

Título: Asma Bronquial en la Tercera Edad.

Autores:

Dr. Armando Guillermo Ginard Cabanas
Especialista de 2do. Grado en Alergología. Profesor Auxiliar.

Dra. Ilonka María Estruch Fajardo.
Especialista de 2do. Grado en Alergología. Profesora Auxiliar y Consultante.

Dra. Iglermis Figueroa García
Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral y en Alergología, Máster en enfermedades infecciosas. Instructora.

Servicio de Alergología
Email: alergia@hha.sld.cu

Introducción

El Asma Bronquial es una enfermedad respiratoria inflamatoria y crónica que se caracteriza por episodios recurrentes de tos, disnea y sibilancias, de intensidad variable; pudiendo ser severos y ocasionar la muerte en algunos casos.

Después de los 65 años esta enfermedad tiene una prevalencia entre 6-17% y se caracteriza por:

- a) Ser, con frecuencia, mal diagnosticada o clasificada, lo que implica un control deficiente.
- b) Tener exacerbaciones frecuentes, con un incremento de las hospitalizaciones y las visitas al servicio de urgencias
- c) En consecuencia existe un aumento de la mortalidad debido al asma en este grupo de edad.

d) Coexistir el asma con otras enfermedades que complican o ensombrecen el pronóstico, así como producirse un número mayor de efectos adversos del tratamiento.

Objetivos.

.- Obtener un grado de control de la enfermedad que se considere satisfactorio, reduciendo la frecuencia y severidad de los síntomas, las exacerbaciones y las limitaciones funcionales.

.- Incrementar los niveles de calidad de vida en nuestros pacientes.

.- Obtener un nivel de adherencia al tratamiento estable y adecuado a las necesidades del paciente.

Desarrollo.

Criterios diagnósticos.

A cualquier edad el diagnóstico del asma se basa en una historia clínica detallada que demuestre un patrón de síntomas típicos y en la confirmación objetiva proveniente del examen físico y los estudios de laboratorio.

Sin embargo, en la tercera edad, el diagnóstico diferencial de los síntomas respiratorios episódicos muchas veces se hacen extensivo a enfermedades cardiovasculares y a otras formas de padecimiento pulmonares crónicos.

Se debe tener en cuenta de que el diagnóstico de asma, en el paciente joven, se facilita por una relativa ausencia de otras condiciones semejantes al asma; pero en la ancianidad ocurre todo lo contrario.

Por otra parte, en el asmático de larga evolución, puede aparecer un componente obstructivo fijo, del flujo aéreo, que dificulta y a veces hace imposible la distinción entre el asma y la enfermedad obstructiva crónica; esto ocurre especialmente entre los expuestos al humo del cigarro.

Teniendo en cuenta estas premisas nuestros criterios diagnósticos se basarán en:

- a) La evaluación precisa y detallada de patrones característicos de síntomas y signos.
- b) La identificación de los antecedentes alérgicos, pasados y presente, personales y familiares de los pacientes
- c) Los estudios de laboratorio

Cuadro Clínico

Está dado por la combinación de cuatro síntomas fundamentales:

- a) Falta de aire
- b) Opresión Torácica
- c) Sibilancias Episódicas
- d) Tos

De aparición diurna o nocturna con un carácter episódico, desencadenados por alérgenos, irritantes bronquiales, infecciones o ejercicio.

Los síntomas pueden remitir espontáneamente o mediante el uso de la medicación.

Se debe tener en cuenta de que aunque sugerentes de asma, en el anciano, sobre todo, pueden ser manifestaciones de otros procesos respiratorios o cardiovasculares.

Clasificación:

a) Según la posible patogenia:

- Asma Alérgica o IgE mediada
- Asma no Alérgica (Intrínseca o Infecciosa)

b) Según el fenotipo clínico, definido por la severidad:

- Intermitente o Persistente Leve
- Persistente Moderada
- Persistente Severa

c) Según el fenotipo inflamatorio. Definido por las células predominantes en la vía aérea:

- eosinofílico
- No eosinofílico

Pruebas Diagnósticas Básicas y/o Confirmatorias

a) Pruebas de Función Pulmonar demostrativas de la obstrucción de la vía aérea.

