

02

EL ASMA BRONQUIAL. UNA APROXIMACIÓN A ESTA MIRADA EN CUBA

THE BRONCHIAL ASTHMA, AN APPROACH TO THIS LOOK IN CUBA

Robeisy Calderón Villa¹

E-mail: roveisycv@nauta.com.cu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9491-3158>

Juan Francisco Tejera Concepción²

E-mail: jtejera@ucf.edu.cu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6329-6940>

¹ Escuela Politécnica José Gregorio Martínez. Cienfuegos. Cuba.

² Universidad de Cienfuegos “Carlos Rafael Rodríguez” Cuba.

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Calderón Villa, R., & Tejera Concepción, J. F. (2020). El asma bronquial. Una aproximación a esta mirada en Cuba. *Revista Conrado*, 16(76), 15-23.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo fundamentar las principales conceptualizaciones relacionadas con el asma bronquial. El asma produce episodios recurrentes de tos, sibilancias, opresión torácica y dificultad respiratoria. Los ataques de asma pueden poner en peligro la vida, pero pueden prevenirse. Los ataques (o exacerbaciones) de asma son episódicos, pero la inflamación de las vías respiratorias está presente en forma crónica. Los factores asociados con el riesgo de asma pueden dividirse en los que causan el desarrollo del asma (llamados factores del huésped, primordialmente genéticos) y aquellos que desencadenan los síntomas (usualmente factores ambientales). Hay que tomar en cuenta que los mecanismos a través de los cuales estos factores afectan el desarrollo y manifestación del asma son complejos e interactúan entre sí. La consideración de los factores ambientales resulta particularmente significativa en el manejo del asma, debido a que constituyen los factores sobre los cuales el paciente ejerce mayor control. Si se cuenta con la adecuada información y la capacitación en estrategias para evitar la exposición a ciertos factores desencadenantes y manejar adecuadamente la práctica de actividad física y los procesos emocionales, existirán mayores probabilidades de lograr un control eficaz del asma. Estos aspectos se retomarán más adelante.

Palabras clave:

Asma, respiratoria, actividad física, factores.

ABSTRACT

The present investigation has as objective to base the main conceptualizations related with the bronchial asthma. The asthma produces recurrent episodes of cough, sibilance's, thoracic oppression and breathing difficulty. The asthma attacks can put in danger the life, but they can be prevented. The attacks (or exacerbations) of asthma they are episodic, but the inflammation of the breathing roads is present in chronicle form. The factors associated with the asthma risk can be divided in those that cause the development of the asthma (the guest's called factors, primarily genetic) and those that unchain the symptoms (usually environmental factors). It is necessary to take in to account that the mechanisms through which these factors affect the development and manifestation of the asthma are complex and interaction to each other. The consideration of the environmental factors is particularly significant in the handling of the asthma, because they constitute the factors on which the patient exercises more control. If it is had the appropriate information and the training in strategies to avoid the exhibition to certain factors and to manage the practice of physical activity and the emotional processes appropriately, more probabilities will exist of achieving an effective control of the asthma. These aspects will be recaptured later on.

Keywords:

Asthma, breathing, physical activity, factors.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (1994), citada por Nussbaum & Sen (1998), define calidad de vida como la percepción del individuo de su posición en la vida, el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive y la relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

En salud pública y en medicina, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la manera como una persona o grupo de personas percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo. A menudo, los médicos han utilizado el concepto de calidad de vida relacionada con la salud para medir los efectos de las enfermedades crónicas en sus pacientes con la finalidad de comprender mejor de qué manera una enfermedad interfiere en la vida cotidiana de una persona. Asimismo, los profesionales de la salud pública emplean este concepto para medir los efectos de numerosos trastornos, discapacidades de poca y mucha duración y enfermedades en diferentes poblaciones. El seguimiento de la calidad de vida relacionada con la salud en diferentes poblaciones puede permitir la identificación de subgrupos que tienen una salud física o mental delicada y ayudar a orientar las políticas o las intervenciones para mejorar su salud.

El asma es una enfermedad crónica frecuente y potencialmente grave. Según el estudio IBERPOC, afecta a alrededor de un 5% de la población adulta en España. Además, es compleja, heterogénea y con una gran variabilidad, lo que genera un enorme impacto para los pacientes, sus familias y la sociedad en general.

En la actualidad, no disponemos de un tratamiento curativo para el asma a pesar de los grandes avances terapéuticos, por lo que el objetivo fundamental es su control. Todas las recomendaciones, guías y protocolos establecen el papel de la educación como elemento clave en el manejo y control de esta enfermedad.

Schwartzmann (2003), indica que este concepto representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento ejercen sobre la percepción del paciente acerca de su bienestar. Esta misma autora refiere las definiciones de otros autores.

