



Editorial

El asma en las personas mayores también existe

Asthma Exists in Older People too



Lo que se ha dado en llamar *democratización de la supervivencia hasta la vejez* formaliza probablemente la revolución sociodemográfica más prominente experimentada por la humanidad (o al menos por parte de ella)¹. En España, y de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística, al 1 de enero de 2019 había 9.057.193 personas mayores de 65 años (un 19,3% sobre el total de población) y se estima que, para el 2068, la cifra superará los 14 millones (casi un 30% de la población)². Esta extensión del horizonte cronológico, consecuencia del desarrollo socioeconómico y de los avances en salud pública y ciencias médicas, suscita también retos a la sociedad y al propio individuo³. Uno de ellos son los cambios que conforman los rasgos de un buen número de patologías, generándose así escenarios en los que las dolencias quedan a la postre mal valoradas³.

El asma es un buen ejemplo, ya que es en los mayores de 65 años donde dicha entidad, con una prevalencia del 6-10% (similar a la de los adultos jóvenes) y predominio en las mujeres, provoca una considerable carga de enfermedad y adopta peculiaridades que, bajo determinados contextos, complican su identificación y manejo adecuados⁴⁻⁶. Habitualmente se trata de asmas cuyo inicio se remonta tiempo atrás (infancia y, sobre todo, edad adulta), aunque la aparición de nuevas asmas a partir de la sexta década no es un hecho insólito (60-100 casos por 100.000)^{4,7}. Asimismo, dos tercios de las muertes atribuidas al asma acontecen durante este momento vital y, además, existe una mayor tasa de mortalidad entre los asmáticos de 65 años o más, vinculada en gran medida a procesos cardiovasculares, patología respiratoria no asma y neoplasias⁴⁻⁶. Eso no quiere decir que todas las situaciones sean de entrada graves, pero sí que en muchas el grado de obstrucción de la vía aérea sea significativo y con escasa reversibilidad debido a la presencia de bronquiectasias, la intensidad del remodelado bronquial o la coincidencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica⁸. Finalmente, el asma de la tercera edad ocasiona una cantidad apreciable de ingresos hospitalarios, estancias más prolongadas y unos costes económicos directos notables^{6,9}.

Son diversas las causas que, en conformidad con la literatura actual (revisada en extenso en la referencia 10)¹⁰, condicionan este marco general: a) la inmunosenescencia y el desarrollo de una inflamación de bajo grado y sistémico; b) las modificaciones que el funcionalismo pulmonar experimenta con el paso del tiempo, ligadas a la progresiva rigidez de la pared torácica, la pérdida de fuerza de los músculos respiratorios, la disminución del retroceso elástico del parénquima y el aumento del volumen residual; c) la tendencia

a la hipopercepción de la disnea y la predisposición en no pocos a minimizar sus síntomas; y d) la multimorbilidad y la polifarmacia asociada que aumenta el riesgo de interacciones medicamentosas. La trascendencia de cada uno de los factores difiere de unos individuos a otros, entre varias razones porque los daños biológicos que acompañan al hecho de envejecer (la inestabilidad genómica, las modificaciones epigenéticas, la pérdida de la proteostasis. . .) no son lineales ni uniformes y su vinculación con la edad en años es relativa¹¹. No todos los ancianos son frágiles y el entorno, las inequidades en salud y el comportamiento particular, pasado y presente, influyen aquí de una manera importante^{11,12}.

Sea como fuere, lo cierto es que la aproximación al asma del paciente longevo exige del médico un enfoque del problema desde la multidimensionalidad, atendiendo los rasgos tratables detectados e identificando las barreras y limitaciones inducidas por las comorbilidades.

La clínica es similar y cuando el asma se remonta tiempo atrás, lo más probable es que sigamos estando frente a un asma¹⁰. Cuestión diferente será si los síntomas afloran por vez primera y, en ambos escenarios, si las evidencias objetivas son compatibles con el juicio inicial. La confirmación exige el empleo de pruebas funcionales respiratorias (espirometría y test broncodilatador, prueba de provocación bronquial o estudio de difusión, según las circunstancias)¹⁰. Es verdad que la práctica de la espirometría en los mayores acarrea dificultades, ya que exige maniobras respiratorias forzadas poco aptas para ellos y los esfuerzos submáximos entorpecen su correcta interpretación. No obstante, conviene indicar que con personal de laboratorio entrenado y constante la ejecución resulta factible en el 80-90% de las situaciones¹³. En caso de impedimento cabría plantearse la oscilometría de impulsos¹⁴. Aunque con menos asiduidad que en edades tempranas, la atopía puede concurrir en el asma del mayor y, en función de la historia, habrá que valorar la necesidad de estudio alérgico¹⁰.

