



ASMA LABORAL. ÚLTIMOS TRATAMIENTOS EXISTENTES

MARCO TEÓRICO

Peter J. Barnes describe al asma como un síndrome caracterizado por obstrucción de las vías respiratorias que varía considerablemente de manera espontánea o con el tratamiento. En los asmáticos se observa un tipo especial de inflamación de las vías respiratorias que las hace más reactivas a diversos elementos desencadenantes que ocasionan reducción excesiva de la luz y disminución del flujo de aire y con ello la aparición de sibilancias y dificultad respiratoria (disnea).

La expresión asma ocupacional fue utilizada en un principio para describir la vinculación causal entre el lugar de trabajo y el asma. En años recientes se ha precisado el enfoque, comprendiendo los aspectos causales de novo y/o la agravación de cuadros pre-existentes; esto es lo que modernamente se llama: asma relacionada con el trabajo.

Al respecto es interesante analizar las distintas definiciones que han ido jalando el conocimiento de la entidad clínica.

En 1980 Newman -Taylor hablaron de estrechamiento variable de las vías aéreas, relacionadas causalmente con agentes específicos en forma de polvos inhalados, gases vapores, o humos actuando a través de mecanismo de hipersensibilidad.

En 1988 P.S. Burge definió al asma ocupacional como cuadro debido totalmente o en parte a agentes presentes en el lugar de trabajo, actuando por mecanismo de sensibilización.

En 2006 Berstein IL, Chan-Yeung M y Malo JL proponen el concepto actualmente vigente de asma relacionado con el trabajo comprendiendo a cuadros de limitación variable del flujo aéreo y / o hiper-reactividad con o sin inflamación de la vía aérea, debidos a causas y condiciones atribuibles al ambiente de trabajo y no a estímulos encontrados fuera del mismo, debidos a mecanismos inmunológicos y no inmunológicos.

Esta definición amplía considerablemente las posibilidades diagnósticas, comprendiendo:

a) cuadros inmunológicamente mediados caracterizados por un periodo de latencia entre la exposición a antígenos de alto peso molecular o ciertos agentes de bajo peso molecular como sales de platino, anhídridos ácidos, colorantes y la aparición de la obstrucción al flujo aéreo.

b) cuadros no inmunológicos en los que no hay latencia entre la exposición a altas concentraciones de determinadas sustancias irritantes y la aparición en minutos o hasta 24 horas de signos de obstrucción bronquial.

c) asma exacerbada en el lugar de trabajo por aeroalérgenos comunes, irritantes químicos o ejercicio, en individuos que tenían asma pre-existente.

d) bronquitis eosinofílica, provocada por diversas sustancias tales como látex, harina de trigo, isocianatos, formaldehído, esporas de hongos, expresada por tos crónica productiva con eosinófilos en el esputo, pero con ausencia de obstrucción bronquial.

e) exposición a polvos vegetales (cereales, algodón, fibras textiles) o tejidos animales animales. Como características diferenciales pueden citarse la presencia de síntomas generales, ausencia de latencia entre exposición y síntomas e infiltración neutrofílica de la mucosa respiratoria.

Estos cuadros tienen diferencias conceptuales de importancia en la interpretación de los mecanismos de enfermedad y en las conductas terapéuticas respectivas; no obstante su diversidad guardan rasgos comunes que permiten agruparlos: estos son la relación entre exposición al agente causal en el lugar de trabajo y la aparición de síntomas y su atenuación o desaparición los fines de semana o durante las vacaciones.

El diagnóstico de la causalidad laboral del asma es fundamental porque la supresión temprana del contacto patógeno es capaz de lograr una remisión completa de la enfermedad y en cambio un



reconocimiento tardío puede hacer que las medidas terapéuticas sean inefectivas para evitar la progresión de daños irreversibles en las vías aéreas.

TRATAMIENTO DEL ASMA OCUPACIONAL

Como se ha dicho la clave del tratamiento está en la detección y supresión lo más temprana posible de la acción de la sustancia nociva en el ambiente laboral, es decir se trata de una terapéutica causal.