Patrick & Erickson (en Schwartzmann, 2003), la describen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Para Schumaker & Naughton (en Schwartzmann, 2003), es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de

la capacidad para desarrollar aquellas actividades importantes para el individuo. Méndez-Guerra (2003), señala que, en las últimas décadas, los estudios de calidad de vida se han venido incrementando de manera importante, no solo en pacientes con asma, sino también en aquellos con otras enfermedades crónicas e incapacitantes.

En la actualidad, los médicos han pasado de las medidas objetivas, exclusivamente, a considerar también las opiniones relatadas por sus enfermos y a tomar en consideración sus particularidades y sus sentimientos, que podrían llamarse medidas subjetivas.

La relevancia del estudio de la calidad de vida relacionada con el asma ha sido evidenciada por numerosos estudios. Un ejemplo lo presentan Magid, et al. (2004), quienes, en sus investigaciones, encontraron que la calidad de vida es un factor importante en la predicción del uso de servicios de emergencia. Las probabilidades de acudir a servicios de emergencias aumentan en la medida que disminuye el nivel de calidad de vida reportado.

Casan & Güell (2004), refieren que la relación entre asma y actividad física se remonta a las observaciones de John Foyer (1698), médico inglés que padecía la enfermedad, y a los trabajos de Herxheimer, publicados en 1946, quienes relacionaron directamente la realización de un esfuerzo físico, la respuesta respiratoria en forma de hiperventilación y la aparición de síntomas asmáticos.

En los últimos años, se ha discutido sobre la creciente prevalencia y severidad del asma en las sociedades contemporáneas y sus consecuencias en la calidad de vida y en los costos de atención. Platts-Mills (2005), presenta evidencia de que esta creciente notoriedad de la condición asmática puede deberse a la interacción entre la exposición a alérgenos, factores higiénicos y estilos de vida.

Worsnop (2003), afirma que numerosos estudios han demostrado que los asmáticos están en capacidad de ejercitarse y mejorar su condición, y que las limitaciones en la capacidad de ejercicio tienden a estar más relacionadas con la falta de aptitud física, que con la obstrucción de las vías aéreas. Por lo tanto, Worsnop (2003), apunta a la importancia de que quienes trabajan con asmáticos miren más allá de la problemática relacionada con las vías aéreas y también, aconsejen acerca de la adopción de adecuados niveles de actividad física. A propósito de la relevancia de la actividad física en el desarrollo del asma.

Worsnop (2003), plantea que, en algún momento, los asmáticos eran considerados como individuos crónicamente enfermizos que necesitaban ser protegidos y

resguardados y quienes se debían abstener del esfuerzo físico para evitar ataques asmáticos severos.

Actualmente el manejo moderno del asma incluye una amplia gama de medicamentos y dispositivos, medidas de evitación de alérgenos, educación al paciente, planes de acción; todo lo anterior implica que se ha dado un cambio en la percepción de los asmáticos y en las metas del tratamiento. Precisamente, los objetivos de largo plazo apuntan a la reducción de los síntomas de forma que los asmáticos puedan alcanzar la mejor calidad de vida posible. En este sentido, se ha planteado que uno de los indicadores de control del asma es la ausencia de limitaciones en las actividades cotidianas, criterio que incluye la práctica de ejercicio.

Clark & Cochrane (2009) manifiestan que el asma tiene una variabilidad significativa en cuanto a la severidad de los síntomas y que el nivel de obstrucción de las vías aéreas influye en la capacidad de hacer ejercicio. Sin embargo, esto no debe constituir una limitante para la práctica del ejercicio físico.

El asma inducida por el ejercicio se define como un síndrome caracterizado por una obstrucción transitoria de las vías aéreas que se presenta usualmente de 5 a 15 minutos luego del ejercicio. Los síntomas suelen ser sibilancias, tos, dificultades para respirar, opresión torácica o una combinación de los anteriores, que suelen durar hasta 30 minutos después del ejercicio (Clark & Cochrane, 2009).

Los pacientes en las dos primeras categorías no deberían presentar ningún problema a la hora de llevar a cabo un programa de ejercicios similar al que se prescribiría a cualquier persona sedentaria, siempre y cuando se tomen en cuenta las recomendaciones médicas con respecto al tratamiento farmacológico y los pacientes sean capaces de *auto monitorear* sus reacciones y el posible desarrollo de síntomas.

Casan & Güell (2004), por su parte, refieren que algunos mecanismos limitantes para la práctica de ejercicio en pacientes asmáticos son la hiperventilación y la exposición al aire muy frío o muy seco, los cuales producen un aumento transitorio en la resistencia al paso del aire por las vías aéreas en aproximadamente el 75-80% de los asmáticos.

Puede plantearse, que existe evidencia de que el componente de ejercicio contribuye al mejoramiento de la calidad de vida y estado de salud de los pacientes asmáticos. La Tabla 2 muestra un resumen de los aspectos metodológicos y los resultados más relevantes en algunos de estos estudios.

