Mundial del Asma. Recuperado de [https://www.worldallergy.org/UserFiles/file/WWBOA\\_Executive-Summary\\_Spanish.pdf](https://www.worldallergy.org/UserFiles/file/WWBOA_Executive-Summary_Spanish.pdf)
- Shaya, F.T., Dongyi, D., Akazawa, M.O., Blanchette, C.M., Wang, J., Mapel, D.W., Dalal, A., & Scharf, S.M. (2008). Burden of concomitant asthma and COPD in a Medicaid population. *Chest*, 34(1),14-9. Doi: 10.1378/chest.07-2317.
- Silverman, M., & Wilson, N. (1997). Asthma time for a change of name? *Arch Dis Child*, 77, 62-5. Recuperado de <https://adc.bmj.com/content/archdischild/77/1/62.full.pdf>
- Sood, A., Qualls, C., Li, R., Schuyler, M., Beckett, W.S., & Smith, L.J. (2011). Lean mass predicts asthma better than fat mass among females. *Eur Respir J*,37:65-71.
- Soto Campos, J.G. (2015). Asma y enfermedad cardiovascular. *Espacioasma*, 8(1), 1-6. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/276405727\\_Asma\\_y\\_enfermedad\\_cardiovascular](https://www.researchgate.net/publication/276405727_Asma_y_enfermedad_cardiovascular)
- Tattersall, M.C., Barnet, J.H., Korcarz, C.E., Hagen, E.W., Peppard, P.E., & Stein, J.H. (2016). Late-Onset Asthma Predicts Cardiovascular Disease Events: The Wisconsin Sleep Cohort.

CARACTERIZACIÓN DEL ASMA EN LA TERCERA EDAD

Journal of the American Heart Association. DOI:

<https://doi.org/10.1161/JAHA.116.003448>

Taylor, D.R, Bateman, E.D., Boulet, L.P., Boushey, H.A., Busse, W.W., Casale, T.B.... Reddel, H.K. (2008). A new perspective on concepts of asthma severity and control. *Eur Respir J.*, 32, 545-54. Recuperado de <https://erj.ersjournals.com/content/erj/32/3/545.full.pdf>

Venero- Fernández, S.J. (2016). Estadísticas de Asma. Cuba, 2016. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Recuperado de <http://files.sld.cu/alergia/files/2017/05/Estad%C3%ADsticas-de-Asma-2016.pdf>