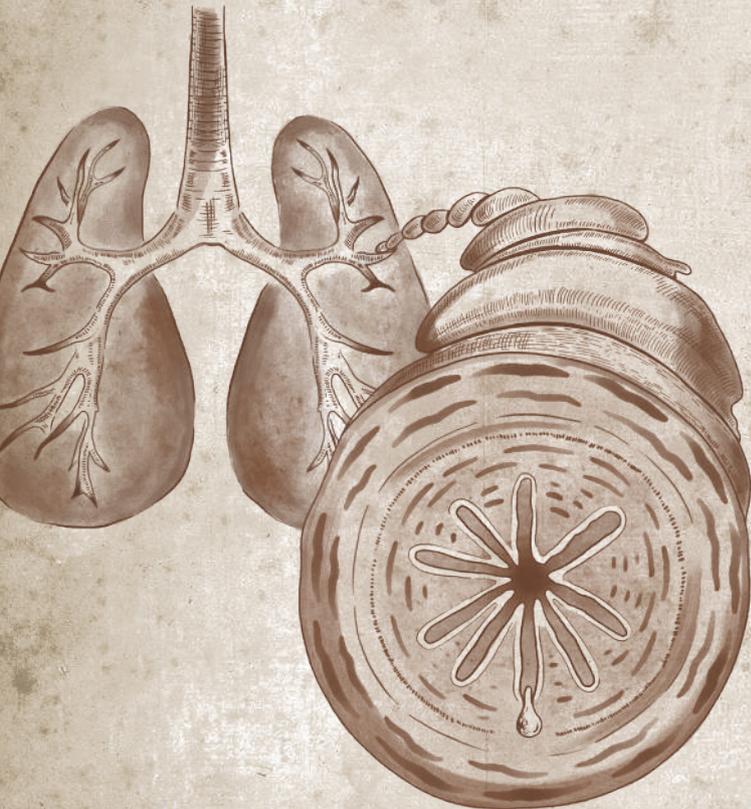


ASMA

Jaime Mariano Del Río Chivardi

Alergólogo pediatra, egresado del Hospital Infantil de México Federico Gómez, médico adscrito a esa institución, profesor adjunto del curso de Alergia e Inmunología Clínica Pediátrica.



Definición

◦ Es una **ENFERMEDAD CRÓNICA PULMONAR**, caracterizada por **limitación variable del flujo aéreo** secundaria al estrechamiento y engrosamiento de las paredes de la vía aérea, con incremento del moco.¹

La extravasación del plasma y la migración de células inflamatorias: **EOSINÓFILOS, NEUTRÓFILOS, LINFOCITOS, MACRÓFAGOS Y CÉLULAS CEBADAS** son la **causa de esta limitación de la vía aérea**.¹

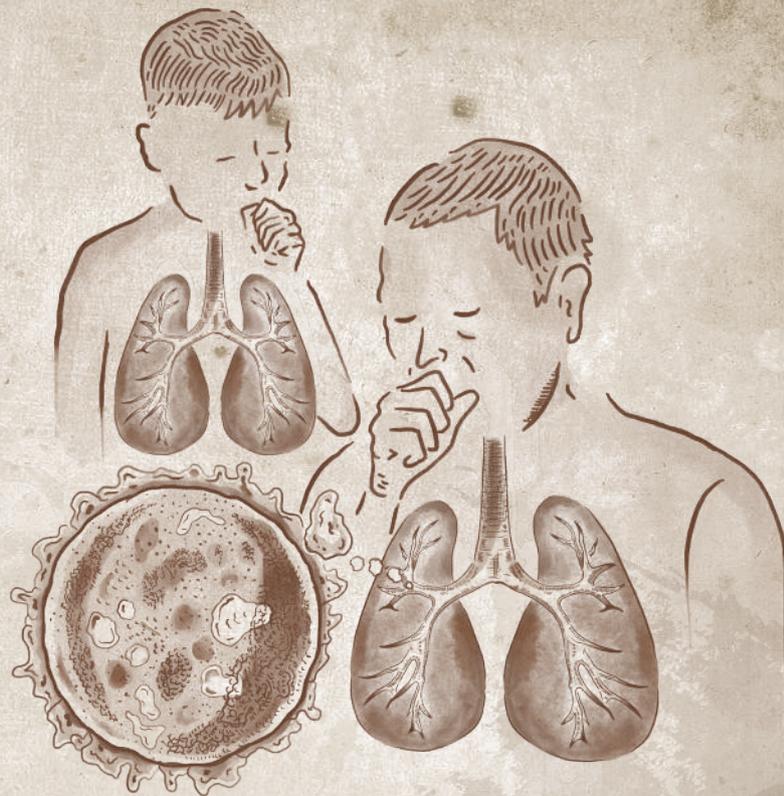
◦ La **HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL** es una **característica principal del asma**; esta respuesta exagerada a estímulos no específicos puede no causar efecto en los pacientes sanos.¹

