

Manifestaciones clínicas y desafíos terapéuticos del asma en la población geriátrica

Clinical manifestations and therapeutic challenges of asthma in the geriatric population

María Augusta Reyes-Pérez
ua.mariareyes@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador
<https://orcid.org/0000-0002-8882-7672>

Joselyn Estefania Analuisa-Guamán
joselynag06@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador
<https://orcid.org/0009-0008-3734-8912>

Danna Mishelle Tamayo-López
dannatl28@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador
<https://orcid.org/0009-0001-4311-664X>

Andrea Kerly Taco-Quinaucho
andreatq95@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador
<https://orcid.org/0009-0009-2747-1543>

RESUMEN

Objetivo: presentar un caso clínico sobre manifestaciones clínicas y desafíos terapéuticos del asma en la población geriátrica. **Método:** caso clínico. **Resultados y conclusión:** El caso del paciente adulto mayor con asma resalta la importancia del diagnóstico preciso y temprano, especialmente en presencia de infecciones respiratorias que pueden exacerbar los síntomas y aumentar el riesgo de complicaciones. La espirometría como prueba de reversibilidad continúa siendo un pilar fundamental para el diagnóstico confirmatorio, permitiendo diferenciar el asma de otras enfermedades respiratorias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Descriptores: asma; anciano; comorbilidad. (Fuente, DeCS).

ABSTRACT

Objective: To present a clinical case on the clinical manifestations and therapeutic challenges of asthma in the geriatric population. **Method:** Clinical case. **Results and conclusion:** The case of the elderly patient with asthma highlights the importance of accurate and early diagnosis, especially in the presence of respiratory infections that can exacerbate symptoms and increase the risk of complications. Spirometry as a test of reversibility remains a fundamental pillar for confirmatory diagnosis, allowing asthma to be differentiated from other respiratory diseases such as chronic obstructive pulmonary disease.

Descriptors: asthma; aged; comorbidity. (Source, DeCS).

Recibido: 18/11/2024. Revisado: 23/11/2024. Aprobado: 25/11/2024. Publicado: 05/12/2024.

Caso clínico



INTRODUCCIÓN

El asma constituye una enfermedad heterogénea caracterizada por la inflamación crónica de las vías respiratorias, cuyos síntomas incluyen dificultad respiratoria, opresión torácica y tos, así como restricción variable del flujo aéreo (1). Esta patología afecta aproximadamente 300 millones de personas en todo el mundo, causando alrededor de 1,000 muertes diarias, principalmente en países de ingresos bajos y medianos (1).

El diagnóstico de asma presenta complejidad debido a su similitud con otras enfermedades respiratorias que pueden generar complicaciones y aumentar el riesgo de crisis asmáticas (2). El uso del Índice Predictivo de Asma modificado puede reducir el margen de error diagnóstico, considerando criterios mayores como el diagnóstico médico de asma en alguno de los padres, eccema atópico y sensibilización alérgica, mientras que los criterios menores incluyen sibilancias no relacionadas con catarros, eosinofilia sanguínea $>4\%$, presencia de rinitis alérgica y alergia alimentaria específica (2).

La detección y tratamiento tempranos resultan fundamentales para el manejo exitoso del asma. Un diagnóstico oportuno, combinado con tratamiento adecuado y manejo personalizado, puede transformar significativamente la vida del paciente (3). Los factores de riesgo relacionados con la severidad del asma bronquial incluyen diversos elementos que determinan la evolución clínica y respuesta terapéutica (3). Desde una perspectiva fisiopatológica, el asma se categoriza tradicionalmente en dos tipos principales: extrínseca (alérgica o atópica) e intrínseca (no alérgica). El asma extrínseca se origina por una respuesta exagerada de células inmunitarias productoras de citocinas, especialmente linfocitos T CD4⁺ del subtipo T-helper 2, que liberan interleucinas IL-4, IL-5 e IL-13, desencadenando hiperreactividad bronquial mediada por IgE (4).