Basaran, et al. (2006), presentan una investigación en la cual se estudió a 66 niños asmáticos, a quienes se dividió de forma aleatoria en dos grupos. El grupo experimental se sometió a un programa de entrenamiento en baloncesto (una hora, tres veces por semana). Los resultados muestran que este entrenamiento derivó en mejoras significativas en la calidad de vida de los niños y en un aumento de la capacidad funcional de ejercicio. No se detectaron mayores cambios en la función pulmonar.

Los autores señalan que los beneficios psicosociales de participar en un programa de ejercicio compuesto por un deporte de equipo, compartiendo con otros niños asmáticos, podrían surtir un efecto adicional en la calidad de vida, además del programa de entrenamiento en sí.

Hallstrand, Bates & Schoene (2000), llevaron a cabo un estudio con 10 estudiantes (5 asmáticos y 5 no asmáticos), quienes se sometieron a un programa de ejercicios aeróbicos durante 10 semanas. Se concluye que en ambos grupos fue posible comprobar una mejoría significativa en la capacidad aeróbica. Los resultados muestran ganancias significativas en consumo máximo de oxígeno y umbral anaeróbico. Además, se encontraron, como beneficios adicionales para los pacientes con asma, el mejoramiento en la capacidad ventilatoria y la disminución de la hiperpnea del ejercicio.

Por otro lado, en el análisis de Platts-Mills (2005), se revisaron cinco ensayos controlados posteriores a 1990, en los que se estudiaron los beneficios del ejercicio en pacientes asmáticos. Se encontró que los programas de ejercicio en sus diferentes formas contribuyeron a mejoras en la calidad de vida y en la condición física; así como a la disminución de las dificultades para respirar y los niveles de lactato.

En esta misma línea, el meta-análisis de Ram, Robinson & Black (2000), que revisó ocho estudios desarrollados entre 1972 y 1995, demuestra que el entrenamiento físico en sujetos con asma mejora la capacidad cardiorrespiratoria (medida a través del VO₂máx), aunque no existe suficiente evidencia para establecer que se den cambios en la función pulmonar en reposo. No queda claro, tampoco, si el mejoramiento en la condición física se traduce en una reducción de los síntomas o en un mejoramiento de la calidad de vida. Los autores señalan que hay una necesidad de posteriores ensayos aleatorios controlados sobre los efectos del entrenamiento físico en el manejo del asma.

En una revisión posterior, Orenstein (Platts-Mills, 2005) encontró que el ejercicio en pacientes asmáticos mejora su capacidad cardiopulmonar y disminuye el riesgo de comorbilidades (enfermedades cardiovasculares y

diabetes). Este autor enfatiza que los beneficios del acondicionamiento físico en asmáticos son tanto subjetivos (mejoría en el estado emocional, mayor participación en actividades y disminución de la intensidad).

Con el fin de medir el nivel de actividad física de los estudiantes del ITCR se utilizó una adaptación del cuestionario QAPACE (Barbosa, et al., 2007). Este instrumento permite recopilar información sobre la frecuencia, duración e intensidad de actividades realizadas y, por consiguiente, brinda los datos necesarios para calcular el gasto energético diario. La intensidad se calcula tomando en cuenta el tipo de actividad y aplicando los valores de intensidad (en METS) correspondientes según el compendio de actividades físicas propuesto por Ainsworth, et al. (2000). De este modo, también es posible determinar la cantidad de MET-minutos por semana de cada sujeto en actividades de cierta intensidad.

La auto eficacia alude a un componente cognitivo que puede ser fortalecido mediante intervenciones cognitivo-conductuales; y debido a su relevancia en los procesos de cambio conductuales ameritaría ser tomada en cuenta como parte de posibles propuestas de intervención para el asma.

García-López, et al. (2008), aseveran que, debido a que hay variables cognitivas, emocionales y conductuales que influyen en el desarrollo del asma, resulta imprescindible atender estas variables a través de estrategias tales como facilitar información precisa acerca de la enfermedad, fomentar un apropiado estado de alerta y una comprensión adecuada del tratamiento, con el fin de que los pacientes se sientan más preparados, afronten la enfermedad más positivamente y se adhieran mejor al tratamiento. Estos autores apuntan que algunos planteamientos terapéuticos que han demostrado su eficacia en el tratamiento del asma se basan en estrategias dirigidas a la mejora en los estilos de afrontamiento, en la capacidad de percepción de los síntomas y la reducción o eliminación de conductas no saludables (como, por ejemplo, las relacionadas con el fumado y la reducida práctica de ejercicio físico). Se considera que los programas de auto-manejo constituyen una forma de intervención práctica y conveniente para alcanzar estos objetivos.

Warsi, et al. (2004), en su revisión de programas de educación en automanejo de enfermedades crónicas, refieren que, en el caso de los programas dirigidos a pacientes asmáticos, los principales aportes fueron la reducción de ataques de asma y el mejoramiento de las conductas de auto-cuidado.

