

Asma, ignorancia científica y clase social

Juan Gervás

Introducción

La "ley de cuidados inversos" establece que el acceso a atención médica de calidad disminuye en proporción inversa a su necesidad en la población, y ello se cumple más intensamente donde las fuerzas del mercado son más fuertes (1-3). Describió esta ley en 1971 un médico general rural inglés, Julian Tudor Hart, ya fallecido (1). Sus padres fueron médicos, de izquierdas (él, voluntario en las Brigadas Internacionales, en la Guerra Civil española), y Julian Tudor Hart siempre tuvo un estrecho vínculo emocional con España y con los sectores antifranquistas y progresistas, como demuestra su participación en foros españoles informales, alejados del poder (sirvan de ejemplo las Jornadas de Vitigudino).

La visión social del enfermar y de la organización de los servicios sanitarios no cuadra con la orientación biológica de la ciencias médicas, contraria a una antigua corriente de salud pública bien representada por Virchow en el siglo XIX.

El profesional medio se preocupa por "el estado del arte", por aplicar convenientemente lo mejor del conocimiento científico a la resolución de los problemas de los pacientes. Pocos son conscientes del erróneo enfoque global que lleva a ofrecer más cuidados a los que menos los necesitan (o menos cuidados a los que más lo necesitan). Y de que una orientación al mercado (la privatización de la actividad sanitaria) aumenta la intensidad de la "ley de cuidados inversos". Lo que predomina es un modelo científico-biológico, del siglo XVII, que ha potenciado hasta el paroxismo la Medicina Basada en Pruebas ("en la Evidencia", traducen incorrectamente). Necesitamos una orientación más científica, un modelo de incertidumbre del siglo XX que permite valorar los componentes biológicos, emocionales, psicológicos y sociales (4). Pero según dicha orientación de la Medicina Basada en Pruebas,

los ensayos clínicos se basan en el modelo de "una enfermedad, un medicamento", y se estudian pacientes casi "puros", que no se encuentran en la práctica clínica diaria, en los que se suele comparar un medicamento contra placebo. Por supuesto, en ese modelo de ensayo clínico ni se considera la clase social, ni siquiera el nivel de educación (3, 5).

Toda esta orientación biológica exacerbada explica, quizá, nuestra persistente ignorancia acerca del impacto de la clase social en el asma (aunque tampoco sabemos mucho acerca de la biología, de la prevalencia y del tratamiento del mismo).

Ignorancia acerca de la etiopatogenia del asma

Desconocemos las causas del asma, aunque sabemos que es una enfermedad de las vías respiratorias que se caracteriza por un aumento de la respuesta del árbol traqueobronquial a múltiples estímulos. Es su patogénesis intervienen los linfocitos T2, que producen varias citoquinas (IL-4, IL-5, IL-9, IL-13, e IL-13), activan los mastocitos, provocan una respuesta mediada por anticuerpos, y producen eosinofilia (6). Todo ello provoca una típica reacción inflamatoria que se puede controlar con distintos medicamentos, pero nuestro desconocimiento sobre la etiología limita el desarrollo de alternativas eficaces. Por ejemplo, aunque los leucotrienos se acumulan en exceso en los fluidos biológicos de los pacientes asmáticos, el uso de antagonistas de los receptores de leucotrienos produce peores resultados clínicos que el uso de los clásicos corticoides inhalados en aerosol (7). En otro ejemplo, casi se ha abandonado el uso de la teofilina, a pesar de que en pequeñas dosis podría aumentar y mejorar la respuesta a los corticoides inhalados. Los asmáticos tienen niveles bajos de deacetilasa de histonas, lo que permite una mayor actividad de la acetiltransferasa de histonas y la expresión de genes que llevan a la síntesis de citoquinas claves en el asma;

Autor:

Juan Gervás, médico de Canencia de la Sierra (Madrid), Equipo CESCA (Madrid).

Dirección de correspondencia:

jgervasc@meditex.es
www.webdeldoctor.com/equipocesca

la dosis bajas de teofilina potencian la actividad de los corticoides que logra el aumento de la concentración de la deacetilasa de histonas, lo que conlleva una menor expresión de los genes relacionados con la síntesis de citoquinas (6).

