

Manejo del asma en la población geriátrica: enfoques terapéuticos actuales

Asthma management in the geriatric populatio: current therapeutics approaches

María Augusta Reyes Pérez ^{1*}



Joselyn Estefanía Analuisa Guamán ¹



Danna Mishelle Tamayo López ¹



Andrea Kerly Taco Quinaucho

¹ Universidad de los Andes, UNIANDES. Ambato, Ecuador.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: ua.mariareyes@uniandes.edu.ec

Recibido: 16/06/2025.

Aprobado: 25/10/2025.

Editor: Yasnay Jorge Saíñz.

Aprobado por: Silvio Emilio Niño Escofet.

RESUMEN

El manejo del asma en adultos mayores presenta desafíos particulares debido a los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, las comorbilidades prevalentes y el uso de múltiples medicamentos. A medida que la función pulmonar disminuye con la edad, el diagnóstico y tratamiento del asma en esta población se vuelve más complejo. El objetivo de esta investigación consiste en describir el estado actual del manejo del asma en la población geriátrica. Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura con bases de datos biomédicas prominentes PubMed, SciELO, Scopus y Google Scholar, con el propósito de identificar estudios relevantes publicados en la última década, relacionados con los factores de riesgo genéticos y ambientales asociados con el asma. La adherencia al tratamiento también puede verse afectada por factores cognitivos y físicos. En esta investigación se concluye que el paciente adulto mayor con asma es importante el diagnóstico preciso y temprano; los enfoques terapéuticos actuales para el tratamiento del asma en adultos mayores son efectivos, si se evalúan las opciones de tratamiento más efectivas y las estrategias para mejorar la calidad

ABSTRACT

The management of asthma in older adults presents particular challenges due to the physiological changes associated with aging, prevalent comorbidities and the use of multiple medications. As lung function declines with age, the diagnosis and treatment of asthma in this population becomes more complex. The objective of this study is to describe the current state of asthma management in the geriatric population. A comprehensive literature review was conducted using prominent biomedical databases PubMed, SciELO, Scopus and Google Scholar, with the aim of identifying relevant studies published in the last decade related to genetic and environmental risk factors associated with asthma. Treatment adherence may also be affected by cognitive and physical factors. This research concludes that accurate and early diagnosis is important for older adults with asthma; current therapeutic approaches for treating asthma in older adults are effective if the most effective treatment options and strategies for improving quality of life in this vulnerable population are evaluated.

Keywords: asthma, older adults, therapeutic management, comorbidities, treatment

de vida en esta población vulnerable.

Palabras clave: asma, adultos mayores, manejo terapéutico, comorbilidades, tratamiento

Introducción

El asma se define como una enfermedad heterogénea caracterizada por la inflamación crónica de las vías respiratorias, los síntomas pueden variar en dependencia del tiempo, la intensidad y frecuencia e incluir dificultad para respirar, opresión en el pecho y tos. Restringir el flujo de aire de ejecución también es un signo de asma, que además es una enfermedad común y crónica que afecta a las personas de todas las edades del mundo. La patología afecta tanto a adultos como a niños en todo el mundo con una prevalencia variable de 44 %; se estima que alrededor de 300 millones de personas en todo el mundo sufren de asma y ha causado aproximadamente 1,000 muertes por día. La mayoría de estas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medianos y se consideran prevenibles. ⁽¹⁾

El diagnóstico de asma suele ser complejo pues puede confundirse con otras enfermedades respiratorias que a largo plazo causan complicaciones y aumentan el riesgo a presentar crisis asmáticas. El uso del Índice Predictivo de Asma (IPA) modificado puede disminuir el margen de error, los criterios mayores se basan en el diagnóstico médico de asma en alguno de los padres, eccema atópico y sensibilización a algún alérgeno, en criterios menores se encuentra la presencia de sibilancias no relacionadas con catarros, eosinofilia en sangre > 4 %, presencia de rinitis alérgica diagnosticada, alergia a leche, huevo o frutos secos. ⁽²⁾

Por ello, es fundamental que el asma sea detectada y tratada de manera temprana. Un diagnóstico oportuno, combinado con un tratamiento adecuado y un manejo personalizado, puede marcar la diferencia en la vida del paciente. El uso de medicamentos específicos, junto con la educación sobre la enfermedad y el control de los factores desencadenantes, permite que las personas asmáticas lleven una vida activa y saludable, reduciendo significativamente el riesgo de exacerbaciones. ⁽³⁾