En el estudio de Ávalos (2006), se trabajó con 30 pacientes asmáticos a quienes se dividió en dos grupos y se les

entrenó en técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular e instruyó en el auto-registro de algunas variables asmáticas (frecuencia, intensidad y duración de las crisis respiratorias). A ambos grupos, se les brindó información psicoeducativa relevante para el manejo del asma (mediante un folleto) y a uno de ellos, adicionalmente, se les proporcionó recomendaciones para extender el auto *monitoreo* a otros hábitos saludables.

DESARROLLO

El asma es una enfermedad crónica de las vías aéreas que puede ser severa y en algunos casos puede traer consecuencias fatales para quienes la padecen. Está considerada como un serio problema global de salud debido a que las poblaciones de todas las edades y países del mundo se encuentran afectados.

El asma hasta hace pocos años era considerada una enfermedad rara en los ancianos. En la actualidad la prevalencia de asma en esta etapa de la vida se considera similar a la de otros grupos de edad, aunque en algunas investigaciones, está estimada entre el 3 al 5 % con variaciones que pueden oscilar entre el 2 al 12 %.

Con el incremento de la expectativa de vida, cada vez mayor número de asmáticos llegan con su padecimiento a la tercera edad. En general, se suele pensar que el tipo de asma que se observa con mayor frecuencia en los adultos mayores es el asma no alérgica o asma intrínseca, descrita por Rackeman a principios del siglo XX, que se inicia después de los treinta años y en la que no es posible establecer una relación causal con factores extrínsecos, a la que Gómez Echevarría en Cuba denominó como un asma sin origen demostrable.

Contrario a la creencia popular, los síntomas de enfermedades alérgicas entre las que se puede incluir el asma, pueden aparecer por primera vez cuando las personas alcanzan la edad de jubilarse, aunque a esas edades suele ser más frecuente el asma no alérgica.

Algunos investigadores hablan de 2 tipos de asma en los gerontes, o al menos, de 2 grupos de pacientes:

- Aquellos que padecen la enfermedad desde jóvenes, es decir, el asma crónica o asma de aparición temprana que persiste aún en la ancianidad.
- El asma de aparición tardía, que aparece después de los sesenta y cinco años, la cual es menos frecuente. Muchas veces surge en relación con un episodio de infección respiratoria más persistente y es resistente a los medicamentos. Su evolución a largo plazo todavía no es bien conocida.

La relevancia en esta distinción es que la enfermedad es más severa en pacientes que reportan un asma de aparición temprana, y puede resultar mortal cuando es un asma de aparición tardía.

En relación con la severidad del asma se han relacionado 5 factores que pueden complicar este padecimiento en los ancianos: síntomas no específicos comunes a otras enfermedades, presencia de enfermedades coexistentes, diferenciación de bronquitis crónica, percepción alterada de los síntomas y la reducción asociada de asma y atopia en el anciano.

Aunque la aparición de alergias es menos frecuente en personas mayores de 60 años, el asma es una enfermedad que se puede desarrollar en cualquier momento y es frecuente que el asma afecte a personas de la tercera edad. Tal vez el paciente no lo sepa, pero si tiene alguna forma de jadeo, o respira con dificultad o con ruidos en el pecho al padecer un resfriado, quizás tenga un asma encubierta.

Por lo que se puede afirmar que el asma aparece también en la tercera edad, pues estudios realizados por algunos autores han demostrado que el asma es tan común en los ancianos como en la mediana edad y refieren que su diagnóstico se pasa por alto en los pacientes ancianos, a pesar de que es a menudo más severa en este grupo.

El asma es una enfermedad crónica que afecta a todas las edades, su prevalencia en la población adulta es elevada y se ha incrementado en muchos países desde la década del 70 asociado al proceso de urbanización.

Durante los años ochenta diversos estudios llamaron la atención sobre el sorprendente aumento de la prevalencia del asma. Los resultados del Estudio Europeo de Salud Respiratoria (Community Respiratory Health Survey –ECRHS–) (10) mostraron que a principios de los años noventa, un 4,5 % de la población de 20 a 44 años tenía asma, definida esta como una respuesta afirmativa a alguno de los tres síntomas siguientes: despertares nocturnos por disnea, haber sufrido una crisis asmática o estar recibiendo tratamiento para el asma. Dicho estudio mostró que su prevalencia fue más elevada en Australia, Nueva Zelanda, Estados Unidos, Irlanda y Reino Unido, y más baja en Islandia, Alemania e Italia.

En Cuba, se ha encontrado una prevalencia del 8,2 % en 1983 y se estima que en la actualidad pueda ser de más de un 10 % de la población. En un estudio sobre el comportamiento del asma bronquial en nuestro medio, Abdo Rodríguez & Cué Brugueras (2006), en un análisis de las estadísticas de salud observaron un incremento en el número de pacientes asmáticos dispensarizados desde el

2001 al 2004, de igual forma se pueden mencionar a otros autores que en investigaciones internacionales reportan un incremento de estos casos.