Así pues, pese a la orientación biológica predominante, es muy pobre nuestra comprensión de la etiología y de la patogénesis del asma. Como consecuencia, es pobre nuestra respuesta farmacológica. Ni siquiera comprendemos el aumento progresivo de la incidencia y prevalencia del asma, aunque se pone en relación con factores ambientales. Entre ellos, la humedad y el polvo casero y el aumento de concentración de ozono y de otros contaminantes derivados de la actividad industrial (particularmente de los vehículos a motor). También influyen por mecanismos desconocidos las infecciones víricas, particularmente por el virus respiratorio sincitial y el virus de la parainfluenza en los niños pequeños, y los virus de la gripe y los rinovirus en niños mayores y adultos. Todo ello en el grupo de asma ideosincrático (intrínseco), sin tener en cuenta, además, las reacciones típicas el asma alérgico (extrínseco), en que hay sensibilización a los antígenos aéreos, como polvo, polen, pelo de animales y otros. Los factores psicológicos influyen por igual en ambos grupos de pacientes, aunque desconocemos los mecanismos y la naturaleza de las interacciones que llevan al empeoramiento (o mejoría) de los pacientes sensibles a estos factores (aproximadamente la mitad del total).

Si ignoramos tanto acerca de la etiopatogenia del asma, ¿cómo mejorar nuestra respuesta y cómo revertir la "ley de cuidados inversos" en este grupo de pacientes?

Ignorancia acerca de la incidencia y prevalencia de asma

El diagnóstico de asma es incierto, y se basa en la tríada sintomática de disnea, tos y sibilancias, más opresión torácica (8). Es característica la presencia de síntomas nocturnos. Esta dificultad diagnóstica explica la variabilidad en la prevalencia del asma, según la población estudiada, y según el investigador y el método aplicado. Así, se tardó años en utilizar un método consensuado que produjera datos comparables internacionalmente, el *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC), en niños de 6 a 8 años, y adolescentes de 13 y 14 años. Incluso con la metodología común del ISAAC los resultados varían en lo que a España se refiere; por ejemplo, en los niños de 6 a 8 años, la prevalencia de asma grave es más de tres veces menor en Pamplona que en Bilbao (0,4% contra 1,3% de Bilbao), y casi cuádruple en Cartagena que en Pamplona (1,5% contra 0,4%) (9). Desconocemos si se trata de un hecho o de la diferente interpretación de un hecho, lo que no es lo mismo.

La replicación en otros ámbitos geográficos, como Huesca, ha dado resultados intermedios de prevalencia del asma de un 5,5% y de asma grave de un 0,9% (10).

Las dificultades diagnósticas no evitan la percepción del aumento del asma en la población, que, además, se acompaña de más muertes por esta causa. Hasta la muerte hay un largo camino desde los síntomas iniciales a la visita al médico de cabecera y, en su caso, al hospital. Es ilustrativo saber que en la mitad de los nuevos casos (incidencia) se necesitan más de 15 visitas al médico general para llegar al diagnóstico de asma.

El aumento de la mortalidad por asma es un indicador innegable del aumento de la incidencia y, quizá, del fracaso de las alternativas terapéuticas. La muerte por asma es una muerte innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE), y el ingreso hospitalario por asma es una hospitalización inadecuada, o innecesaria, evitable con una atención primaria accesible y científica (11-15). Aunque se ha empezado a estudiar y considerar como un problema clínico y de salud pública, todavía los clínicos no nos sentimos responsables por las muertes e ingresos innecesarios por asma. No sirve de excusa la baja mortalidad del asma (de aproximadamente 1 muerte por 100.000 personas al año), pues cada muerte expresa el fracaso de la atención prestada (o que se debería prestar).