El asma, desde un enfoque tradicional, se ha categorizado en dos grandes tipos: el asma extrínseca, también denominada alérgica o atópica, y el asma intrínseca, que no guarda relación con alergias ni con la atopia. La primera se origina por una respuesta desmesurada de ciertas células inmunitarias encargadas de la producción de citocinas, se destacan entre ellas los linfocitos T CD4+, específicamente del subtipo T-helper 2 (Th2). Estas células desempeñan un papel clave en la inflamación eosinofílica de las vías respiratorias al liberar cantidades significativas de interleucinas como IL-4, IL-5 e IL-13, todo esto a su vez desencadena una hiperreactividad bronquial mediada por IgE. En contraposición, el asma intrínseca no muestra un incremento de los Th2, e incluso en algunos casos, estos pueden encontrarse en niveles más bajos de lo habitual. ⁽⁴⁾

La influencia genética en el asma ha sido ampliamente estudiada y se ha demostrado que esta enfermedad posee una fuerte predisposición hereditaria. Numerosos estudios han revelado que la prevalencia de asma es significativamente mayor en los familiares de primer grado de personas afectadas, esto sugiere que los factores genéticos desempeñan un papel crucial en su aparición. En este contexto, los estudios de concordancia en gemelos han proporcionado evidencia sólida, ha mostrado que los gemelos monocigóticos, quienes comparten el 100 % de su material genético, tienen una probabilidad mucho mayor de compartir la enfermedad en comparación con los gemelos dicigóticos. Esto respalda la idea de que el asma no es únicamente el resultado de factores ambientales, sino que la genética tiene una influencia sustancial.

Además, la heredabilidad del asma se estima en aproximadamente un 60 %, lo cual indica que una parte considerable del riesgo de desarrollar esta patología puede ser atribuida a la predisposición genética, se subraya así la importancia de la carga hereditaria en la manifestación de la enfermedad, de esta manera han permitido identificar varios genes clave asociados con la susceptibilidad al asma, especialmente aquellos involucrados en la respuesta inmune y la inflamación de las vías respiratorias.

Entre los genes más destacados se encuentra **IL13**, que está profundamente involucrado en la regulación de la producción de citocinas responsables de la inflamación crónica que caracteriza al asma y que contribuye a la hiperreactividad bronquial. Otros genes, como

ICAM-1 y **VCAM-1**, que codifican moléculas de adhesión celular, son fundamentales para la migración de células inflamatorias hacia las vías respiratorias y desempeñan un papel esencial en la exacerbación de la inflamación.

Asimismo, se ha identificado que los genes **ORMDL3** y **GSDML** influyen directamente en la sensibilidad de las vías respiratorias y en el funcionamiento del epitelio respiratorio, lo cual es crucial para la respuesta del organismo a los alérgenos y otros agentes irritantes. También se ha demostrado que los **receptores de vitamina D (VDR)**, junto con los genes del **complejo mayor de histocompatibilidad (MHC)**, que están involucrados en la regulación de la respuesta inmune, se asocian con un mayor riesgo de desarrollar asma. ⁽⁵⁾

La interacción de estos genes con los factores desencadenantes genera un agravamiento agudo o subagudo de los síntomas y la función pulmonar, la exacerbación asmática es responsables de esta enfermedad entre los principales desencadenantes encontramos la contaminación del aire, el humo de cigarrillo, exposición a alergenos y no cumplir con el tratamiento adecuado. Además, entre un porcentaje significativo de los casos, la inhalación de pelo de animales domésticos, especialmente gatos y perros, ha sido identificada como un desencadenante frecuente.

La convivencia con estos animales dentro del hogar también contribuye a la sensibilización. Por otro lado, no solo el pelo de los animales domésticos puede desencadenar síntomas, sino también productos como la saliva y la orina, además de la presencia de ratones, ratas, cucarachas y plumas de aves, cuyos residuos pueden provocar sensibilización y problemas respiratorios. ⁽⁶⁾

El asma se caracteriza por síntomas respiratorios recurrentes y limitación variable del flujo aéreo. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran las sibilancias, especialmente durante la exhalación. Además, los pacientes pueden experimentar opresión en el pecho, una sensación de constricción o incomodidad que varía en intensidad. Estos síntomas pueden ser intermitentes y presentarse con mayor intensidad durante la noche o en la madrugada, lo que afecta la calidad del sueño y la actividad diaria del paciente. ⁽⁷⁾