La predisposición genética del asma ha sido ampliamente documentada, con una heredabilidad estimada en aproximadamente 60%. Los estudios en gemelos monocigóticos demuestran mayor concordancia comparado con gemelos dicigóticos, respaldando la influencia genética sustancial. Entre los genes asociados destacan IL13, involucrado en la regulación de citocinas inflamatorias; ICAM-1 y VCAM-1, que codifican moléculas de adhesión celular para migración de células inflamatorias; ORMDL3 y GSDML, que influyen en la sensibilidad de vías respiratorias y funcionamiento epitelial; y los receptores de vitamina D junto con genes del complejo mayor de histocompatibilidad (4,5).

Los factores desencadenantes de exacerbaciones asmáticas incluyen contaminación atmosférica, humo de cigarrillo, exposición a alérgenos y falta de adherencia terapéutica (5), la inhalación de pelo, saliva y orina de animales domésticos, presencia de roedores, cucarachas y plumas de aves constituyen sensibilizantes frecuentes (6). La epidemiología del asma en adultos muestra una visión introspectiva de patrones específicos de presentación en esta población (6).

Los síntomas característicos incluyen sibilancias espiratorias, opresión torácica, disnea de medianos y grandes esfuerzos, y tos persistente, frecuentemente de predominio nocturno (7). Las exacerbaciones del asma bronquial en pacientes adultos representan un aspecto importante de la evolución clínica que requiere manejo especializado (7,8). Los factores de riesgo para mal control de asma en adultos incluyen diversos elementos que influyen en la respuesta terapéutica y pronóstico (8).

La clasificación del asma según la guía GINA la categoriza en controlada, parcialmente controlada y no controlada, mientras que para investigación se mantiene la división en intermitente, leve persistente, moderada persistente y grave persistente (9). El asma grave requiere un enfoque fisiopatológico, diagnóstico y terapéutico específico que considere las particularidades de esta presentación



severa (9). El diagnóstico se basa en historia clínica, examen físico y estudios de función pulmonar, incluyendo espirometría y flujometría para evaluar obstrucción del flujo aéreo y reversibilidad con broncodilatadores (10,11). El asma severa en adultos demanda un enfoque diagnóstico y tratamiento específico que aborde las complejidades de esta condición (11).

El manejo terapéutico actual se fundamenta en documentos de consenso que establecen pautas actualizadas para el tratamiento del asma grave en adultos (12). Los factores de desarrollo de asma en diferentes edades muestran patrones específicos que influyen en la presentación clínica y evolución (13). La caracterización del asma grave no controlada en adultos mayores de 60 años revela particularidades específicas de este grupo etario (14). Las exacerbaciones del asma bronquial en pacientes adultos constituyen un aspecto relevante que requiere atención especializada (15), la caracterización de pacientes ancianos con diagnóstico de asma bronquial permite comprender mejor las necesidades específicas de esta población vulnerable (16).

Se tiene como objetivo presentar un caso clínico sobre manifestaciones clínicas y desafíos terapéuticos del asma en la población geriátrica.

CASO CLÍNICO

Datos de filiación: Paciente masculino de 75 años, casado, mestizo, retirado, residente en Ambato.

Motivo de consulta: Paciente con diagnóstico previo de asma bronquial acude por exacerbación de síntomas respiratorios en las últimas semanas, refiriendo disnea progresiva, opresión torácica y sibilancias frecuentes que empeoran durante la noche y con ejercicio. Además, presenta tos persistente que se intensifica en ambientes fríos o con exposición a polvo, afectando su descanso nocturno y calidad de vida.



Antecedentes: Antecedentes patológicos personales de asma, antecedentes familiares paternos de asma, alergia al polvo. Niega tabaquismo, alcoholismo o uso de drogas.

Examen físico: Peso 65 kg, altura 1.60 m, presión arterial 110/60 mmHg, frecuencia cardíaca 70 latidos por minuto, temperatura 37.8°C. Paciente despierto, Glasgow 15/15, decúbito activo, deshidratación leve. Frecuencia respiratoria 20-24 por minuto, presencia de sibilancias espiratorias bilaterales, uso leve de músculos accesorios, expiración prolongada. Abdomen prominente, suave, depresible, sin dolor a la palpación.