Las dificultades diagnósticas, y el bajo nivel de investigación clínica en atención primaria, explican la escasez de estudios acerca de la historia natural del asma. Sabemos que muchos casos de asma de inicio en la niñez "desaparecen" con la adolescencia y juventud (e ignoramos el por qué), y que los casos de comienzo en los adultos suelen ser más persistentes y derivar en muchas ocasiones a EPOC, especialmente cuando hay tabaquismo o infecciones bronquiales de repetición. Nuestro desconocimiento de la historia natural del asma dificulta la valoración de las distintas alternativas terapéuticas, excepto en lo que se refiere a la remisión de las crisis. Si no sabemos cómo se desarrolla y evoluciona espontáneamente la enfermedad a lo largo de años, difícilmente podremos valorar el impacto en su resolución, salvo en los períodos de agravamiento agudo, en los que es fácil medir el alivio de la situación.

Ignorancia acerca de la mejor alternativa terapéutica

Cuando se estudia el tratamiento del paciente asmático se demuestra la "ley de cuidados inversos". La lástima es que no se suele estudiar con el propósito de mejorar la atención según clase social. Así, en 2002 se publicó un buen trabajo sobre el tratamiento de niños asmáticos en Cádiz (16), y se demostró que el tratamiento

preventivo (de mantenimiento, entre crisis) se aplicaba con mayor frecuencia en los casos de asma leve intermitente (67% de los niños tratados) que en los casos que en el caso de asma persistente, leve, moderado, o grave (27%). No es extraño que los niños estudiados hubieran tenido en los cuatro años de evolución media unas 11 crisis por paciente, con frecuentes consultas a urgencias e ingresos hospitalarios (0,3 ingresos por paciente). Ante este resultado espectacular, que demuestra como siempre una mayor atención a quien menos lo necesita ("ley de cuidados inversos"), escribí a los autores para indagar acerca de si habían estudiado la clase social, o al menos el nivel de educación de los progenitores. Aunque la respuesta fue amable y rápida, lamentablemente no se incluyeron esas variables entre las estudiadas. Sospecho que los niños con asma grave no tratados eran niños en peor situación social, de clase baja y de poblaciones marginales.

En el tratamiento del asma hay algunas cosas claras, como el beneficio del tratamiento preventivo de los corticoides inhalados en aerosol y del nedocromil en algunos casos graves, el uso restringido de beta-adrenérgicos a demanda como medicación de rescate, y el beneficio expiratorio de bromuro de ipratropio (sin incidencia en la clínica ni en los ingresos hospitalarios) (8, 17). Hay dudas respecto a la utilidad de las medidas de mejora ambiental, pero parece lógico el lograr un ambiente libre de humo de tabaco y de otros contaminantes. En la comparación de las revisiones acerca del tratamiento, y de las recomendaciones al respecto, se demuestra un sesgo en contra de su validez científica cuando el proceso lo ha patrocinado o financiado la industria farmacéutica (17). En todo caso, como demuestra el estudio de Cádiz (16) los médicos generales y pediatras no aplican la mejor alternativa terapéutica a los pacientes que más lo necesitan. En su defensa cabe argumentar que no existen recomendaciones acerca de cómo manejar los casos según clase social y nivel de estudios de los padres.

Sabemos que las muertes por asma y los ingresos innecesarios se dan más en las clases sociales bajas y en las poblaciones marginadas, pero los estudios se centran más en las características biológicas que en las sociales (9, 10, 16). De hecho, los sanitarios suelen ignorar la "propuesta de medida de clase social" de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (18), que pide el registro en clínica e investigación de dos parámetros: la ocupación (situación laboral) y el nivel máximo de estudios, para poder determinar la clase social de los pacientes (o de sus progenitores, en el caso de niños y adolescentes).

Conclusión

Cuando se estudian los ingresos hospitalarios innecesarios, se demuestra su asociación con altas tasas de paro (más ingresos) y estudios universitarios (menos ingresos). Por ejemplo, en niños menores de un año en la ciudad de Madrid (19). En España no es un problema de falta de cobertura sanitaria, sino problema de accesibilidad y de continuidad, de ofrecer los cuidados necesarios según gravedad y clase social. No basta con la simple información acerca de las causas y tratamientos del asma. Los pacientes y sus progenitores (en el caso de los niños) deberían adquirir conocimientos y habilidades acerca de la enfermedad y su tratamiento, sobre el uso correcto de los fármacos de rescate y de prevención (control), sobre cómo reconocer el empeoramiento y cómo responder al inicio de la crisis, y cuándo y cómo requerir ayuda médica (8). Todo ello es demasiado complicado para transmitirlo en consultas impersonales y sobrecargadas, cuando no se sabe nada de la "ley de cuidados inversos", ni se incluyen recomendaciones respecto al manejo según clase social en las guías y protocolos al uso, ni se anotan datos acerca de la misma en la historia clínica, ni somos conscientes de la responsabilidad médica en los ingresos hospitalarios y muertes innecesarias por asma.

