



Editorial

Asma relacionada con el trabajo: ¿en los albores del conocimiento?



Work-Related Asthma: the Dawn of Knowledge?

 María Jesús Cruz^{a,b,*} y Xavier Muñoz^{a,b,c}
^a Servicio de Neumología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

^b CIBER Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Barcelona, España

^c Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

El asma es una enfermedad potencialmente grave cuya prevalencia está en aumento en la mayoría de países desarrollados¹. Uno de los factores que puede condicionar este aumento de prevalencia es el mayor número de casos de asma que se inician en la edad adulta². Además de un posible origen alérgico, similar al que podría ser el asma de inicio en la infancia, estudios epidemiológicos indican que la exposición laboral puede ser la causa de hasta el 25% de todos los casos de asma que se originan en la edad adulta³. En este sentido, el asma que es inducida por la exposición a una sustancia específica del lugar de trabajo se conoce con el término de asma ocupacional (AO), mientras que un asma pre-existente o concomitante, que es agravada por estímulos presentes en el lugar de trabajo, se conoce como asma agravada por el trabajo (AAT). El AO se puede subdividir a su vez en inmunológico y no-inmunológico, dependiendo del mecanismo etiopatogénico². El AO inmunológico requiere un tiempo para que se produzca la sensibilización al agente causal, mientras que el AO no inmunológico hace referencia a aquellos pacientes en los cuales el asma es inducida por irritantes, cuyo ejemplo más evidente es el RADS (acrónimo para el inglés «reactive airway dysfunction syndrome»)⁴. El RADS está causado por exposición única o múltiple a altas dosis de un agente irritante. En general no existe periodo de latencia, ya que los síntomas no aparecen más allá de las 24 h tras la exposición. El término asma relacionada con el trabajo (ART), aunque reconocido durante muchos años, ha recibido una mayor atención en la última década. Este término engloba tanto el AO como el AAT.

A pesar de que se ha estimado que el AO es la enfermedad crónica ocupacional más prevalente en muchos países, y que AAT puede suponer el 21% de los casos de asma de la población activa^{5,6}, el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de esta enfermedad son complejos y controvertidos⁷. Para un diagnóstico correcto es necesario un alto índice de sospecha, y preguntar al paciente sobre la relación temporal entre los síntomas y el trabajo. Por ello, no sorprende que un estudio reciente realizado en Centros de Atención Primaria de Cataluña, demuestre que el ART esté infradiagnosticada, y

más teniendo en cuenta que muchos trabajadores desconocen que el trabajo puede ser la causa de su enfermedad o contribuir a su agravamiento⁸. Así, por ejemplo, en nuestro país, la consecuencia de este infra-diagnóstico produce que, en muchas ocasiones, esta enfermedad no es detectada y diagnosticada como tal en los servicios especializados del sistema sanitario laboral, los servicios de prevención de las empresas y las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS), y termina siendo diagnosticada y tratada como contingencia común en la red de atención primaria⁸.

Un estudio reciente sugiere hechos funcionales y biológicos diferenciales entre el AO y el AAT, aunque los métodos más comúnmente utilizados para el diagnóstico del ART, no siempre diferencian entre AO y AAT⁹. Teniendo en cuenta que se acepta que un paciente con un diagnóstico de asma previa puede desarrollar AO, y que el inicio de un asma concomitante con el trabajo no excluye que se trate de un AAT, parecería que la prueba de provocación específica sería el único método capaz de diferenciar con seguridad ambas entidades¹⁰. En este contexto, una reciente *Task Force* de la *European Respiratory Society* (ERS) establece, entre otras indicaciones, que dicha prueba debería realizarse siempre que existieran dudas en relación con el diagnóstico de AO con el uso de los métodos convencionales¹¹.

Sin embargo, diagnosticar y diferenciar correctamente estas enfermedades es de gran importancia. Por un lado, puede permitir avanzar en el conocimiento de las causas y los mecanismos implicados, lo que puede incidir en una mejora en el tratamiento y la prevención. Por otro lado, se trata de una enfermedad en la que, un diagnóstico incorrecto, puede tener importantes consecuencias socio-económicas, tanto para el paciente como para la sociedad. En este sentido, el diagnóstico correcto del ART reduce mucho los costes generados¹². En nuestro entorno, el ya referenciado estudio de Vila-Rigat et al.⁸ realizado en atención primaria sugiere que en el 33% de los pacientes asmáticos controlados en los sistemas de atención primaria del sistema nacional de salud, existe relación entre la enfermedad y el entorno laboral, y esta relación en un 18% es originada por el propio trabajo y en un 15% agravada en el mismo. En estos casos de ART, la compensación económica es un tema crítico que varía mucho entre países europeos. En España, el Real Decreto

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mj.cruz@vhir.org (M.J. Cruz).

