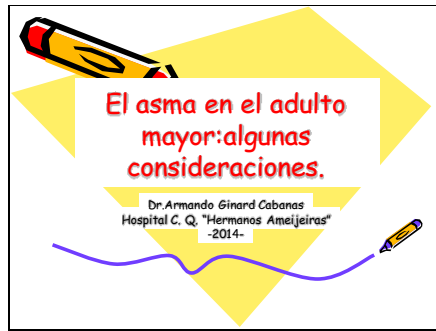
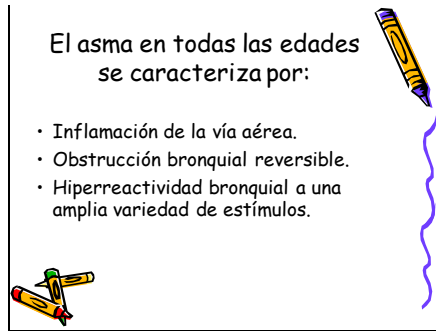


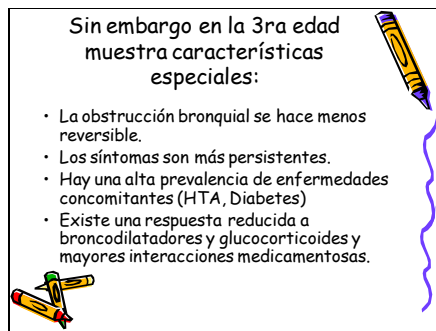
Diapositiva
1



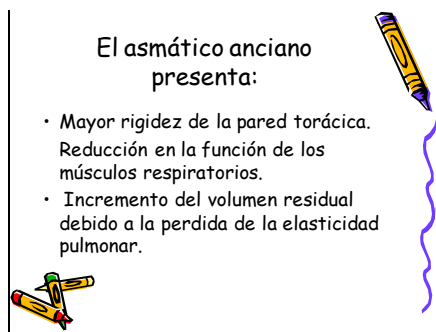
Diapositiva
2



Diapositiva
3





Diapositiva
4



Diapositiva
5

Causas de la obstrucción bronquial irreversible en el anciano asmático.



- Proceso de remodelado bronquial que se incrementa con la severidad de la enfermedad y el tiempo de evolución.
- Coexistencia de Asma y EPOC (frecuente en estas edades).
- Presencia de Bronquiectasias con fibrosis pulmonar segmentaria. En ocasiones coincide con Aspergilosis broncopulmonar alérgica. (Reed,2010).



Diapositiva
6

El problema del asma alérgica o IgE mediada y el asma "intrínseca" o no alérgica.



- El asma que comienza en la niñez o en los adultos antes de los 40 años está usualmente mediada por IgE.
- Cuando aparece más tarde en la vida adulta raramente es IgE mediada y no existen antecedentes personales o familiares de atopía. (Braman,et al 2007)



Diapositiva
7

Asma no alérgica. Patogenia. Dos vías de la inmunidad innata.

- Mediante bacterias Gram-(endotoxinas) y virus. estimulación de TLR-4 en células fagocíticas y dendríticas. Perfil de citocinas TH-1.
- Organismos multicelulares-acáros, hongos. Mediante estimulación de receptores activadores de proteasas(PARs-2) de células epiteliales. Perfil de citocinas TH-2. Activación de eosinófilos y neutrófilos, degranulación de mastocitos, contracción e hipertrofia de músculo liso, angiogénesis y fibrosis. (Reed,2010)





Diapositiva
8

Asma "intrínseca"

Fuentes de endotoxinas y proteasas similares a tripsina, considerar viviendas con: mascotas, ratones, cucarachas, hongos, ácaros del polvo doméstico, agua contaminada. Considerar también endotoxinas ocupacionales.

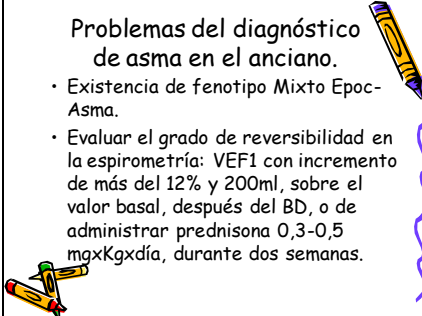
Todos estos agentes estimulan la inflamación mediada por la inmunidad innata.



Diapositiva
9

Problemas del diagnóstico de asma en el anciano.