Dentro de los principales signos y síntomas podemos mencionar disnea de medianos y grandes esfuerzos, tos y sibilancias. La disnea o dificultad para respirar puede desencadenarse por distintos factores como el ejercicio, la exposición a alérgenos o infecciones respiratorias. La tos es otro signo común, especialmente seca y persistente, que suele empeorar durante la noche o después de hacer actividad física. En algunos casos, la tos puede ser productiva, es decir, acompañada de flema. La presencia de estos síntomas puede fluctuar con el tiempo, mostrando periodos de exacerbación seguidos de remisión.⁽⁸⁾

Además, el asma se clasifica según la gravedad de los síntomas y la limitación del flujo aéreo en leve intermitente, leve persistente, moderada persistente y severa persistente. Los pacientes con asma grave pueden presentar exacerbaciones más frecuentes y severas y requieren hospitalización o aumento en la dosis de corticoides. La evaluación clínica y las pruebas de función pulmonar, como la espirometría, son fundamentales para diagnosticar la enfermedad y determinar la severidad del cuadro.⁽⁹⁾

El diagnóstico del asma se basa en una combinación de historia clínica, examen físico y estudios complementarios de función pulmonar. De importancia vital es interrogar al paciente sobre sus síntomas, el entorno social y ambiental y antecedentes familiares de asma o alergias. Evaluar el cuadro clínico de asma, la presencia de exacerbaciones, en algunos casos el paciente puede estar asintomático, lo que dificulta el diagnóstico si no se realiza un adecuado seguimiento. Los síntomas pueden desarrollarse de forma progresiva a lo largo de varios días, lo que caracteriza al asma crónica, o aparecer súbitamente en cuadros agudos que requieren intervención inmediata con broncodilatadores y antiinflamatorios. En la práctica clínica antes de establecer el diagnóstico de asma se debe asegurar de descartar los diagnósticos posibles, disminuir los factores desencadenantes o agravantes para una mejor respuesta al tratamiento.⁽¹⁰⁾

La clasificación del asma es clave para su diagnóstico y manejo Según la guía GINA, el asma se categoriza en controlada, parcialmente controlada y no controlada. Para fines de investigación, se mantiene la clasificación en asma intermitente, leve persistente, moderada persistente y grave persistente. Los estudios de laboratorio y gabinete complementan el diagnóstico clínico. Se pueden realizar pruebas de sangre para detectar eosinofilia, lo que

sugiere un proceso alérgico, así como mediciones de IgE total y específica para identificar sensibilización a alérgenos.

La radiografía de tórax es útil para descartar otras patologías y puede mostrar signos de atrapamiento de aire en crisis asmáticas. Las pruebas de función pulmonar, como la espirometría y la flujometría, son esenciales para evaluar la obstrucción del flujo aéreo y su reversibilidad con broncodilatadores. La variabilidad del flujo espiratorio y la respuesta a pruebas de provocación con ejercicio o fármacos pueden ayudar a confirmar el diagnóstico. En conjunto, estos métodos permiten un diagnóstico preciso y la diferenciación del asma con otras enfermedades respiratorias. ⁽¹¹⁾

El tratamiento del asma severa en adultos requiere un enfoque multidisciplinario que incluya la educación del paciente sobre la identificación de crisis y la técnica inhalatoria, así como la evaluación de la adherencia y el manejo de comorbilidades. Para el control de la enfermedad, se utilizan comúnmente los corticosteroides inhalados (CSI) y los broncodilatadores de acción prolongada (LABA). A menudo, se requieren combinaciones de dos o más medicamentos controladores y la respuesta clínica del paciente debe ser considerada.

