



Editorial

Seguir las recomendaciones, un desafío en el asma ocupacional



Following recommendations: A challenge in occupational asthma

Cristina Martínez*, Rosirys Guzmán y Ramón Fernández

Área del Pulmón, Instituto Nacional de Silicosis-Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

En un gran número de puestos de trabajo se inhalan aerosoles que pueden ser causar de asma, agravar un asma ya conocida o producir síntomas que simulan asma. Tanto el asma ocupacional como el agravado por el trabajo son entidades frecuentes. Se estima que el 10% de los casos de asma del adulto son de causa laboral, y que más de un 25% de los asmáticos en edad laboral pueden tener agudizaciones relacionadas con las condiciones de su trabajo¹.

La evitación del agente causal es la mejor intervención terapéutica en el asma ocupacional². Esta circunstancia implica el abandono del puesto de trabajo y la declaración de incapacidad laboral por enfermedad profesional, con la correspondiente compensación económica, por parte del Sistema Nacional de la Seguridad Social. La situación de incapacidad laboral no siempre es beneficiosa para el trabajador; en función de la edad, la profesión, y las circunstancias sociales y económicas del trabajador, esta situación puede ocasionar efectos más o menos perjudiciales. Sin embargo, en el caso del asma agravada por el trabajo a través de estímulos inespecíficos, como frío, irritantes, ejercicio o estrés, o la dificultad para cumplir el tratamiento, el control de estos factores y la optimización del tratamiento pueden ser suficientes para permitir la actividad laboral. Además, existen otros procesos que simulan asma, como el síndrome de disfunción de vías aéreas, el síndrome de laringe irritable, la EPOC, etc., que es preciso descartar. Por lo tanto, cuando un trabajador refiere síntomas de asma relacionada con la exposición laboral, es de suma importancia distinguir de qué proceso se trata, tanto desde el punto de vista terapéutico como laboral y económico³. Así pues, el diagnóstico de asma ocupacional debe establecerse de forma precoz y con datos objetivos que aseguren un máximo grado de certeza, si bien alcanzar este propósito no es sencillo. Sociedades científicas y grupos de expertos han elaborado algoritmos que, utilizando las herramientas disponibles, facilitan una trayectoria diagnóstica compleja^{4,5}. Y así, las recomendaciones disponibles alcanzan la calidad suficiente para guiar una toma de decisiones clínicas adecuada⁶.

A partir de la definición consensuada de asma ocupacional como «enfermedad caracterizada por una obstrucción variable de la vía aérea y/o una hiperrespuesta bronquial y/o inflamación bronquial

debida a causas y condiciones atribuibles a un ambiente laboral concreto y no a estímulos externos del lugar de trabajo»⁷, el primer paso ineludible es confirmar la presencia de esta enfermedad. Los criterios diagnósticos de asma, que consisten fundamentalmente en demostrar la presencia de obstrucción reversible, hiperrespuesta bronquial e inflamación característica, están claramente definidos en normativas universalmente aceptadas⁸. Conviene recordar como hecho característico del asma ocupacional que la separación prolongada del agente causal puede mitigar estas manifestaciones, por lo que es recomendable mantener al trabajador en activo e iniciar los estudios de inmediato. Una vez que hayamos confirmado la presencia de asma de forma objetiva pasaremos al segundo paso: establecer la relación causal con un agente específico del lugar de trabajo.

En la mayoría de los casos de asma ocupacional, el mecanismo patogénico es una sensibilización inmunológica, mediada por IgE, en los agentes de alto peso molecular, y por un mecanismo inmunológico no definido en algunos casos de sensibilización por agentes de bajo peso molecular. El asma inducida por irritantes, que se produce sin un fenómeno de sensibilización, escapa del objetivo de este editorial; trataremos su diagnóstico. Se han descrito gran número de sustancias capaces de provocar asma mediante mecanismos de sensibilización, con periodos de latencia variable de semanas a años, desde el inicio de la exposición. Aparte, la obtención de una historia laboral detallada es obligada en todos los casos de asma de inicio en el adulto y en los casos de asma con mal control. La aparición de los síntomas es variable, en función del tiempo de exposición y del agente, y con frecuencia la rinitis precede a los síntomas de asma, si bien la historia clínica muestra un bajo valor predictivo positivo y nunca debe ser suficiente para emitir un diagnóstico de asma ocupacional⁹.

Las pruebas cutáneas positivas indican sensibilización y ayudan a identificar el posible agente causal, pero además de su sensibilidad y especificidad limitadas, es necesario tener presente que no indican el órgano diana de la respuesta a la sensibilización, y que, por lo tanto, nunca son diagnósticas de asma.

Una vez alcanzado el diagnóstico de asma, la relación de causalidad debe confirmarse empezando con la observación de cambios clínicos, de función pulmonar (recogida de flujos seriados y nivel de hiperrespuesta con metacolina) e inflamatorios (recuento de eosinófilos y medición de óxido nítrico exhalado) en respuesta

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cmartinez@hca.es (C. Martínez).

a la exposición y separación, en periodos sucesivos de al menos 2 semanas cada uno, del agente laboral. La evaluación conjunta de los resultados de estos procedimientos aumenta su rentabilidad diagnóstica, y aun teniendo en cuenta sus limitaciones, en muchas ocasiones es suficiente para alcanzar un alto grado de certeza⁵.