- Índice de VEF1/CVF menor de 70%

- VEF1 menor 80% del valor predicho

-Evidencia de que la obstrucción bronquial es reversible, definido por un incremento del 12% y 200ml en el VEF1, sobre el registro basal del paciente, después de la administración del broncodilatador o de un curso de corticosteroides.

b) Estudios por imágenes del tórax y SPN

c) Electrocardiograma. Ecocardiograma

d) Hemograma. Conteo de eosinófilos. Química sanguínea.

e) Exámenes de esputo espontáneo. Bacteriológico, citológico (para definir fenotipo inflamatorio)

f) Estudios alérgicos: IgE sérica global. Pruebas Alérgicas Cutáneas.

g) Estudios de enfermedades asociadas. Valoración Geriátrica Integral.

Recomendaciones Terapéuticas:

Tratamiento Médico Medicamentoso

Tratamiento Intercrisis:

Esteroides Inhalados:

Beclometasona: 400- 2000mcg por día

Budesonida: 200-1600mcg por día

Fluticasona: 100- 1000mcg por día

La dosis dependerá de la severidad de la afección y del grado de control que se alcance.

Beta agonistas de larga duración

Formoterol 12mcg. Dos veces por día

Salmeterol 50mcg. Dos veces por día

(Spray u otra disponibilidad para inhalación)

Antileucotrienos

Montelukast 10mg por día

Metilxantinas

De acción prolongada (Controfilina)

Dosis 100-200mg c/12 horas

Tratamiento de las exacerbaciones:

Broncodilatadores: B2 agonistas de acción corta. Salbutamol (Spray) 200mcg a demanda

Anticolinérgicos: Bromuro de Ipratropio (Atrovent) 160mcg 2-4 veces al día

Metilxantinas de acción corta: 5mg/Kg/día en dosis divididas, teniendo en cuenta la posible toxicidad e interacciones medicamentosas.

Esteroides vía sistémica: Prednisona o sus equivalentes, en dosis de 0,3- 1mg/Kg/día, en dosis únicas o divididas, por 1- 2 semanas.

Si se requiere un tratamiento más prolongado con glucocorticoides, se indica un régimen en días alternos o diarios, con la dosis mínima efectiva, para intentar reducir los efectos adversos que pueden producirse.

Tratamiento Médico no Medicamentoso

Reviste una notable importancia. Consiste en medidas destinadas a crear una conducta dinámica ante la enfermedad que le permita al paciente:

- Evitar los desencadenantes ambientales
- Adquirir las habilidades necesarias para el uso correcto de los dispositivos de inhalación, incrementando así la adherencia terapéutica.
- Reconocer los síntomas y signos de deterioro de la función pulmonar y actuar consecuentemente con ello.

Entre otras modalidades terapéuticas debemos destacar que la inmunoterapia específica para alérgenos, en la tercera edad, es poco recomendada debido a la mayor

prevalencia de enfermedades colaterales (Braman 2007). No obstante se utilizará en casos seleccionados a juicio de los autores del PA, teniendo en cuenta de que se dispone de modalidades de inmunoterapia específica más inocuas (ITE Sublingual)

Complicaciones Potenciales

Se tendrá en cuenta, sobre todo, los efectos adversos potenciales del tratamiento, frecuentes en este grupo de edad, debido a:

- Glucocorticoides orales e inhalados
- Beta 2 Agonistas y metilxantinas.

INDICADORES

| Indicadores de estructura | | Estándar |
|---------------------------|---|----------|
| Recursos humanos | % de especialistas en Alergología y personal entrenado | ≥95% |
| Recursos materiales | % de reactivos para los estudios según PA | ≥95% |
| | % de disponibilidad de local de consulta | 100% |
| | % de disponibilidad de equipos para estudios | ≥95% |
| Recursos organizativos | % de planillas para la recogida de datos | 100% |
| | % de planillas en la base de datos | 100% |
| Indicadores de procesos | | Estándar |
| | % de pacientes diagnosticados correctamente de acuerdo a criterios del PA | 100% |
| | % de pacientes clasificados adecuadamente de acuerdo a criterios del PA | 100% |
| | % de cumplimiento adecuado del proceso investigativo | 100% |

| | | |
|----------------------------------|---|-----------------|
| | % de identificación de criterios de mal pronóstico | 100% |
| | % de identificación de criterios de evaluación interdisciplinaria | 100% |
| | % de prescripción adecuada de indicaciones medicas según PA | 100% |
| | % de seguimiento ambulatorio sistemático y programado según PA | >95% |
| Indicadores de resultados | | Estándar |
| | % de lograr un control aceptable del asma | >80% |
| | % de disminución de las exacerbaciones del asma | >70% |
| | % de incremento de la Capacidad vital relacionada con el asma | >70% |
| | % de incremento de la adherencia terapéutica (al tratamiento intercrisis) | >80% |