Se ha observado que la combinación de CSI y LABA mejora el control del asma y reduce las exacerbaciones. Los anticolinérgicos de acción prolongada, como el tiotropio, también se evalúan actualmente como opciones adicionales en pacientes que no responden adecuadamente al tratamiento estándar. Por su parte, los corticosteroides orales son indicados en casos específicos. ⁽¹²⁾

Los CSI son fundamentales en la terapia de asma severa y su dosis debe ajustarse según la respuesta del paciente. Existen signos clínicos que predicen una respuesta favorable a los CSI, como la reversibilidad en flujos espiratorios y niveles elevados de FeNO. Aunque hay poca evidencia para dosis altas en ciertos casos, se deben considerar ajustes basados en la respuesta clínica. ^(10, 12)

El tratamiento de base para el asma grave implica el uso de una terapia de mantenimiento con una combinación de GCI/LABA en dosis altas, correspondiente al escalón 5 del tratamiento según la GINA los escalones 5-6 de la GEMA. Si la enfermedad no está suficientemente controlada, se agregará al menos uno de los siguientes fármacos: tiotropio, antileucotrieno o teofilina. La elección del tratamiento debe considerar la eficacia de las opciones disponibles, su seguridad, el costo de las alternativas y la satisfacción del paciente con el nivel de control alcanzado.⁽⁹⁾

Las principales recomendaciones para el tratamiento son:

- En el asma persistente grave, se recomienda como primera opción un GCI en dosis altas combinado con un LABA, en línea con el escalón 5 de la GINA o los escalones 5-6 de la GEMA.⁽¹³⁾
- Para el asma grave no controlado, el tratamiento incluye los fármacos indicados en los escalones 5 y 6 (combinación de GCI/LABA en dosis altas junto con al menos un tercer fármaco, como tiotropio, antileucotrieno o teofilina), además de la implementación de un programa educativo sobre el asma, el manejo de comorbilidades y factores agravantes, así como la prevención y tratamiento de los efectos adversos de los glucocorticoides orales, considerados el último recurso terapéutico según la GEMA y la GINA.^(13,12)

El pronóstico del asma en adultos es menos favorable que en casos de inicio infantil, con una menor tasa de remisión y un mayor deterioro de la función pulmonar. Aunque hay menos estudios sobre el asma de inicio en la adultez, la evidencia indica que estos pacientes presentan menor atopia y mayor obstrucción del flujo aéreo.⁽¹⁴⁾

El asma en adultos es una enfermedad heterogénea con distintos fenotipos, como el asma con inflamación eosinofílica persistente, el asma en mujeres obesas y el asma ocupacional. En todos los casos, la función pulmonar es un factor clave en el pronóstico, muestran un mayor deterioro en comparación con adultos sanos, especialmente cuando el inicio ocurre en la edad adulta. El adulto mayor con diagnóstico de asma tiene posibilidad de desarrollar complicaciones por su enfermedad y por la terapéutica necesaria para lograr el control, esto genera ansiedad familiar y personal. Además, presentan múltiples comorbilidades que

empeoran el pronóstico, algunos no cumplen con el tratamiento adecuado y desconocen aspectos básicos y educativos de la enfermedad. ^(14,15)

Actualmente, no es posible prevenir completamente el asma, pero la sensibilización alérgica es su principal factor de riesgo y puede ocurrir antes del nacimiento. La exposición al humo del tabaco, tanto prenatal como posnatal, afecta el desarrollo pulmonar y aumenta el riesgo de enfermedades respiratorias en la infancia. Evitar factores desencadenantes es clave para mejorar el control del asma, se incluyen también alérgenos en el hogar como ácaros, hongos y alérgenos de animales, así como contaminantes ambientales como humo de tabaco, ozono y óxidos de nitrógeno.

En el ámbito laboral, la detección temprana de sensibilizadores ocupacionales es fundamental para prevenir el asma ocupacional. También se recomienda evitar sulfitos, aditivos alimentarios y medicamentos como la aspirina y los betabloqueadores. Aunque la inmunoterapia y los antihistamínicos H1 podrían reducir el riesgo en ciertos casos, aún se requieren más estudios. Finalmente, aunque el impacto de la vacunación contra la influenza en pacientes asmáticos no está completamente definido, se considera una posible medida preventiva. ⁽¹⁶⁾El objetivo de esta investigación consiste en describir el estado actual del manejo del asma en la población geriátrica.

Método

Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura en bases de datos biomédicas prominentes PubMed, SciELO, Scopus y Google Scholar, con el propósito de identificar estudios relevantes publicados en la última década, relacionados con los factores de riesgo genéticos y ambientales asociados con el asma. Se emplearon términos específicos relacionados con la genética, factores ambientales, desarrollo, progresión, prevención y tratamiento de la enfermedad.

