

## Revista Mexicana de Pediatría

Volumen **70**  
Volume

Número **1**  
Number




Enero-Febrero **2003**  
January-February

*Artículo:*




### Carta al editor

Derechos reservados, Copyright © 2003:  
Sociedad Mexicana de Pediatría, AC

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in  
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



[Medigraphic.com](http://www.Medigraphic.com)

## El cromoglicato disódico en el manejo de las crisis de asma bronquial

Eduardo Antonio Lara-Pérez\*

SEÑOR EDITOR:

Con todo respeto me dirijo a Ud., para comentar respecto a la publicación de Coronel-Carvajal (Rev Mex Pediatr 2002; 69:6: 221-225) y quisiera hacer los siguientes comentarios: Primeramente me llamó la atención el título y me dejó contrariado que los autores utilizaran el cromoglicato disódico en cuadros agudos de asma, ya que este fármaco está indicado en casos de asma por ejercicio y/o en la prevención de cuadros agudos,<sup>1</sup> incluso se identifica claramente su acción sobre la actividad fagocítica de los polimorfonucleares de pacientes asmáticos asintomáticos.<sup>2</sup> Al continuar con la lectura del artículo en cuestión, noto que no se menciona, en la metodología, cómo midieron las variables, esto es, cómo clasificaron a los asmáticos leves y a los moderados, pues no mencionan la utilización de la flujometría, como lo recomienda,<sup>3,4</sup> o la evaluación de la gravedad de las crisis asmáticas, que se evalúan con el semáforo de Mendoza;<sup>5</sup> ésta es una omisión importante en este artículo. De paso menciono lo prolongado de la "crisis asmática", según sus resultados, ya que hemos observado que la evaluación clínica subestima la dificultad respiratoria en las crisis, en comparación con la flujometría.<sup>6</sup> Cabe mencionar que la objetividad en la práctica médica y más aún en los cuadros de asma infantil, deben convencer al paciente, al familiar (padres) y al médico, de la condición que demanda la atención y los resultados del tratamiento y eso es lo que nos da la flujometría, sobre todo si sabemos que en asmáticos aun asintomáticos (intercrisis) más del 77% tienen "flujo espiratorio máximo" (FEM) menor al esperado<sup>7</sup> en condiciones estándar, y al nivel del mar, en escolares sanos.<sup>8,9</sup> Continuando con la lectura de este trabajo, noto además que trataron ambos grupos de es-

tudio con beta-agonistas, específicamente salbutamol, y no se hace diferencia de la dificultad respiratoria con ninguna escala clínica; posteriormente se comenta que según el cuestionario utilizado en la evaluación y en los resultados finales, resulta que la prednisona oral es mejor que el cromoglicato, sin presentar pruebas de tendencia central o de correlación que prueben la hipótesis planteada. Por último, y resumiendo; el cromoglicato no es útil en los cuadros agudos de asma, como lo son los beta-agonistas; para despedirme, este último comentario: es importante recomendar a los médicos la toma rutinaria y correcta del FEM y también debe involucrarse a los padres, y a los pacientes en el tratamiento de la enfermedad,<sup>10-12</sup> para hacer una medicina basada en evidencias dejando a un lado la medicina de opiniones.

### Referencias

1. García RE, Dion Alemán-Hoey D. Eficacia de la combinación de fenoterol más cromoglicato disódico en el tratamiento profiláctico del asma inducida por ejercicio. *Rev Alergia Mex* 1994; 41(5): 130-132.
2. Gómez CCA, Cisneros GN, Martínez-Cairo CS. Efecto in vitro del cromoglicato disódico sobre la actividad fagocítica de los polimorfonucleares de pacientes asmáticos sanos. *Rev Alergia Mex* 1995; 42(5): 89-95.
3. National Heart, Lung and Blood Institute. National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report 2. *Guidelines for the diagnosis and management of asthma*. Bethesda (MD): National Institute of Health (Pub. No. 97-4051), 1997.
4. British Thoracic Society. The British guidelines on asthma management. 1995 review and position statement. *Thorax* 1997; 52 (Suppl. 1): S1-S21.
5. Mendoza GR. Peak flow monitoring at home: an interactive process between you and your physician. In: Spector A, editor. *Understanding asthma*. Palatine III: American College of Allergy and Immunology, 1989: 155-62.
6. Lara-Pérez EA, Muñoz-Maya IA, Estrada-Bedolla M, Ugarte-Vivanco E. Valoración clínica y por flujometría de las crisis asmáticas. *Rev Alergia Mex* 2001; 10(3): 82-87.
7. Lara-Pérez EA. Flujo espiratorio máximo en asmáticos asintomáticos. *Archiv Invest Ped Mex* 2000; 3(9): 343-348.

\* Investigador, Centro de Estudios y Servicios en Salud (CESS) Universidad Veracruzana (UV).  
Academia Mexicana de Pediatría.

8. Lara-Pérez EA. Flujo espiratorio máximo en escolares sanos. *Archiv Invest Ped Mex* 1999; 2(5): 165-70.
9. Lara-Pérez EA. Peak expiratory flow at sea level. *International Pediatr* 2001; 16(2): 89-93.
10. Donaghy D. The asthma specialist and patient education. *Prof Nurse* 1995; 11(3): 160-2.
11. Salmún N, Kohan M. Fundaler y la educación del asmático y su familia. *Arch Argent Alergia Inmunol Clin* 1994; 25(5): 254-8.
12. Arias-Díaz A, Pernas-Gómez M, Martín G. Aplicación de un programa de entrenamiento para el automanejo del asma bronquial. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998; 14(4): 335-9.

**Diferencias entre la política de inmunización contra el sarampión en Canadá y Estados Unidos.** Los autores midieron los niveles de anticuerpos antisarampión en 719 niños de Estados Unidos y los compararon con los de 333 niños canadienses. Llegaron a la conclusión de que la política actual de Estados Unidos de administrar la primera dosis a los 12 meses de edad es menos eficaz que la utilizada en Canadá, donde esta dosis inicial se da a los 15 meses. Los autores entienden que estos hallazgos pueden resultar altamente significativos cuando avanzamos hacia una época en la cual la exposición al sarampión puede ser escasa. (G.A. Poland y cols., *Mayo Clin Proc* 2002; 77: 446-452). Tomado de: *MTA-Pediatría*, Vol. XXIII, N° 8, 2002.