En la actualidad se estiman en 300 millones de personas que en el mundo padecen de asma y se reportan cifras altas de prevalencia en países como Australia, Nueva Zelanda e Inglaterra, sin poder definir si esto obedece a diferencias entre el medio ambiente, la industrialización o la presencia de diferentes alérgenos.

Por otra parte, un reporte de las clínicas de medicina geriátrica de Norteamérica reporta un estimado de asma en el anciano entre un 7 a un 9 % de la población.

En general, la opinión internacional está de acuerdo en aceptar un incremento de la morbilidad y la mortalidad por asma en la mayoría de los países.

Aunque se sugiere un incremento de la mortalidad por asma en el mundo, los datos a veces tienen valor limitado, dado que se reporta como causa de muerte, porque en ellos coexisten el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y se reportan como rangos de alta mortalidad en el anciano.

En comparación con la de la EPOC, la mortalidad por asma es baja, a pesar de que según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2000, plantea que se producen unas 180 000 muertes anuales por esta enfermedad en todo el mundo.

Los factores asociados a la mortalidad por asma no están bien establecidos, en parte por la existencia de resultados contradictorios y en parte porque diversos estudios de series de casos pueden presentar sesgos de selección importantes, sobre todo en la tercera edad y con relación a la EPOC.

Sin embargo, se sabe que los factores asociados a un mayor riesgo de muerte en personas que padecen asma son:

- La infravaloración de la gravedad por el médico o el paciente, es decir, ambos piensan que va a ceder la crisis y no ven la necesidad del ingreso.
- El mal control del asma, o sea, no se trata de manera correcta, ni se tienen en cuenta los 5 pilares de tratamiento.
- Tratamiento excesivo con fenoterol: los pacientes abusan de los broncodilatadores sin darse cuenta de que se requiere otros medicamentos para aliviar la sintomatología y salir de las crisis.
- Infratratamiento con esteroides inhalados (a veces las dosis de esteroide quedan por debajo por temor a las reacciones secundarias de estos medicamentos).

- Un bajo nivel socioeconómico: el paciente no tiene a veces nivel de entendimiento para comprender la conducta que se indica, o no puede llevar las medidas de control del microambiente por malas condiciones y estilos de vida o por percibir bajos ingresos monetarios, entre otros.

Desafortunadamente, las hospitalizaciones y las muertes por asma han aumentado en los últimos 30 años, en especial en las últimas décadas, así como la demanda en consultas y cuerpos de guardia, a la vez el asma ha aumentado su grado de severidad.

En la actualidad la tendencia en el mundo es hacia un aumento progresivo del asma bronquial y este incremento está en relación directa con las características del macro y micro ambiente en que se vive, sin dejar de considerar que una historia familiar de atopia está evidentemente asociada a un aumento del riesgo de padecer la enfermedad.

El término asma ha englobado muchos patrones de respuesta a una gran variedad de estímulos, que tienen como forma de expresión común una obstrucción variable al flujo de aire en su paso por las vías aéreas. Dentro de esta condición heterogénea se hace difícil describir adecuadamente la severidad de ella.

En la actualidad el asma bronquial se define por el Proyecto Iniciativa Global para el Asma (Global Initiative for Asthma, 2008): como un desorden inflamatorio crónico de las vías aéreas, en las cuales muchas células juegan su papel, entre las que se incluyen las células cebadas y los eosinófilos. En individuos susceptibles esta inflamación causa síntomas que están comúnmente asociados con una obstrucción amplia pero variable del flujo de aire, que es frecuentemente reversible, tanto espontáneamente como con tratamiento, y causa un incremento asociado en la reactividad de la vía aérea ante una amplia variedad de estímulos.

El asma es provocada por múltiples factores, en personas con una tendencia hereditaria a desarrollar la enfermedad. Factores que pueden predisponer a padecer asma: como una historia familiar de asma y otras enfermedades alérgicas, antecedentes personales de manifestaciones alérgicas, la exposición al humo del cigarro, las infecciones respiratorias virales, la presencia de alérgenos domésticos o alérgenos ambientales, la utilización de medicamentos y otros que en sentido general caracterizan el asma bronquial a cualquier edad.

En el anciano algunos autores especulan sobre la mayor tendencia en la vida moderna a mantener estadios prolongados en ambientes, en contacto con alérgenos

domésticos, sumados a los claros antecedentes familiares con evidencias genéticas en cromosomas.

Por otra parte, el envejecimiento es un proceso natural que puede obstaculizar tanto el diagnóstico como el tratamiento del asma. Se sabe que el envejecimiento de la población mundial es un hecho que se ha acelerado, sobre todo, en la segunda mitad del siglo XX y Cuba es ya un ejemplo de país en desarrollo con un envejecimiento importante de su población, donde el 15,4 % de los cubanos tienen hoy 60 años y más y se considera que esta cifra aumentará a 20,1 % para el 2025.

