

EDITORIAL

ALERGIA: LA PREVENCIÓN Y SUS PROBLEMAS. LA CUARTA PREVENCIÓN

Numerosos estudios epidemiológicos publicados en los últimos años demuestran el aumento de la incidencia de las enfermedades alérgicas, hecho que no puede ser cuestionado a la vista de esos trabajos. Cuales sean las causas de este incremento está por dilucidar, siendo diversas las probabilidades que se barajan. La predisposición atópica, transmitida genéticamente, es la condición indispensable en la mayoría de las reacciones de hipersensibilidad, pero difícilmente puede atribuirse el incremento de la enfermedad alérgica a mutaciones genéticas, a las actuales corrientes migratorias o a determinados caracteres étnicos. Por el contrario, diversos elementos exógenos, fundamentalmente medioambientales y alimenticios, se estiman como muy probables inductores del citado incremento, a lo que hay que añadir el desbalance en el equilibrio de las células Th1/Th2 a favor de estas últimas, posible consecuencia de la disminución de las enfermedades infecciosas, sobre todo en países desarrollados, por la mejoría de las condiciones higiénicas de la población y el aumento de la población vacunada, con una mayor variedad de vacunas (1).

Frente al aumento del número de enfermos alérgicos, cabe desarrollar medidas de prevención. Entre las probables causas citadas, ni sobre la predisposición genética puede actuarse, ni sobre los beneficios de la higiene o vacunación es sensato intervenir (2). Tan sólo puede procederse tratando de mejorar el medio ambiente y los hábitos alimenticios, especialmente en la población de riesgo (3, 4).

Muchos trabajos se han desarrollado para valorar la efectividad de las medidas de prevención, teniendo como objetivo de una parte evitar la sensibilización a alimentos, en especial la leche de vaca, y de otra la alergia a neumoalergenos domiciliarios, ácaros y epitelios animales como más comunes (5, 6). Aun reconociendo la utilidad de estas medidas, los resultados de estos estudios no siempre son positivos ni concluyentes (7-10). De otra parte, incluso los trabajos correctamente estructurados, bien realizados, suelen encontrar dificultades en su ejecución, no obstante llevarse a cabo en población supuestamente de riesgo, definida por la existencia de familiares próximos que padecen enfermedad alérgica. Lo incierto de los resultados y la dificultad de seguir unas determinadas restricciones alimenticias o de mantener ciertas normas ambientales, como evitar el humo de tabaco o prescindir de animales domésticos, hace que no pocos sujetos se excluyan del estudio. Por ello la prevención no controlada en estudios

programados, es decir, la recomendada en la consulta diaria, es de resultados más inciertos, empezando por la muy probable transgresión de las normas recomendadas. Insistiendo en la posible transgresión de las recomendaciones, recuérdese que incluso cuando la enfermedad alérgica ya está establecida, el incumplimiento de los planes terapéuticos de larga duración, usuales en los asmáticos, es altamente frecuente (y preocupante) y tanto más ocurrirá si se trata de prevenir algo que aún no se padece.

La llamada prevención primaria, encaminada a evitar la aparición de la enfermedad alérgica en la población de riesgo, puede ser la más difícil de aceptar por las familias (alimentación con fórmulas lácteas hipoalergénicas cuando no es posible la lactancia natural, reducción de contaminantes –tabaco– y neumoalergenos), salvo que sea importante la gravedad de la enfermedad alérgica padecida por los padres o hermanos del niño en cuestión. Por la prevención secundaria, se trata de evitar que la enfermedad alérgica progrese, como suele ocurrir en gran porcentaje de niños con dermatitis atópica que más adelante padecen asma, o cuando la rinitis es el preámbulo del asma. En ambas fases del desarrollo de la enfermedad alérgica, en la mayoría de las ocasiones, con las medidas ambientales o alimenticias tan sólo se logra retrasar la aparición de la enfermedad, aun reconociendo la ventaja que esto supone (11).

El concepto de prevención terciaria es difícil de admitir, ya que de hecho consiste en el correcto tratamiento de la enfermedad, insistiendo, como se hace en la última edición del GINA (12), en la reducción de los alergenos y contaminantes, tanto del hogar como del medio ambiente, o los alimentos a los que los pacientes estén sensibilizados y los que puedan tener una reacción cruzada con los mismos. Sin embargo, por muy efectivas que sean las medidas adoptadas, lo más que puede conseguirse es reducir temporalmente los alergenos domiciliarios, mientras que es inevitable convivir con los alergenos medioambientales, polenes u hongos. Por esto es una utopía que la simple reducción de los alergenos sea suficiente para conseguir la mejoría deseada.

En contraste con la eficacia relativa de la reducción de los alergenos domésticos (aunque es algo de lo que no se debe prescindir), la inmunoterapia puede conseguir notables resultados tanto en la fase de progresión de la enfermedad alérgica (prevención secundaria) como cuando la enfermedad respiratoria ya está establecida (prevención terciaria) (13, 14), al prevenirse no sólo el desarrollo de asma en los pacientes con rinoconjuntivitis (15), sino también la sensibilización a más alergenos (15), siendo esto un riesgo mayor en los pacientes no tratados con inmunoterapia, y de ahí la conveniencia del diagnóstico e inicio precoz del tratamiento específico. Por ello, es cuestionable el criterio de recomendar la inmunoterapia sólo cuando las medidas ambientales o el tratamiento farmacológico sean ineficaces, dado que con la inmunoterapia se obtienen los beneficios adicionales mencionados (12, 16).