En cuanto al tratamiento, los fundamentos no difieren, en lo sustancial, de lo recomendado para otras etapas de la vida, si bien hay que recordar que, con reiteración, estos pacientes se excluyen de los ensayos clínicos, aduciendo a la edad o las comorbilidades asociadas. Salvo que haya restricción física o deterioro cognitivo, los asmáticos de edad avanzada suelen mantener una adhesión terapéutica aceptable (siempre que sean instruidos adecuada y personalmente), siendo más frecuente el incumplimiento de tipo inconsciente, sobre todo por manejo incorrecto de los dispositivos de inhalación¹⁰. Por este motivo se debe prestar especial atención

a la elección de los mismos, considerando el flujo inspiratorio y la capacidad de coordinación de cada individuo¹⁰. Respecto a los fármacos biológicos hay pocos datos de seguridad y eficacia en el paciente mayor, pero su uso no está contraindicado¹⁰

Para acabar, volveremos al principio. Alguien dijo una vez que *envejecer es todavía el único medio que se ha descubierto para vivir muchos años*. La frase, llena de ironía, se queda corta al no mencionar que envejecer sin más y envejecer con el mejor estado de salud posible, son dos cosas distintas. El asmático mayor debe ser atendido por su(s) enfermedad(es) y no ignorado por su edad, toda vez que estamos ante una realidad compleja cuya magnitud va a seguir creciendo a la vista de las perspectivas demográficas antes apuntadas. Por eso extraña que esta forma de asma haya recibido poca atención por los neumólogos si se compara con el asma infantil, el asma ocupacional o el asma grave y que solo algunas normativas le dediquen un espacio específico¹⁵. Ha llegado el momento de rectificar. El asma en las personas mayores también existe y, a menudo, se nos olvida. Y una cuestión adicional clave no resuelta: ¿cuál es la patogenia del asma que se inicia después de los 65 años?

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de intereses en relación con el tema aquí tratado.

Bibliografía

- Pérez Díaz J. *La madurez de masas*. 1^a ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2003.
- Pérez Díaz J, Abellán García A, Aceituno Nieto P, Ramiro Fariñas D. Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Informes envejecimiento en Red; 2020.
- Abizando Soler P, Rodríguez Mañas L. *Tratado de medicina geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores*. 2^a ed. Barcelona, España: Elsevier; 2020.
- Gibson PG, McDonald VM, Marks GB. Asthma in older adults. *Lancet*. 2010;376:803–13.
- Skloot GS, Busse PJ, Braman SS, Kovaks EJ, Dixon AE, Vaz Fragoso CA, et al. An official American Thoracic Society workshop report: Evaluation and management of asthma in elderly. *Ann Am Thorac Soc*. 2016;13:2064–77.
- Dunn RM, Busse PJ, Wechsler ME. Asthma in the elderly and late-onset adult asthma. *Allergy*. 2018;73:284–94.
- Jones SC, Iverson D, Burns P, Evers U, Caputi P, Morgan S. Asthma and ageing: an end user's perspective. The perception and problems with the management of asthma in the elderly. *Clin Exp Allergy*. 2011;41:471–81.
- Reed CE. Asthma in the elderly: Diagnosis and management. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;126:681–7.
- Martínez-Moragón E, Serra-Batlles J, De Diego A, Palop M, Casan P, Rubio-Terrés C, et al. Coste económico del paciente asmático en España (estudio AsmaCost). *Arch Bronconeumol*. 2009;45:481–6.
- Perpiñá M, Gómez Bastero A, Trisán A, Martínez Moragón E, Álvarez Gutiérrez FJ, Urrutia I, et al. Documento de consenso de expertos para el control del asma en personas mayores. *Med Clin (Barc)*. 2021. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2021.04.028>. S0025-7753(21)00330-4.
- López Otín C, Blasco MA, Partridge L, Serrano M, Kroemer G. The hallmarks of aging. *Cell*. 2013;153:1194–217.
- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud 2015. [consultado Feb 2022]. Disponible en: www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/.
- Bellia V, Scichilone N, Battaglia S. Asthma in the elderly. *Eur Respir Mon*. 2009;43:56–76.
- Park JH, Lee JH, Kim HJ, Jeong N, Jang HJ, Kim HK, et al. Usefulness of impulse oscillometry for the assessment of bronchodilator response in elderly patients with chronic obstructive airway disease. *J Thorac Dis*. 2019;11:1485–94.
- Global Initiative for Asthma. *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. 2021 [consultado Feb 2022]. Disponible en: www.ginasthma.org.

Miguel Perpiñá Tordera^{a,*},
Francisco Javier Álvarez Gutiérrez^b y Marina Blanco Aparicio^c
^a Servicio de Neumología, Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia, España
^b Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España
^c Servicio de Neumología, Hospital Universitario A Coruña, A Coruña, España

Autor para correspondencia.
Correo electrónico: perpina.tordera@gmail.com
(M. Perpiñá Tordera).

◇ La filiación del Dr. Miguel Perpiñá corresponde hasta el año 2016. En la actualidad está jubilado.