Exámenes complementarios:

- Hematología: Leucocitos 5.83 (normal), neutrófilos 48.4%, linfocitos 40.1%, eosinófilos 2.8%, hemoglobina 12.2 g/dL (baja), hematocrito 37.82% (bajo), plaquetas 480 (elevadas).
- Bioquímica: Glucosa 98 mg/dL, creatinina 0.46, urea 28, sodio 136.14 mmol/L, potasio 3.24 (bajo), calcio 0.97 (bajo).
- Serología: PCR cuantitativo 12 mg/dL (elevado).

Diagnóstico: Asma con neumonía atípica.

Tratamiento: Acemuk (N-acetilcisteína 100 mg, tirotricina 8 mg, lidocaína 1 mg) cada 8 horas vía oral; Bafodix (cefpodoxima 200 mg) cada 12 horas por 7 días; Nebulasma plus (salbutamol 2 mg + ambroxol 7.5 mg) cada 6 horas; Seretide (salmeterol/fluticasona 25/250 mcg) 2 puff cada 12 horas.

Evolución: La evolución del paciente depende fundamentalmente de los broncodilatadores, control de inflamación pulmonar y cumplimiento de recomendaciones generales. La administración adecuada de la medicación, junto con medidas de hidratación y reducción de exposición a alérgenos como el polvo, logra mejorar la progresión de síntomas respiratorios. En los primeros días



disminuye la disnea y sibilancias, mejorando la oxigenación y reduciendo la tos seca, que se vuelve productiva facilitando la eliminación de secreciones y disminuyendo la opresión torácica.

DISCUSIÓN

El asma en el adulto mayor representa un desafío significativo en diagnóstico y manejo debido a la coexistencia de comorbilidades, deterioro de función pulmonar y respuesta alterada a la terapia (12). En el caso analizado, un paciente de 75 años con asma previa muestra mayor vulnerabilidad a infecciones respiratorias y dificultad en el control adecuado de la enfermedad. La presencia de síntomas como disnea, tos y sibilancias puede confundirse con otras patologías pulmonares como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, requiriendo evaluación exhaustiva mediante pruebas de función pulmonar (13).

El tratamiento del asma severa en adultos requiere un enfoque multidisciplinario que incluya educación del paciente sobre identificación de crisis y técnica inhalatoria, evaluación de adherencia y manejo de comorbilidades. Para el control de la enfermedad se utilizan comúnmente corticosteroides inhalados y broncodilatadores de acción prolongada (12). La combinación de estos medicamentos mejora el control del asma y reduce las exacerbaciones, mientras que los anticolinérgicos de acción prolongada como el tiotropio representan opciones adicionales en pacientes que no responden adecuadamente al tratamiento estándar (12).

El pronóstico del asma en adultos es menos favorable que en casos de inicio infantil, con menor tasa de remisión y mayor deterioro de función pulmonar (14). El asma en adultos constituye una enfermedad heterogénea con distintos fenotipos, como el asma con inflamación eosinofílica persistente, asma en mujeres obesas y asma ocupacional. En todos los casos, la función pulmonar representa un factor clave en el pronóstico, mostrando mayor deterioro comparado con adultos sanos, especialmente cuando el inicio ocurre en la edad adulta (14,15).



La literatura respalda que el asma en adultos mayores es frecuentemente subdiagnosticada debido a la aceptación de la disnea como parte del envejecimiento y la dificultad para distinguirla de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En un estudio realizado en pacientes ancianos con asma bronquial, se identificó que el 72.8% de los casos presentaba antecedentes de exposición a alérgenos, y el 40.8% había vivido con la enfermedad por más de 15 años, indicando la cronicidad y persistencia del asma en este grupo etario (16).