En los trabajos que se ocupan de la prevención y de los procedimientos encaminados a reducir el riesgo de enfermedad alérgica, citados aquí algunos de ellos, se echa de menos la mención a lo que podría llamarse cuarta prevención.

Hacia la adolescencia, un elevado porcentaje de niños asmáticos mejora notablemente, encontrándose libres de molestias en su mayoría (17). Es discutible si este hecho se justifica por lo que se ha dado en llamar “historia natural” del asma, ya que el diagnóstico precoz de la enfermedad, el correcto tratamiento y los controles periódicos, deben jugar un papel destacado en esta buena evolución (17, 18). No hay que olvidar, sin embargo, la persistencia de los factores predisponentes y de la hiperreactividad bronquial en algunos casos y por consiguiente, que persiste el riesgo de recaída si no se toman medidas preventivas eficaces. Esto es lo que podría etiquetarse como cuarta prevención.

Así, la cuarta prevención serían las medidas a adoptar para evitar recaídas de la enfermedad alérgica tras largo tiempo de permanecer los pacientes asintomáticos, siendo los adolescentes los candidatos más beneficiados. Hay que insistirles en que no adquieran el hábito de fumar y que eviten los ambientes tabáquicos, como las discotecas. Conviene controlar periódicamente la función respiratoria (al menos una vez al año) y actuar inmediatamente si vuelvan a aparecer síntomas de la enfermedad respiratoria, por leves que parezcan. Evitar el contacto con productos irritantes, habituales cuando se ejecutan trabajos caseros o determinadas manualidades y, muy especialmente, la orientación profesional, recomendando trabajos que no requieran el contacto habitual con productos irritantes o alergenos potenciales, haciendo un listado de esas profesiones, en relación con la conocida patología respiratoria ocupacional.

F. Muñoz-López

BIBLIOGRAFÍA

1. Romagnani S. The role of lymphocytes in allergic disease. *J Allergy Clin Immunol* 2000;105:399-408.
2. Becker AB. Is primary prevention of asthma possible? *Pediat Pulmonol* 2000;30:63-72.
3. Interin Report: Prevention of allergy and asthma. Based on the WHO/IAACI Meeting on the Primary Prevention of Allergy and Asthma. December 5-6, 1999. Geneve, Switzerland. *ACI Internat* 2000;12/6: 288-301.
4. Wahn U, von Mutius E. Childhood risk factors for atopy and the importance of early intervention. *J Allergy Clin Immunol* 2001;107:567-74.
5. Businco L, Furcolo G, Bruno G. State of the art in prevention of allergy to milk. *ACI Intern* 1998; 10/3:69-75.
6. Peat J, Björkstén B. Primary and secondary prevention of allergic asthma. *Eur Respir J* 1998;12: suppl. 27:28s-34s.
7. von Mutius E. Towards prevention (asthma). *Lancet* 1997;350 (suppl II):14-7.
8. Gotzsche PC, Hammarquist C, Burr M. House dust mite control measures in the management of asthma: meta-analysis. *BMJ* 1998;317:1105-10.

9. Schoetzau A, Gehring U, Franke K, Grül A, Koletzko S, von Berg A et al. Maternal compliance with nutritional recommendations in an allergy preventive programme. *Arch Dis Child* 2002;86:180-4.
10. Willians HC. Prevention of atopic eczema: a dream not so far away? *Arch Dermatol* 2002;138:391-2.
11. ETAC Study Group. Allergy factors associated with the development of asthma and the influence of cetirizine in a double-blind, randomised, placebo-controlled trial: first results of ETAC. *Pediat Allergy Immunol* 1998;9:116-24.
12. NHLBI/WHO Workshop Report. GINA: Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Revised 2002. NIH Publication N.º 02-3659.
13. Möller Ch, Drebor S, Ferdousi HA, Halken S, Høst A, Jacobsen L et al. Pollen immunotherapy reduces the development of asthma in children with seasonal rhinoconjunctivitis (the PAT-study). *J Allergy Clin Immunol* 2002;109:251-6.
14. Grembiale RD, Camporota L, Naty S, Tranfa CME, Djukanovic R, Marsico S. Effects of specific immunotherapy in allergic rhinitic individuals with bronchial hyperresponsiveness. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;162:2048-52.
15. Des Roches A, Paradis L, Menardo J-L, Bouges S, Daurés J-P, Bousquet J. Immunotherapy with a standardized *Dermatophagoides pteronyssinus* extract. VI. Specific immunotherapy prevents the onset of new sensitisations in children. *J Allergy Clin Immunol* 1997;99:450-3.
16. WHO Position Paper. Allergen immunotherapy: therapeutic vaccines for allergic diseases. *Allergy* 1998;53 (suppl 44):1-42.
17. Martínez FD. Progressión de la asma desde la infancia a la adolescencia. *Eur Respir Rev* 1997;7/40:8-10.
18. Withers NJ, Low L, Holgate ST, Clough JB. The natural history of respiratory symptoms in a cohort of adolescents. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;158:352-7.
19. Silverman M, Pedersen S, Martínez FD (editors). Early intervention in childhood asthma. Proceedings of a Workshop. Sonoma Valley, May 1997. *Eur Resp J* 1998;12: suppl. 27:1-68.