De ahí la importancia de que en Cuba cada vez sea más creciente la atención a la población de la tercera edad y el estudio de las enfermedades crónicas no transmisibles y dentro de este grupo en especial, las alergias y el asma bronquial.

La morbilidad por asma bronquial representa un serio problema para la familia y la sociedad ya que resulta una significativa carga, no solamente en cuidados de salud por los costos, sino porque reduce la productividad laboral todavía importante para un grupo de personas que arriban a la tercera edad con suficiente validismo, lo que repercute tanto en la economía, como en la dinámica de la vida familiar, además de que se deteriora la calidad de vida del individuo.

En los pacientes de la tercera edad, en ocasiones, se hace muy difícil distinguir si se trata de asma u otra enfermedad respiratoria, máxime si se tiene en cuenta, que las personas mayores poseen en ocasiones una pobre percepción de la falta de aire, por lo que el asma en los ancianos es una enfermedad considerada como subdiagnosticada y subtratada con cifras que se estiman hasta en un 15%, lo que ensombrece el pronóstico y la evolución.

Se sabe que los asmáticos en la tercera edad responden básicamente a los mismos mecanismos y estímulos conocidos, pero con las modificaciones introducidas por el deterioro del tiempo (deterioro bronquial, pulmonar y de la caja torácica, propio de la edad) y los distintos tratamientos realizados desde el inicio de la patología, así como a las terapéuticas asociadas por otras patologías.

Resulta más difícil si se tiene en cuenta que en el cuadro clínico del paciente asmático es típico el empeoramiento en horas nocturnas y en las primeras horas de la mañana y generalmente en este medio el asma suele ser persistente y se mantiene durante todas las épocas del año con posibilidades de padecer crisis.

Una serie de enfermedades pulmonares, como la bronquitis y los enfisemas, tienen síntomas similares al asma,

en particular en los fumadores. En algunos adultos mayores la bronquitis puede confundirse con el asma, en otros el asma parece un enfisema pulmonar y suele ser confundida con la EPOC. Más aún, una persona puede tener enfermedad cardíaca y pulmonar al mismo tiempo, situación que complica aún más el diagnóstico de asma.

Una persona anciana suele padecer más problemas de salud y, consecuentemente, tomar más medicamentos que un adulto joven. Ambas son razones importantes para considerar a los asmáticos de la tercera edad como un grupo que merece especial atención.

Si el asma no es correctamente diagnosticada y controlada puede llevar a:

- Desarrollar una limitación permanente del flujo aéreo.
- Conducir a una significativa incapacidad física y social.
- Causar la muerte debido a crisis graves.

Sin embargo, un adecuado manejo de la enfermedad a cualquier edad y en especial en la tercera, puede aliviar los síntomas y permitir al paciente hacer una vida social y profesional normal.

Por lo que se hace necesario en esta etapa de la vida hacer hincapié en el diagnóstico positivo y diferencial del asma y en particular no dejar de considerar a:

- La EPOC con sus distintas variantes, en ocasiones difícilmente diferenciales del asma.
- La insuficiencia cardíaca por su alta frecuencia en este grupo de edad.

Para ello se requiere de un mejor diagnóstico, el cual se realiza con la ayuda de los análisis de laboratorio que incluyen en este grupo la cuantificación de inmunoglobulinas y la medición de los flujos aéreos por intermedio del medidor de flujo pico espiratorio.

Los parámetros funcionales son de gran valor ya que la ausencia de reversibilidad no excluye el diagnóstico de asma con absoluta certeza, ya que el asma crónica puede ser irreversible o ser parcialmente reversible al broncodilatador. En estudios realizados en un grupo de pacientes asmáticos ancianos comprueban que fue significativa la mejoría del valor del volumen expiratorio forzado en 1 segundo (VEF1) expresado según el valor predicho en los pacientes asmáticos cuando comienzan a llevar un tratamiento estable.

Si bien el paciente anciano cuenta con una gran cantidad de recursos terapéuticos, no se debe olvidar que, con la edad avanzada, vienen las enfermedades crónicas y otros problemas de orden psicomotriz que complican

el cuadro, y la aplicación de tratamientos – que no traen problemas en pacientes más jóvenes – pueden resultar engorrosos, limitados en los mayores de 60 años.

Se debe tener en cuenta que las personas mayores pueden tomar medicamentos para otras afecciones y que el medicamento que alivia un problema de salud puede ocasionar otro, como efecto secundario (no deseado). Algunos ancianos, por ejemplo, empeoran su asma cuando toman antihipertensivos y otros cuando toman medicamentos para proteger la función cardíaca.