Por otra parte desde el punto de vista sintomático, como en cualquier tipo de asma bronquial se cuenta con medicamentos, básicamente clasificados en dos grupos: broncodilatadores (agonistas beta, anticolinérgicos, teofilina) y controladores (corticosteroides, antileucotrienos, cromonas, inmunoterapia).

Por lejos la mejor medida terapéutica en el asma ocupacional es la prevención del contacto.

Prevención del asma ocupacional

En medicina se definen varios niveles de prevención según la fase de la enfermedad en la que se pueda intervenir.

La prevención primaria es aquella que se instrumenta sobre los factores determinantes de una enfermedad antes que esta aparezca.

La prevención secundaria consiste en detectar y aplicar tratamientos tempranos en períodos asintomáticos, precoces de enfermedades ya existentes pero muchas veces imperceptibles para los pacientes.

La prevención terciaria es ante una enfermedad declarada instituir un tratamiento que cure o evite la progresión de la misma o mitigue sus manifestaciones.

La prevención cuaternaria comprende las medidas instrumentadas para evitar o aminorar las consecuencias de una enfermedad dada; se homologa con las acciones de rehabilitación.

La prevención primaria de asma ocupacional.

La detección de un caso de asma ocupacional es una situación propicia para estudiar los factores condicionantes y con ellos controlados proteger a otros trabajadores expuestos. La intervención sería en estos casos la sustitución del factor provocador y en los casos en que esto no fuera posible refuerzo de las medidas protectoras para evitar o disminuir el contacto con el agente causal. Un ejemplo de esta estrategia de higiene industrial son los programas de manipulación de detergentes orgánicos. Las medidas concretas incluyeron: 1) encapsulación de los gránulos de detergente en materiales inertes; 2) frecuente monitoreo la concentración de proteínas enzimáticas en el aire ambiente; 3) medidas de ingeniería para control del polvo en el ambiente; 4) entrenamiento de los operarios para disminuir la exposición.

Otra estrategia preventiva fue la sustitución de una sustancia patógena por otra, tal como se hizo con los tiocianatos monoméricos utilizados en la producción de pinturas que fueron sustituidos por formas poliméricas de tiocianatos, que con iguales propiedades industriales presentan mucho menor poder agresivo para vías respiratorias y piel.

La prevención secundaria de asma ocupacional.

Puede aplicarse cuando se detectan signos de riesgo de asma ocupacional tal como la rinitis alérgica ocupacional. El monitoreo periódico (anual) del médico laboral puede detectar mediante encuestas estructuradas e incluso pruebas de laboratorio la existencia de rinitis que antecede al asma ocupacional; en estos casos la solución es la reubicación del trabajador lejos del sector de potencial alta exposición.

La prevención terciaria de asma ocupacional

Comprende las medidas de evaluación clínica de los trabajadores con la enfermedad después que haber sido separados del ambiente en el que se encuentre el agresor peligroso. En estos casos es imprescindible controlar la evolución del asma, verificar su mejoría o desaparición subjetiva y



objetiva mediante pruebas funcionales respiratorias periódicas. Otro criterio evaluativo a aplicar es verificar que el deterioro progresivo de las funciones respiratorias observado antes de la separación de la agresión ocupacional se ha detenido o enlentecido, hasta llegar a los valores fisiológicos de caída funcional atribuibles a la edad.

Cabe señalar que todavía es relativamente poco lo que se sabe sobre la historia natural y la morbilidad crónica asociadas al asma agravada por el trabajo y que están en curso trabajos para alcanzar un conocimiento más acabado de la enfermedad.

Bibliografía

Tarlo S.M., Balmes J., Balkissoon R. et al.: ACCP consensus statement : diagnosis and management of work-related asthma Chest 2008 ; 134 : 1S - 41S

Barnes P.J.: Asma, capítulo 248 en Harrison Principios de Medicina Interna Editores Fauci A.S., Braunwald E., Kasper D.L. et al. 17 ed. Mc Graw Hill Mexico 2009

Malo JL; Vandenplas O. Definitions and Classification of Work-related Asthma Immunol Allergy Clin N. Am 31 (2011) 645-662

Smith J. The Epidemiology of Work-related Asthma Immunol Allergy Clin N. Am 31 (2011) 665-675.