La selección de estudios se realizó a partir de criterios de inclusión y exclusión para garantizar la calidad metodológica y la representatividad de las muestras. Se incluyeron estudios

clínicos, epidemiológicos y experimentales que abordaran directamente la relación entre los factores de riesgo identificados y el asma, así como su posible impacto en su etiología, evolución y opciones de intervención.

Esta metodología aseguró la recopilación de datos relevantes para profundizar en la comprensión de los factores de riesgo asociados con el asma y establecer las bases para futuras investigaciones y estrategias de prevención y tratamiento más específicas.

Desarrollo

El asma en el adulto mayor representa un desafío significativo en su diagnóstico y manejo, debido a la coexistencia de comorbilidades, el deterioro de la función pulmonar y la respuesta alterada a la terapia. La presencia de síntomas como disnea, tos y sibilancias pueden confundirse con otras patologías pulmonares, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), lo que requiere una evaluación exhaustiva mediante pruebas de función pulmonar, que incluyen espirometría y pruebas de reversibilidad con broncodilatadores.

En el paciente más joven, el inicio de los síntomas de forma general es más evidente y con menor interferencia de comorbilidades, lo cual permitió una respuesta más efectiva al tratamiento con corticoides inhalados y broncodilatadores de acción prolongada. Sin embargo, en el adulto mayor, la presencia de infecciones respiratorias recurrentes complica el control del asma, por tanto requirió hospitalizaciones y ajustes en la terapia farmacológica, incluyeron el uso ocasional de corticoides sistémicos y antibióticos en casos de infecciones bacterianas.

Un aspecto clave a considerar es el impacto de la función pulmonar. En los pacientes de mayor edad, la disminución de la función pulmonar es más pronunciada, ya que refleja un deterioro progresivo, relacionado con la edad y posibles daños acumulativos por exposición a irritantes ambientales. En contraste, los más jóvenes presentan una función pulmonar menos comprometida y una mejor respuesta al tratamiento, todo lo anterior sugiere que el inicio

temprano del asma en adultos mayores puede conllevar a una peor evolución si no se maneja adecuadamente.

La literatura respalda que el asma en adultos mayores es una enfermedad frecuentemente subdiagnosticada debido a la aceptación de la disnea como parte del envejecimiento y la dificultad en distinguirla de la EPOC. 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, lo que indica la cronicidad y persistencia del asma en este grupo etario. ⁽¹⁷⁾

Otro factor diferenciador es el impacto de la obesidad y el estado nutricional en el control del asma. El manejo integral del asma en adultos mayores debe incluir estrategias para prevenir exacerbaciones, como la vacunación contra la influenza y el neumococo, la educación en técnica inhalatoria y el control de factores de riesgo como tabaquismo pasivo, contaminantes ambientales y comorbilidades cardiovasculares. En ambos casos, una atención multidisciplinaria y un seguimiento cercano resultaron esenciales para mejorar la calidad de vida y reducir la frecuencia de hospitalizaciones. Esto subraya la importancia de un abordaje personalizado en el tratamiento del asma en poblaciones de edad avanzada y debe adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente para optimizar su pronóstico.

Conclusiones

El manejo del asma en el adulto mayor requiere de un diagnóstico preciso con espirometría y un tratamiento individualizado con corticoides y broncodilatadores inhalados. Es crucial optimizar la técnica inhalatoria y la adherencia al tratamiento. Un enfoque integral que incluye la educación del paciente, la identificación de desencadenantes, la vacunación y el seguimiento multidisciplinario, es clave para controlar la enfermedad, reducir las exacerbaciones y mejorar la calidad de vida.