Además de las interacciones farmacológicas, el tratamiento de los pacientes de edad avanzada requiere consideraciones especiales vinculadas al proceso normal del envejecimiento, así como a la comorbilidad (enfermedades que se presentan simultáneamente en una misma persona).

De ahí que se considere que en esta edad los objetivos del tratamiento sean:

- Prevenir los síntomas.
- Mantener una actividad normal.
- Prevenir las exacerbaciones y minimizar el número de veces de asistencia al cuerpo de guardia y la frecuencia de ingresos.
- Uso óptimo de los fármacos con un mínimo de riesgos de efectos indeseados.

El nuevo enfoque terapéutico cuenta con nuevas drogas más eficaces y menos tóxicas, y el replanteo de las medicaciones anteriores. El tratamiento farmacológico actual está dirigido principalmente a combatir el factor inflamatorio de la vía aérea y de ahí que la pauta de tratamiento del asma bronquial en la tercera edad deba evitar el uso de la polifarmacia en el anciano y preconizar:

- La introducción temprana de glucocorticoides inhalables.
- El uso de antihistamínicos para las otras manifestaciones alérgicas.
- La educación del paciente con respecto a su enfermedad.
- La rehabilitación respiratoria.

La provincia Cienfuegos, no está exenta de esta situación en relación al envejecimiento y al incremento de la morbilidad por asma bronquial. En especial en el adulto mayor, un estudio comparativo de dos series de casos con 50 pacientes adultos e igual número de pacientes adultos mayores, observó que las características clínicas y epidemiológicas del asma bronquial en los pacientes estudiados, resultaban ser bastante similares a las de los

asmáticos adultos, presentan sin embargo en una proporción mayor, un asma de moderada a severa y contrariamente a lo que habitualmente se piensa, al clasificarlos, los asmáticos adultos mayores estudiados padecían con mayor frecuencia de un asma bronquial alérgica que de un asma bronquial intrínseca, y además presentaban un asma envejecida.

Los pacientes asmáticos de la tercera edad estudiados habían recibido siempre un tratamiento médico similar al de los asmáticos adultos, sin tener en cuenta la comorbilidad y los factores del envejecimiento, por lo que se sugirió entonces una guía de buenas prácticas para asma bronquial en el adulto mayor.

Por otra parte, al estudiar la inmunidad humoral en este mismo grupo de pacientes adultos mayores, no se observó, afectaciones en este sentido. En relación con la mortalidad en esta investigación, como en todo el país, las tasas de mortalidad por asma bronquial resultan ser muy bajas.

El manejo de las alergias y asma en el paciente de la tercera edad, requiere el entendimiento y trabajo de equipo del alergólogo, el Médico de Familia y en ocasiones del Geriatra. Estos profesionales deben ser conscientes de los efectos de los medicamentos, así como, de las posibilidades de interacciones entre ellos. Es aconsejable animar al paciente a hacer una lista de todos los medicamentos que toma, y mostrarla a los médicos en cada visita.

Al envejecer, ciertas cosas cambian, y frecuentemente, los cambios de salud requieren de medicamentos adicionales. Algunos medicamentos, tales como los beta bloqueantes, que se usan frecuentemente para la hipertensión arterial y alteraciones cardíacas leves, o en la tensión en los ojos, pueden tener un efecto importante en el paciente con asma, y pueden hacer más difícil el tratamiento del asma.

Además de las interacciones farmacológicas, el tratamiento de los pacientes de edad avanzada requiere consideraciones especiales vinculadas al proceso normal del envejecimiento, así como a la comorbilidad (enfermedades que se presentan simultáneamente en una misma persona) que es muy frecuente en la población en esta época de la vida.

Hay que tener en cuenta que las personas mayores pueden tomar medicación para otras afecciones y que el medicamento que alivia un problema de salud puede ocasionar otro, como efecto secundario no deseado. Algunos pacientes, por ejemplo, empeoran de su asma cuando toman antihipertensivos, otros cuando toman

medicamentos para proteger la función cardíaca. Los fármacos para controlar la presión arterial que pueden afectar negativamente al asmático, incluyen a los bloqueantes beta-adrenérgicos (propranolol, nadolol, timolol) y los llamados inhibidores de la ECA. Por otro lado, los hipnóticos que ayudan a los ancianos a conciliar el sueño, pueden afectar al paciente con asma. Este tipo de drogas sedantes hace que la respiración sea más lenta y menos profunda, lo que puede resultar peligroso para quienes tienen una afección respiratoria como el asma. Sin embargo, nunca decida por sí mismo suspender o reducir la dosis de un medicamento indicado por su médico: si tiene inconvenientes que usted asocia con el consumo de algún medicamento, coméntelo con su Médico de Familia; solo él es el indicado para determinar si es conveniente cambiar lo recetado por otro fármaco, variar la dosis o suspender la toma.