A pesar de que la obstrucción de la vía aérea en los asmáticos es reversible, **en algunos casos el daño es irreversible**.¹

◦ El **moco secretado al lumen de la vía aérea** es una de las **CAUSAS DE LA OBSTRUCCIÓN PERSISTENTE**. El otro mecanismo es la remodelación pulmonar: la hiperplasia de las glándulas productoras de moco, el depósito de colágeno excesivo subepitelial, pérdida del epitelio, hiperplasia del músculo liso e incremento de la vascularidad.¹

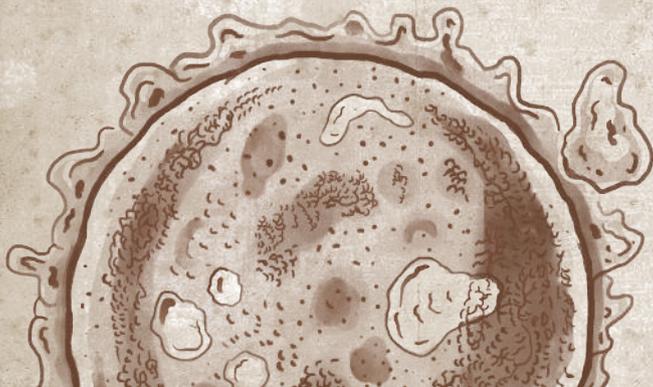
Epidemiología

- Existen **MÁS DE 300 MILLONES DE ASMÁTICOS EN EL MUNDO**¹, la prevalencia de esta enfermedad comenzó a incrementarse desde finales del decenio de 1970 hasta la fecha.²
- Las causas no son claras, pero se ha visto que **se asocian con el aumento de otro tipo de enfermedades inmunológicas.**²
- Los estudios epidemiológicos han asociado **cambios en la dieta durante el embarazo** (omega 3, vitamina D y folatos, capaces de metilar genes) con una programación fetal, la microbiota gastrointestinal y respiratoria alterada, la prematurez y el **CONSUMO DE PARACETAMOL DURANTE EL EMBARAZO, CON LA APARICIÓN DEL ASMA.**²
- **Dos terceras partes de los niños con asma** persistirán durante toda la vida.²



Etiopatogenia

- El asma es una reacción de hipersensibilidad inmediata, medida por IgE. **El 50% de los pacientes diagnosticados a los 3 años y 80% antes de los 6, son ATÓPICOS.** Esto significa que genéticamente están predispuestos.²
- La inflamación de la vía aérea es dependiente de linfocitos T cooperadores tipo 2 (Th2); 80% de los niños, y la mayoría de los adultos, comparten esta característica, asociada con la sensibilización (producción de IgE específica) de ácaros, hongos, epitelio de animales y la coexistencia de otras enfermedades: dermatitis atópica, rinoconjuntivitis alérgica y alergia alimentaria.²
- La adecuada señalización entre los linfocitos T y las células presentadoras de antígenos genera una **PROLIFERACIÓN CLONAL DE LINFOCITOS TH2** y la **liberación de interleucinas y otros productos responsables de la inflamación.**