- Existencia de fenotipo Mixto Epop-Asma.
- Evaluar el grado de reversibilidad en la espirometría: VEF1 con incremento de más del 12% y 200ml, sobre el valor basal, después del BD, o de administrar prednisona 0,3-0,5 mgxKgx día, durante dos semanas.



Diapositiva
10

Evaluar la reversibilidad

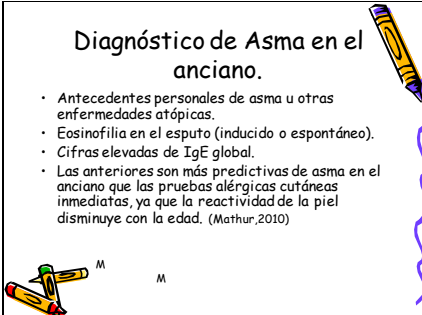
- Si el VEF1 mejora más del 15% y 400ml. Obstrucción reversible.
- Si el VEF1 no mejora más de 200ml. Obstrucción fija.
- Si lo hace entre 200-500ml. Indeterminada. Se recomienda administrar esteroides por más tiempo, si el diagnóstico de asma parece probable.



Diapositiva
11

Diagnóstico de Asma en el anciano.

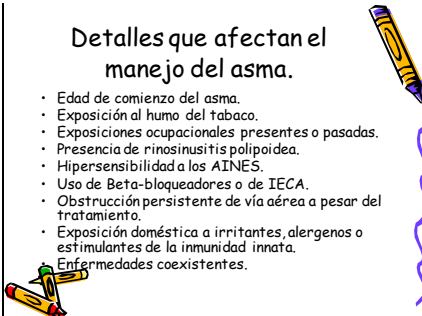
- Antecedentes personales de asma u otras enfermedades atópicas.
- Eosinofilia en el esputo (inducido o espontáneo).
- Cifras elevadas de IgE global.
- Las anteriores son más predictivas de asma en el anciano que las pruebas alérgicas cutáneas inmediatas, ya que la reactividad de la piel disminuye con la edad. (Mathur,2010)



Diapositiva
12

Detalles que afectan el manejo del asma.

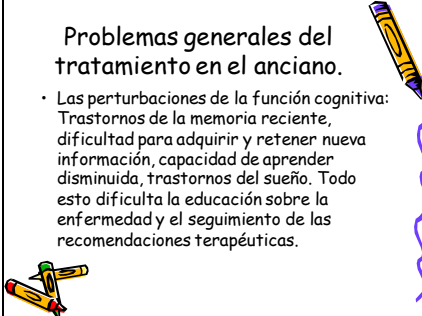
- Edad de comienzo del asma.
- Exposición al humo del tabaco.
- Exposiciones ocupacionales presentes o pasadas.
- Presencia de rinosinusitis polipoidea.
- Hipersensibilidad a los AINES.
- Uso de Beta-bloqueadores o de IECA.
- Obstrucción persistente de vía aérea a pesar del tratamiento.
- Exposición doméstica a irritantes, alérgenos o estimulantes de la inmunidad innata.
- Enfermedades coexistentes.



Diapositiva
13

Problemas generales del tratamiento en el anciano.

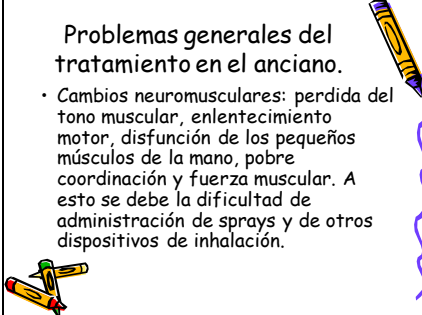
- Las perturbaciones de la función cognitiva: Trastornos de la memoria reciente, dificultad para adquirir y retener nueva información, capacidad de aprender disminuida, trastornos del sueño. Todo esto dificulta la educación sobre la enfermedad y el seguimiento de las recomendaciones terapéuticas.



Diapositiva
14

Problemas generales del tratamiento en el anciano.