Referencias bibliográficas

1. Franken Morales SS, Garcia Orrego AM, Pabón Bonilla D. Actualización del asma . Rev.méd.sinerg. 2021 [citado 22/09/2025];6(10):e717. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/717>
2. Caro Álvarez F, García González M. Asma: concepto, fisiopatología, diagnóstico y clasificación. Pediatr Integral. 2021 [citado 22/09/2025];XXV(2):56–66. Disponible en: https://www.pediatrintegral.es/wp-content/uploads/2021/xxv02/01/n2-056-066_FcoAlvarez.pdf
3. Calderón Villa R, Tejera Concepción JF. El asma bronquial. Una aproximación a esta mirada en Cuba. Conrado. 2020 [citado 22/09/2025];16(76):1-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rc/v16n76/1990-8644-rc-16-76-15.pdf>
4. Oquendo de la Cruz Y, Valdivia Álvarez I, Cisneros Rodriguez AR. Factores de riesgo relacionados con la severidad del asma bronquial en el Servicio de Urgencias. Rev cuba med gen integr. 2022 [citado 22/08/2025];38(2):e1743. Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1743/585>
5. Corona-Rivera J, Peña-Padilla C, Morales Domínguez GE, Romero Bolaño YM. Aspectos genéticos implicados en el asma. Rev. alergia México. 2023 [citado 22/08/2025]. Disponible en: https://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/1031/1756#content/contributor_reference_1
6. Ojeda González YG, Garib Hernández R, Riverón Proenza I. Factores desencadenantes de exacerbaciones asmáticas en pacientes de Neumología. Hospital General “Vladimir Ilich Lenin”, 2018-2019. CCM. 2024 [citado 22/08/2025];28:e4876. Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/4876/2503>
7. Parisi Claudio AS, Zunino S, Las Heras M, Orazi L, Bustamante L, Juskiewicz E, et al . Epidemiología del asma en adultos. Una visión introspectiva. Rev. alerg. Méx. 2020 Dic

[citado 20/08/2025];67(4):397-400. Disponible en:

<https://www.scielo.org.mx/pdf/ram/v67n4/2448-9190-ram-67-04-397.pdf>

8. Cedeño Pacheco JS. Exacerbaciones del asma bronquial en los pacientes adultos. Más Vita. Rev. de Ciencias de la Salud. 2024 [citado 20/08/25];6(4):70-81. Disponible en: <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/835>
9. Fernández N, Velasco A. Factores de riesgo para mal control de asma en adultos. Rev. alerg. Méx. 2019 [citado 20/08/2025];66(1):65-75. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/ram/v66n1/2448-9190-ram-66-01-65.pdf>
- 10 Gereda José E, Arruda-Chaves Erika de, Larco José, Matos Edgar, Runzer-Colmenares Fernando M. Asma grave: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Rev. alerg. Méx. 2024 [citado 02/08/2025];71(2):114-127. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/ram/v71n2/2448-9190-ram-71-2-114.pdf>
- 11 Río-Navarro Blanca E, Hidalgo-Castro EM, Sienra-Monge Juan JL. Asma. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2009 [citado 20/08/25];66(1):3-33. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v66n1/v66n1a2.pdf>
- 12 Barria P, Holguin F. ASMA SEVERA EN ADULTOS: ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. Rev. Médica Clínica Las Condes. 2015 [citado 20/08/2025];26(3):267-275. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864015000619>
- 13 Alvarez-Gutiérrez F, Casas-Maldonado F, González-Barcala FJ, Castilla-Martínez M, Martínez-Moragon E, Perpiñá-Tordera M, et.al. Documento de consenso de asma grave en adultos. Actualización 2020. Open Respir Arch. 2022 [citado 20/08/25];4(3):100192. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10369632/>
- 14 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. 2022 [citado 20/08/2025];38(2):1-15. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000200017&lng=es.

15 Díaz Luis O, Reytor Ortega Y, Legra Despaigne A, Lago Montano R, Fernández Olivera N. Caracterización del asma grave no controlada en adultos mayores de 60 años. Rev. Cuban de Med. 2023 [citado 20/08/2025];62(1):1-12. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/med/v62n1/1561-302X-med-62-01-e3005.pdf>

16 Brid-Carrera E, Perea-Zorrilla T. Control del asma, características clínicas y epidemiológicas en Panamá. (CASPAN: Control del asma en Panamá). Neumol. cir. torax. 2020 Sep [citado 20/08/2025];79(3):145-150. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002837462020000300145&lng=es

17 Martínez Barrera E, Alfonso Fernández LA, Figueroa García I, Ceballos Rodríguez E, Báez López JM, Ginard Cabanas A. Caracterización de pacientes ancianos con diagnóstico de asma bronquial. Acta Médica .2024 [citado 22/08/2025];25:e365. Disponible en:

<https://revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/view/365/pdf>

Declaración de conflicto de intereses

Los autores no declaran conflicto de intereses

Contribución de autoría

Los autores participaron en igual medida en la curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, software, supervisión, validación, visualización, redacción – borrador original y redacción – revisión y edición.



Los artículos de la [Revista Correo Científico Médico](#) perteneciente a la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional Email: publicaciones@infomed.sld.cu