La prueba de provocación bronquial específica se admite como el estudio de referencia para el diagnóstico de la sensibilización causal, sin embargo, su uso es escaso e irregular¹⁰. En algunos centros se utiliza como prueba de primer escalón, y en la mayoría, como alternativa cuando el resto de los métodos no aporta datos concluyentes. Otras indicaciones serían la identificación de nuevos agentes causales no descritos con anterioridad, los casos en que no sea posible la reexposición en el medio laboral, y como prueba de referencia en investigación.

En el caso del asma por irritantes, los criterios diagnósticos descansan en la demostración de asma junto con una historia de exposición y clínica indicativa, manteniéndose en un nivel de incertidumbre.

Todos los estudios mencionados deben ser realizados cumpliendo unos estándares de calidad y seguridad para conseguir unos resultados fiables; son procedimientos que consumen tiempo, los recursos necesarios no están disponibles en todos los hospitales y es necesario establecer una relación de confianza con el trabajador, trasladándole la necesidad de su paciencia y colaboración en la búsqueda de un diagnóstico de certeza, que siempre redundará en su favor. Los costes derivados de un correcto diagnóstico no superan aquellos producidos por un mal control de la enfermedad¹¹.

Tras repasar someramente las recomendaciones disponibles se identifican áreas de mejora y resulta evidente que el diagnóstico es un proceso transversal que implica al médico de familia, al médico del trabajo, al neumólogo, al alergólogo y que, con frecuencia, requiere de unidades especializadas.

En el ámbito de la Medicina del Trabajo y la Atención Primaria es necesario recordar que: 1) el asma ocupacional debe sospecharse en todo trabajador con síntomas iniciales de asma y en aquellos con asma mal controlada; 2) la historia laboral detallada es un dato imprescindible en el manejo de todos los trabajadores con síntomas respiratorios; 3) no toda el asma relacionada con el trabajo es asma ocupacional; 4) la ausencia de un trabajo de alto riesgo no excluye la enfermedad, y 5) los factores causales y agravantes pueden coexistir, y en algunos trabajos pueden existir factores causales inespecíficos como hongos, plantas, etc. El neumólogo, además de tener presentes los datos anteriores, debe asegurarse de alcanzar un diagnóstico objetivo de asma, y cuando las limitaciones

asistenciales impidan alcanzar una relación causal, es necesario evitar la incertidumbre derivando los pacientes a unidades especializadas para finalizar el proceso diagnóstico.

La relevancia epidemiológica del asma ocupacional está fuera de toda duda. En los últimos años se han desarrollado herramientas que permiten disminuir la incertidumbre diagnóstica. A pesar de ello, los datos disponibles reflejan una situación de infradiagnóstico. Es responsabilidad de todos los actores implicados hacer un correcto uso de las recomendaciones existentes para mejorar su identificación y seguir avanzando en su conocimiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Bibliografía

1. Kogevinas M, Zock JP, Jarvis D, Kromhout H, Lillienberg L, Plana E, et al. Exposure to substances in the workplace and new-onset asthma: An international prospective population-based study (ECRHS-II). *Lancet*. 2007;370:336-41.
2. Vandenplas O, Dressel H, Nowak D, Jamart J, ERS Task Force on the Management of Work-related Asthma. What is the optimal management option for occupational asthma? *Eur Respir Rev*. 2012;21:97-104.
3. Lemièrre C, Boulet LP, Chaboillez S, Forget A, Chiry S, Villeneuve H, et al. Work-exacerbated asthma and occupational asthma: Do they really differ? *J Allergy Clin Immunol*. 2013;131:704-10.
4. Tarlo SM, Balmes J, Balkissoon R, Beach J, Beckett W, Bernstein D. Diagnosis and management of work-related asthma: American College of Chest Physicians Consensus Statement. *Chest*. 2008;134 3 Suppl:1S-41S.
5. Baur X, Aasen TB, Burge PS, Heederik D, Henneberger PK, Maestrelli P, et al. The management of work-related asthma guidelines: A broader perspective. *Eur Respir Rev*. 2012;21:125-39.
6. Lytras T, Bonovas S, Chronis C, Konstantinidis AK, Kopsachilis F, Papamichail D, et al. Occupational asthma guidelines: A systematic quality appraisal using the AGREE II instrument. *Occup Environ Med*. 2014;71:81-6.
7. Malo JL, Vandenplas O. Definitions and classification of work-related asthma. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2011;31:645-62.
8. The global strategy for asthma management and prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) update 2012. [Global Initiative for Asthma website]. [consultado 15 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.ginasthma.org>
9. Vandenplas O, Ghezzi H, Munoz X, Moscato G, Perfetti L, Lemièrre C, et al. What are the questionnaire items most useful in identifying subjects with occupational asthma? *Eur Respir J*. 2005;26:1056-63.
10. Vandenplas O, Suojalehto H, Aasen TB, Baur X, Burge PS, de Blay F, et al. ERS Task Force on Specific Inhalation Challenges with Occupational Agents. Specific inhalation challenge in the diagnosis of occupational asthma: Consensus statement. *Eur Respir J*. 2014;43:1573-87, <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00180313>.
11. García Gómez M, Urbanos Garrido R, Castañeda López R, López Menduina P. Costes sanitarios directos del asma de origen laboral en España, una estimación para el año 2008. *Arch Bronconeumol*. 2012;48:355-61.