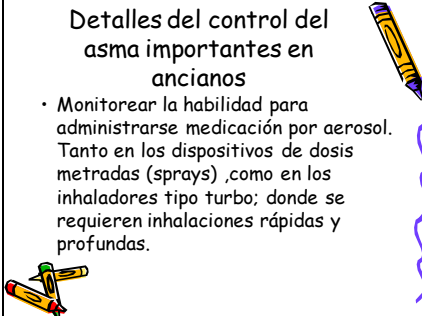
- Cambios neuromusculares: pérdida del tono muscular, enlentecimiento motor, disfunción de los pequeños músculos de la mano, pobre coordinación y fuerza muscular. A esto se debe la dificultad de administración de sprays y de otros dispositivos de inhalación.



Diapositiva
15

Detalles del control del asma importantes en ancianos

- Monitorear la habilidad para administrarse medicación por aerosol. Tanto en los dispositivos de dosis metradas (sprays) ,como en los inhaladores tipo turbo; donde se requieren inhalaciones rápidas y profundas.



Diapositiva
16

El control del asma en los ancianos.



- Controlar la exposición a agentes ambientales (muy importante).
- Establecer la mejor medida personal del VEF1.
- Corticosteroides inhalados, además adición de medicación oral: antagonistas de leucotrienos.
- Adicionar anticolinérgicos asociados a beta-agonistas. (Melani, 2013)



Diapositiva
17

**Interacciones
medicamentosas
potencialmente adversas**



- Beta-bloqueadores: indicados en la HTA, cardiopatías, glaucoma. Efectos adversos: empeoramiento del asma, pobre respuesta a los BD.
- Evitar si es posible. Si debe usarse hacerlo con una droga altamente beta-selectiva.



Diapositiva
18

Interacciones:



- AINES: puede empeorar el asma. Evitar si es posible.
- Diuréticos no ahorradores de potasio: al administrarse conjuntamente con beta - adrenérgicos y corticosteroides puede ocasionarse hipotasemia intensa con eventos cardiovasculares adversos.



Diapositiva
19

Interacciones

- Teofilina: tiene numerosos efectos adversos. Gran riesgo de toxicidad. Recordar que la: cimetidina, los macrólidos, propanolol, estrógenos, ciprofloxacina y verapamilo, incrementan los niveles plasmáticos de la teofilina.



Diapositiva
20

Tratamiento intercrisis.

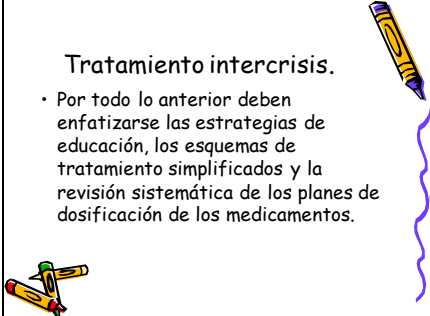
- Aunque en el anciano asmático el tratamiento no difiere al del adulto en general, existen más interacciones medicamentosas y reacciones adversas y una menor respuesta que en grupos de menor edad.



Diapositiva
21

Tratamiento intercrisis.

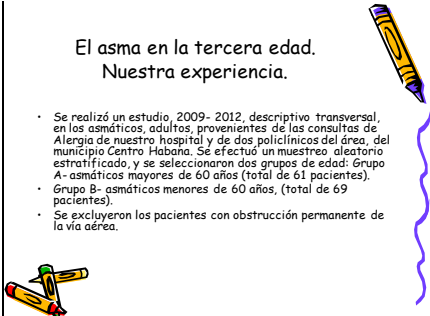
- Por todo lo anterior deben enfatizarse las estrategias de educación, los esquemas de tratamiento simplificados y la revisión sistemática de los planes de dosificación de los medicamentos.



Diapositiva
22

**El asma en la tercera edad.
Nuestra experiencia.**

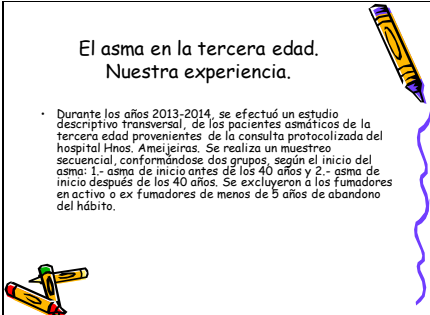
- Se realizó un estudio, 2009- 2012, descriptivo transversal, en los asmáticos, adultos, provenientes de las consultas de Alergia de nuestro hospital y de dos policlínicos del área, del municipio Centro Habana. Se efectuó un muestreo aleatorio estratificado, y se seleccionaron dos grupos de edad: Grupo A- asmáticos mayores de 60 años (total de 61 pacientes).
- Grupo B- asmáticos menores de 60 años, (total de 69 pacientes).
- Se excluyeron los pacientes con obstrucción permanente de la vía aérea.