CONCLUSIONES

Son imprescindibles entonces, esfuerzos adicionales en la atención médica y en la educación de los pacientes, que promuevan el cumplimiento y la adhesión al tratamiento de los ancianos asmáticos.

El comportamiento clínico y epidemiológico del asma bronquial en la población de la tercera edad, resulta un tópico casi desconocido en las investigaciones sobre esta enfermedad en el medio, donde el asma bronquial es considerada un problema de salud dada su alta prevalencia (alrededor del 10 %) y existe una tendencia elevada al envejecimiento poblacional, con una política de salud dirigida a mantener la calidad de vida a los pacientes geriátricos.

Existen en Cuba pocas investigaciones que estudien el asma bronquial en particular en la tercera edad, por lo general, los estudios del asma bronquial en la población adulta incorporan a los asmáticos a partir del grupo de edad de 15 años y más. Dado que el asma bronquial en el anciano es una enfermedad subdiagnosticada y subtratada y por lo general confundida con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, reviste gran importancia su estudio, si se considera además que Cuba es un país que tiene una tendencia elevada al envejecimiento poblacional; pero con una política de salud dirigida a mantener la calidad de vida de los pacientes geriátricos.

El conocimiento de estas características de la enfermedad en los pacientes de edad avanzada permitirá evaluar la existencia de algunas peculiaridades presentes en los asmáticos de la tercera edad, en relación con los otros grupos de edad, como una aproximación a esta temática en Cuba, con el propósito de combatir esta afección de

manera eficaz y lograr favorecer la calidad de vida en estos pacientes, en concordancia con la política para mejorar la salud de los adultos mayores del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdo Rodríguez, A., & Cué Brugueras, M. (2006). Comportamiento del asma bronquial en Cuba e importancia de la prevención de las enfermedades alérgicas en infantes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(1).
- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Whitt, M. C., Irwin, M. L., Swartz, A. M., Strath, S.J. (2000). Compendium of Physical Activities: an Update of Activity Codes and MET Intensities. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32(9), 498-504.
- Ávalos, F. (2006). Investigación clínica de autoayuda en el tratamiento del asma. *Psicología y Salud*, 16(1), 23-32.
- Barbosa, N., Sánchez, C., Vera, J., Pérez, W., Thalabard, J. C., & Rieu, M. (2007). A Physical activity questionnaire: reproducibility and validity. *Journal of Sport Science and Medicine*, 6, 505-518.
- Basaran, S., Guler-Uysal, F., Ergen, N., Seydaoglu, G., Bingol-Karakoc, G., & Ufuk Altintas, D. (2006). Effects of physical exercise on quality of life, exercise capacity and pulmonary function in children with asthma. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38, 130-135.
- Casan, P., & Güell, R. (2004). Prescripción del ejercicio en pacientes con enfermedad pulmonar crónica. En, J. R. Serra Ed.) *Prescripción del ejercicio físico para la salud*. (pp.189-210). Paidotribo.
- Clark, C., & Cochrane, L. (2009). Ashtma. En, J.L. Durs-tine, G.E. Moore, P.L. Painter y S.O. Roberts (Eds.) *ACSM's Exercise Management for Persons with Chronic Diseases and Disabilities* (pp.143-149). Human Kinetics.
- García-López, L., Piqueras, J. Rivero, R., Ramos, V., & Oblitas, L. (2008). Panorama de la Psicología Clínica y de la Salud. *Revista CES Psicología*, 1(1), 70-93.
- Global Initiative for Asthma. (2008). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. <http://www.ginasthma.org>
- Hallstrand, T., Bates, P., & Schoene, R. (2000). Aerobic conditioning in mild asthma decreases the hyperpnea of exercise and improves exercise and ventilatory capacity. *Chest*, 118,1460-1469.
- Magid, D., Houry, D., Ellis, J., Lyons, E., & Rumsfeld, J. (2004). Health-related Quality of Life Predicts Emergency Department Utilization for Patients with Asthma. *Annals of Emergency Medicine*, 43(5), 551-557.
- Méndez Guerra M. (2003). Calidad de vida en pacientes asmáticos mexicanos. *Rev Inst Nac Enf Resp.*, 16(4), 234-242.
- Nussbaum, M., & Sen A. (1998). La Calidad de vida. Fondo de Cultura Económica.
- Platts-Mills, T. (2005). Asthma severity and prevalence: an ongoing interaction between exposure, hygiene, and lifestyle. *PLoS Medicine*, 2(2)
- Ram, F., Robinson, S., & Black, P. (2000). Effects of physical training in asthma: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 34, 162-167.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2).
- Warsi, A., Wang, P., LaValley, M., Avorn, J., & Solomon, D. (2004). Self-management Education Programs in Chronic Disease. A Systematic Review and Methodological Critique of the Literature. *Archives of Internal Medicine*, 164, 1641-1649.
- Worsnop, C. (2003). Asthma and Physical Activity. Editorial. *Chest*, 124, 421-422.