Bibliografía:

Boulet, L.P., FitzGerald, J.M., Reddel, H.K. (2015). The revised 2014 GINA strategy report: opportunities for change. *Curr Opin Pulm Med*, 21, pp.1-7.

recuperado de: [http:// refhub. Elsevier. com. 50091-6749\(16\)00123-b/sref1](http://refhub.Elsevier.com.50091-6749(16)00123-b/sref1).

- Desai, M., Oppenheimer, J. (2016). Elucidating asthma phenotypes and endotypes: progress towards personalized medicine. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 116, pp. 394-401. DOI: [org/10.1016/j. anai.2015.32.024](https://doi.org/10.1016/j.anai.2015.32.024)

- Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. (2016) update. Recuperado de: [http/ www. ginasthma. org. /pdf/ GINA. Report 2016](http://www.ginasthma.org/pdf/GINA_Report_2016)

- .Lombardi, C., Raffeti, E., Caminati, M. (2016). Phenotyping asthma in the elderly: allergic sensitization profile and upper airways comorbidity in patients older than 65 years. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 116, pp. 206-11. DOI: [org/10.1016/j. anai. 2015.12.005](https://doi.org/10.1016/j.anai.2015.12.005)

- Milanese, M., Di Marco, F., Corsico, A. G. (2014). Asthma control in the elderly asthmatics. *Respir Med*, 108, p.p. 1091- 99. DOI: [10. 1056/j. rm. 2013. 12. 672](https://doi.org/10.1056/j.rm.2013.12.672)

- Ozdemir, C., Kucuksezen, U C., Akdis, M. (2016). Mechanisms of aeroallergen immunotherapy. *Immunol Allergy Clin N Am*, 36. p.p. 71-86. DOI: [10.1016 j. iac. 2015. 08. 003](https://doi.org/10.1016/j.iac.2015.08.003)

- Pawankar, R., Canonica, G. W., Holgate, S. T. (Eds) (update 2013). World Allergy Organization (WAO). White Book on Allergy. DOI: [13. g 78-0-615-92916-3](https://doi.org/10.1183/136977271300780615929163)

- Pite, H., Pereira, A. M., Morais- Almeida, M. (2014). Prevalence of asthma and its association with rhinitis in the elderly. *Respir Med*, 108. p.p. 1117-26. DOI: [10. 1056/ j. rm. 2013. 12. 593](https://doi.org/10.1056/j.rm.2013.12.593)

- Smits, H., Hermelijn, H., Hiemstra, P. S. (2016). Microbes and asthma: opportunities for intervention. *J Allergy Clin Immunol*, 137 (3), pp. 690-7. DOI: 10.1016/j.jaci.2016.01.004

- Soyka, M. B., van de Veen, W., Holzmann, D. (2014). Scientific foundations of allergen-specific immunotherapy for allergic disease. *Chest*, 146(5), p.p. 1347-57. DOI: 10.1378/chest.14-0049

Ta, V., Simon, R. (2015). State of the Art. Medical Treatment of aspirin exacerbated respiratory disease (AERD). *Am Journal of Rhinol and Allergy*, 29 (1), p.p. 41-43. Recuperado de : www.wiley.com/content/ocean/ajra/2015/29/art_00015.

- Wenzel, S. E. (2013). Complex phenotypes in asthma: current definitions. *Pulm Pharmacol Ther*, 26, p.p.710- 5. DOI: 10.1016/j.ppt.2013.02.004

- Yanez, A., Cho-S. H., Soriano, J. B. (2014). Asthma in the elderly: what we know and what we yet to know. *World Allergy Organ J*, 7-8. Recuperado de: [http://reflib.elsevier.com/si081-1206\(15\)00826-1/serf1](http://reflib.elsevier.com/si081-1206(15)00826-1/serf1).