Diapositiva
23

**El asma en la tercera edad.
Nuestra experiencia.**

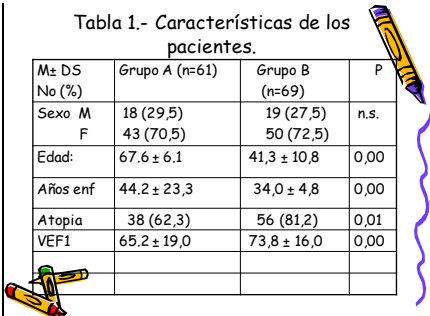
- Durante los años 2013-2014, se efectuó un estudio descriptivo transversal, de los pacientes asmáticos de la tercera edad provenientes de la consulta protocolizada del hospital Hnos. Ameijeiras. Se realiza un muestreo secuencial, conformándose dos grupos, según el inicio del asma: 1- asma de inicio antes de los 40 años y 2- asma de inicio después de los 40 años. Se excluyeron a los fumadores en activo o ex fumadores de menos de 5 años de abandono del hábito.



Diapositiva
24

Tabla 1.- Características de los pacientes.

M± DS No (%)	Grupo A (n=61)	Grupo B (n=69)	P
Sexo M	18 (29,5)	19 (27,5)	n.s.
F	43 (70,5)	50 (72,5)	
Edad:	67,6 ± 6,1	41,3 ± 10,8	0,00
Años enf	44,2 ± 23,3	34,0 ± 4,8	0,00
Atopia	38 (62,3)	56 (81,2)	0,01
VEF1	65,2 ± 19,0	73,8 ± 16,0	0,00



Diapositiva
25

Tabla 2. Control del Asma.

No (%) Media±DS	Grupo A n=61	Grupo B n=69	P
Control: c/pc/nc	9/17/35	25/14/30	0,02
TTO-csI	39 (63,9)	59 (85,5)	0,00
Salbutamol Spray/mes	1,4 ± 0,5	1,5 ± 0,6	0,12
Crisis x año (total)	24	7	0,00

Diapositiva
26

**Tabla 3.-Características del asma
en pacientes de la tercera dad.**

No (%) Media±Ds	Asma de comienzo temprano <40 años. N= 21	Asma de comienzo >40 años. N= 24	P
Sexo	M 3 (14,2) F 18 (85,7)	M 2 (8,3) F 22 (91,6)	n.s.
Edad	67,6 ± 5,1	67,4 ± 7,1	n.s.
Años con asma	58,1 ± 7,4	20,6 ± 13,0	0,00
Atopia	18 (85,7)	20 (83,3)	n.s.
VEF1	58,0 ± 18,2	73,9 ± 21,4	0,00

Diapositiva
27

Conclusiones

- Los pacientes mayores de 60 años presentaron un mayor deterioro del VEF1, que los pacientes más jóvenes. El deterioro es mucho mayor en los pacientes en que el asma comenzó en la infancia o adultez temprana, posiblemente debido al fenómeno del remodelado bronquial.
- Los asmáticos de la tercera edad, en su mayoría, estaban mal controlados, con exacerbaciones severas más frecuentes y utilizaban los esteroides inhalados en menor cuantía que los pacientes más jóvenes.
- Parece existir una alta prevalencia de atopia en los asmáticos de la tercera edad, en nuestro medio.
- Debiera definirse, en consecuencia, el papel etiológico de la alergia en este grupo de pacientes.

Diapositiva
28

Referencias Bibliográficas

- 1- Read CE. Asthma in the Elderly. Diagnosis and Management. J Allergy, Clin Immunol 2010; 126(4): 681-7.
- 2- Braman SS, Hanania NA. Asthma in older adults. Clin Chest Med 2007; 28(4): 685-702.
- 3- Mathur SK. Allergy and Asthma in the elderly. Semin Respir Crit Care 2010; 31(5): 587-95.
- 4- Melani AS. Management of asthma in the elderly patient. Clin Interv Aging 2013; 8: 913-22.
- 5- Hanania NA. Asthma in the elderly. Current understanding and future research needs. J Allergy Clin Immunol 2011; 128(3): 54-54.
- 6- Tzortzaki EG. Asthma in the elderly. Can we distinguish it from COPD? J Allergy 2011; 84: 35-43.