Necesitamos un cambio de enfoque, una revitalización de la corriente social, pero fertilizar la orientación biológica nos confunde, por excesiva y cegadora.

Si te he convencido, amable lector/a, acude a las fuentes bibliográficas citadas a continuación, y difunde este texto entre compañeros con interés en revertir la "ley de cuidados inversos".

Suerte.

Bibliografía

1. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; I:405-412.
2. Gervas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/ de familia. *Aten Primaria* 1995; 16:501-506.
3. Gervas J. Oportunidades clínicas para compensar el impacto de las diferencias sociales en salud. *Salud* 2000 2004 (en prensa).
4. Engel GL. How much longer must medicine' science be bound by a seventeenth century world view?. En: White K (ed), *The task of medicine. Dialogue at Wickenburg*. Menlo Park; The HJ Kaiser Foundation: 1988, págs. 113-136.
5. Gervas J. Experiencia, ciencia y "medicina basada en pruebas" en atención primaria. *SEMEERGEN* 2002; 28:302-304.
6. Elias JA, Lee CG, Zheng T, Ma B, Homer RJ, Zhu Z. New insights into the pathogenesis of asthma. *J Clin Invest* 2003; 111:291-297.

7. Ducharme FM. Inhaled glucocorticoids versus leukotriene receptor antagonists as single agent asthma treatment: systematic review of current evidence. *BMJ* 2003; 326: 621-623.
8. SENCY, SEMFYC. Recomendaciones para la atención del paciente con asma. *Arch Bronconeumol* 1998; 34:394-399.
9. García-Marcos A, Martínez FD. Epidemiología del asma en la infancia. En: Cobos N (ed), *Asma, enfermedad crónica infantil*. Madrid; Doyma: 1998; págs. 43-63.
10. Fuertes J, Meriz J, Pardos C, López V, Ricarte JI, González E. Prevalencia actual del asma, alergia, e hiper-respuesta bronquial en niños de 6-8 años. *An Esp Pediatr* 2001; 54:18-26.
11. Ortún V, Gispert R. Exploración de la mortalidad prematura como guía de política sanitaria e indicador de calidad asistencial. *Med Clín (Barc)* 1988; 90:399-403.
12. Gispert R. La mortalidad evitable, ¿indicador de calidad asistencial?. *Control Calidad Asistencial* 1992; 7:1-7.
13. Caminal J, Sánchez E, Morales M, Peiró R, Márquez S. Avances en España en la investigación con el indicador "Hospitalizaciones por enfermedades sensibles a cuidados de atención primaria". *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76:189-196.
14. Tamborero G. Hospitalizaciones inadecuadas: un nuevo reto para la atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 31:47-49.
15. Caminal J, Casanova C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Aten Primaria* 2003; 31:61-65.
16. Fernández JR, Martínez JM, Ruiz MA, Rodríguez A, Expósito AM, Prieto JR. Análisis del tratamiento preventivo prescrito por sus pediatras a 155 niños asmáticos de nuestro medio. *Rev Esp Pediatr* 2002; 58:340-345.
17. Jadad AR, Moher M, Browman GP, Booker L, Sigouin C, Fuentes M, Stevens R. Systematic reviews and meta-analysis on treatment of asthma: critical evaluation. *BMJ* 2000; 320: 537-540.
18. Grupo de trabajo de la SEE y de la SEMFYC. Una propuesta de medida de clase social. *Aten Primaria* 2000; 25:350-363.
19. Sarría A, Franco A, Redondo S, García L, Rodríguez A. Hospitalizaciones en menores de un año en la ciudad de Madrid y su relación con el nivel social y la mortalidad infantil. *An Esp Pediatr* 2002; 57:220-226.