CONCLUSIÓN

El caso del paciente adulto mayor con asma resalta la importancia del diagnóstico preciso y temprano, especialmente en presencia de infecciones respiratorias que pueden exacerbar los síntomas y aumentar el riesgo de complicaciones. La espirometría como prueba de reversibilidad continúa siendo un pilar fundamental para el diagnóstico confirmatorio, permitiendo diferenciar el asma de otras enfermedades respiratorias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

FINANCIAMIENTO

No monetario

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A la dirección de investigación de UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Morales SSF, OAMG, BDP. Actualización del asma [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2021/rms2110a.pdf>
2. Caro FÁ, GMG. Asma: concepto, fisiopatología, diagnóstico y clasificación [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.pediatrintegral.es/wp-content/uploads/2021/04/Pediatria-Integral-XXV-2_WEB.pdf#page=8



3. Oquendo de la Cruz Y, Valdivia Álvarez I, Cisneros Rodríguez AR. Factores de riesgo relacionados con la severidad del asma bronquial en el Servicio de Urgencias. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2022;38(2).
4. Corona-Rivera J, Peña-Padilla C, Morales-Domínguez GE, Romero-Bolaño YM. Aspectos genéticos implicados en el asma. *Rev Alerg Méx* [Internet]. 2022;69(1):21-30.
5. González YGO, HRG, PIR. Factores desencadenantes de exacerbaciones asmáticas en pacientes de Neumología. Hospital General “Vladimir Ilich Lenin”, 2018-2019 [Internet]. 2024. Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/4876/0>
6. Salvador Parisi CA, Zunino S, Las Heras M, Orazi L, Bustamante L, Juskiewicz E, Svetliza G, Ritchie C, Antonietti C. Epidemiología del asma en adultos. Una visión introspectiva. *Rev Alerg Méx*. 2021;67(4):397-400. Disponible en: <https://doi.org/10.29262/ram.v67i4.816>
7. Cedeño Pacheco JS. Exacerbaciones del asma bronquial en los pacientes adultos. Más Vita. *Revista de Ciencias de la Salud*. 2024;6(4):70-81. Disponible en: <https://doi.org/10.47606/acven/mv0252>
8. Fernández de Córdova-Aguirre JC, Velasco-Medina AA, Urquiza C, Guzmán-Guillén KA, Velázquez-Sámano G. Factores de riesgo para mal control de asma en adultos. *Rev Alerg Méx*. 2019;66(1):65-75. Disponible en: <https://doi.org/10.29262/ram.v66i1.557>
9. Gereda JE, ACED, LJ, ME, RCFM. Asma grave: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Revista alergia México*. 2024;71(2):114-127. Disponible en: <https://doi.org/10.29262/ram.v71i2.1283>
10. Mims JW. Asthma: definitions and pathophysiology. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2015;5 Suppl 1:S2-S6. doi:10.1002/alr.21609
11. Barria P, Holguin F. Asma severa en adultos: enfoque diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2015;16(3) [citado 2025 marzo 13]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2015.06.003>
12. Álvarez-Gutiérrez FJ, Blanco-Aparicio M, Plaza V, Cisneros C, García-Rivero JL, Padilla A, Pérez-de Llano L, Perpiñá M, Soto-Campos G. Documento de consenso de asma grave en adultos. Actualización 2020. *Open Respir Arch*. 2020;2(3):158-174. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.opresp.2020.03.005>
13. Urrutia I, Bronte O, Pascual S, Dorado S. Factores de desarrollo de asma en la edad. *Respira*. 2018;3(2) [citado 2025 marzo 13]. Disponible en: <https://www.separcontenidos.es/revista3/index.php/revista/article/view/135/176>
14. Díaz Luis O, ROY, LDA, LMR, FON. Caracterización del asma grave no controlada en adultos mayores de 60 años. *Revista Cubana de Medicina*. 2023;62(1).



15. Cedeño Pacheco JS. Exacerbaciones del asma bronquial en los pacientes adultos. Más Vita. Rev. Cienc. Salud [Internet]. 2024;6(4):70-81.
16. Barrera EM, FLAA, GIF, REC, LJMB, CAG. Caracterización de pacientes ancianos con diagnóstico de asma bronquial [Internet]. 2024. Disponible en: <https://revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/view/365/pdf>

Derechos de autor: 2025 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>