Diagnóstico

- Debemos **considerar la existencia de la enfermedad** vante los signos y síntomas característicos: **DISNEA, TOS, SIBILANCIAS Y OPRESIÓN TORÁCICA**. Estos son variables, de predominio nocturno o de madrugada, y son desencadenados por infecciones virales, alérgenos, humo del tabaco y el ejercicio.³
- La exploración física puede apreciarse normal y las **sibilancias serán frecuentes aunque pueden estar ausentes en las crisis graves**.³
- Puesto que ninguno de estos signos y síntomas es específico del asma **ES NECESARIO INCORPORAR** alguna **prueba de función respiratoria**. La **ESPIROMETRÍA** es el mejor estudio;³ el volumen espiratorio forzado en 1 segundo (VEF 1) bajo y un coeficiente entre VEF1-FVC (capacidad vital forzada) menor o igual a 0.7 **son indicativos de un proceso inflamatorio**. Para confirmar el diagnóstico, el paciente debe tener una reversibilidad de 12% del VEF 1, posterior a un disparo de salbutamol.²
- Las **VARIACIONES ESTACIONALES Y LOS ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES DE ATOPIA** son aspectos importantes que es **necesario valorar en cada paciente** y considerar establecer el diagnóstico diferencial con EPOC y otras enfermedades respiratorias.³

Tratamiento

- El objetivo principal del tratamiento del paciente con asma es **CONSEGUIR Y MANTENER EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD LO ANTES POSIBLE**, prevenir las exacerbaciones, la obstrucción crónica del flujo aéreo y reducir su mortalidad.³
- El paciente asmático puede tratarse con **fármacos preventivos y de rescate**. Los medicamentos de control o mantenimiento, que deben administrarse todos los días durante periodos prolongados incluyen: glucocorticoides inhalados o sistémicos, **combinados con antagonistas β_2 adrenérgicos de acción larga, antileucotrienos (montelukast)**.³
- Los medicamentos de alivio se utilizan a demanda para tratar o prevenir la broncoconstricción de forma rápida; entre ellos están los agonistas adrenérgicos de acción corta inhalados (salbutamol) y los anticolinérgicos inhalados (bromuro de ipratropio).³



Bibliografía consultada

- 1 Boonpiyathad T, et al. Immunologic mechanisms in asthma. Semin Immunol. 2019; 46: 1-9. doi:10.1016/j.smim.2019.101333
- 2 Holgate ST, et al. Asthma. Nat Rev Dis Primers 2015; 1 (1): 1-22. doi:10.1038/nrdp.2015.25
- 3 Gema 2009. Guía española para el manejo del asma. <https://www.semg.es/index.php/consensos-guias-y-protocolos/176-guia-espanola-para-el-manejo-del-asma-gema-2009>

Everest[®]
Montelukast



Everest[®] Reg. Núm. 298M2011, 065M2012, 117M2014 SSA IV
"Reporte las sospechas de reacción adversa al correo:
farmacovigilancia@liomont.com.mx
o en la página de internet: www.liomont.com.mx"
Material exclusivo para el profesional de la salud
Editado y producido por Edición y Farmacia S.A. de C.V. 2020

Everest[®]

Montelukast

En Asma y Rinitis Alérgica¹

- Controla por más tiempo la inflamación de vías respiratorias^{2,3}
- Disminuye el uso de esteroides inhalados³
- Mejora la **calidad de vida** del paciente^{4,5}
- Protección antiinflamatoria por **24 horas**⁴



De 15 años en adelante
Tabletas de 10 mg



De 6 a 14 años
Tabletas masticables de 5 mg



De 2 a 5 años
Tabletas masticables de 4 mg



De 6 meses a 2 años
Sobres con granulado de 4 mg

El poder
de la **inspiración**

REFERENCIAS: 1. Lommatzsch M, Virchow JC. Severe asthma: definition, diagnosis and treatment. Dtsch Arztebl Int. 2014;111(50):847-55. 2. Hon KL, Leung TF, Leung AK. Clinical effectiveness and safety of montelukast in asthma. What are the conclusions from clinical trials and meta-analyses? Drug Des Devel Ther. 2014;8:839-50. 3. Paggiaro P, Bacci E. Montelukast in asthma: a review of its efficacy and place in therapy. Ther Adv Chronic Dis. 2011;2(1):47-58. 4. Biernacki WA, Kharitonov SA, Biernacka HM, Barnes PJ. E-ect of montelukast on exhaled leukotrienes and quality of life in asthmatic patients. Chest. 2005;128(4):1958-63. 5. Anjuli NP, George ecacia y Tolerabilidad de montelukast solo o en combinacion con loratadina en la rinitis alergica estacional: un estudio multicentrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, realizado en otoño. Annals of Allergy, Asthma and Immunology. 2002;88(6):June Reg. Núm. 298M2011, 065M2012, 117M2014 SSA IV Núm. Aviso 163300202C4332