(RD) 1299/2006 de 10 noviembre (modificado el 19 de diciembre de 2015), muestra el cuadro de Enfermedades Profesionales en el Sistema de la Seguridad Social y establece criterios para su clasificación y registro. El AO, dentro de dicho cuadro, estaría dentro del grupo 4 que incluye sustancias de alto peso molecular (generalmente proteínas) y bajo peso molecular (generalmente agentes químicos). Sin embargo, mientras que existe reconocimiento de enfermedad profesional para el AO, este no existe para el AAT, aunque, si se diagnostica correctamente, puede ser reconocida como accidente de trabajo.

En definitiva, en nuestra opinión, se debe sensibilizar a todos los profesionales que tratan a pacientes con asma para que intenten averiguar si esta está o no relacionada con el trabajo. En caso afirmativo, los pacientes deben ser derivados a centros donde se pueda realizar con seguridad el diagnóstico de AO o AAT. Disponer de bases de datos con pacientes correctamente diagnosticados puede permitir avanzar en el conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos implicados en ambas entidades, buscar dianas terapéuticas, establecer cuáles son los mejores tratamientos y fomentar medidas preventivas. En estos momentos, un hecho tan trascendente, incluso legislado, como es si el paciente debe ser apartado o no de su lugar de trabajo cuando se diagnostica un AO o un AAT, no está bien establecido desde el punto de vista médico, aunque se mantiene como recomendación apartar al trabajador en el caso de tratarse de un AO. Fomentar que la enfermedad respiratoria de origen ocupacional, incluido el ART, fuera de declaración obligatoria, como ya ocurre en algunos países, podría representar un paso importante para la salud y seguridad de muchos trabajadores.

Agradecimientos

MJC está financiada por el programa de investigación Miguel Servet del Instituto de Salud Carlos III (CP12/03101).

Bibliografía

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention; 2016 [consultado 5 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.ginasthma.org>
2. Malo JL, Tarlo SM, Sastre J, Martin J, Jeebhay MF, Le Moual N, et al., ATS ad hoc committee on Asthma in the Workplace. An official American Thoracic Society Workshop Report: presentations and discussion of the fifth Jack Pepys Workshop on Asthma in the Workplace. Comparisons between asthma in the workplace and non-work-related asthma. *Ann Am Thorac Soc*. 2015;12:S99–110.
3. 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.
4. Tarlo SM, Lemiere C. Occupational asthma. *N Engl J Med*. 2014;370:640–9.
5. Henneberger PK, Redlich CA, Callahan DB, Harber P, Lemière C, Martin J, et al., ATS Ad Hoc Committee on Work-Exacerbated Asthma. An official american thoracic society statement: Work-exacerbated asthma. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;184:368–78.
6. Tarlo SM. Update on work-exacerbated asthma. *Int J Occup Med Environ Health*. 2016;29:369–74.
7. Munoz X, Viladrich M, Manso L, del Pozo V, Quirce S, Cruz MJ, et al. Evolution of occupational asthma: Does cessation of exposure really improve prognosis? *Respir Med*. 2014;108:1363–70.
8. Vila-Rigat R, Panadès Valls R, Hernández Huet E, Sivecas Maristany J, Blanché Prat X, Muñoz-Ortiz L, et al. Prevalence of work-related asthma and its impact in primary health care. *Arch Bronconeumol*. 2015;51:449–55.
9. Lemière C, Boulet LP, Chabouille 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.
10. Cruz MJ, Muñoz X. The current diagnostic role of the specific occupational laboratory challenge test. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2012;12:119–25.
11. 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.
12. Lemiere C, To T, de Olim C, Ribeiro M, Liss G, Loughheed MD, et al. Outcome of work-related asthma exacerbations in Quebec and Ontario. *Eur Respir J*. 2015;45:266–8.