

## EDITORIAL

### LA ALERGOLOGÍA PROTOCOLIZADA

*Clásicamente la práctica médica se ha basado en el conocimiento científico, pero también se ha dicho que es arte y "ojo clínico". La medicina no es una ciencia exacta, la enfermedad tiene un sustrato genéticamente diverso, que es el ser humano, sobre el que actúan muchos imponderables, unos endógenos dependientes de la personalidad psicológica y estado anímico, y otros exógenos, como los que dependen del medio ambiente, el nivel socioeconómico e intelectual, los hábitos alimenticios, circunstancias epidemiológicas y muchos más.*

*De ahí que no pueda decirse que la medicina sea una ciencia exacta, ya que cada persona es distinta, pues aunque al valorar en su totalidad los síntomas que presentan los pacientes, pueda llegarse al diagnóstico o la sospecha diagnóstica que requerirá confirmación mediante los exámenes complementarios, la interpretación que cada individuo da a sus dolencias será distinta en razón de las circunstancias apuntadas, al mismo tiempo que la respuesta a la terapéutica puede variar por muchas circunstancias, unas dependientes de la idiosincrasia del individuo y otras de la dosificación, la correcta indicación del medicamento o el estricto cumplimiento del tratamiento prescrito.*

*No obstante, es lógico y loable el intento de estructurar los conocimientos médicos de forma que, de una parte se unifiquen los criterios, tanto diagnóstico como terapéuticos, y de otra que el paciente proporcione datos suficientemente objetivos, para que podamos valorar cada uno de sus síntomas y de su estado anímico relacionado con la enfermedad. Con esta finalidad, desde hace algunos años, igual que para otras especialidades, para la alergología se vienen publicando guías que tratan de ser útiles en ese sentido, en su mayoría centrando el interés en la patología respiratoria, rinitis y asma o la dermatitis atópica<sup>1-3</sup>.*

*Son bien conocidas las Guías que abarcan desde el concepto de asma, la epidemiología, etiopatogenia y tratamiento, para lo que no faltan algoritmos que pretenden ser útiles sobre todo para el diagnóstico y los diferentes pasos en el tratamiento, presentados con frecuencia a modo de escalera o basados en el color del semáforo, se supone que para hacerlo más comprensible cuando se prescribe el autocontrol de los propios pacientes. No es discutible la utilidad de esas guías, que se actualizan periódicamente, aunque las diversas versiones del mismo tema editadas por distintas sociedades, aún en un mismo país, parece que sólo conducen a la confusión y a originar criterios diferentes<sup>4-7</sup>.*

*Igualmente la valoración de los síntomas con el fin de establecer criterios de gravedad del proceso presenta no pocas dificultades, ya que deben tenerse en cuenta la frecuencia, intensidad, estacionalidad, edad, medio ambiente entre otras variables, y en el caso del asma la función respiratoria, todo lo cual conduce a diversidad de criterios, que pueden ser discutibles, como por ejemplo considerar la gravedad del asma basada en la frecuencia de los síntomas, pero no en su intensidad cuya valoración requiere la observación del paciente, la exploración física y la valoración de la función respiratoria, que son datos que el clínico puede objetivar<sup>8</sup>.*

*Aunque trate de simplificarse, por lo común los cuestionarios para conocer el estado del paciente, la intensidad de los síntomas o su valor diagnóstico, son excesivamente complejos por lo que no es extraño que el valor de las respuestas vaya decayendo conforme se prolonga el interrogatorio<sup>9</sup>. Incluso las respuestas suelen ser diferentes si se maneja un cuestionario o se visualizan imágenes que reproducen los síntomas en estudio<sup>10</sup>.*

*Conocer la calidad de vida de los pacientes alérgicos también está siendo motivo de interés, para lo que se dispone de varios cuestionarios que deben cumplimentar los mismos pacientes adultos y los niños a partir de una cierta edad. La validez de las respuestas puede depender de premisas muy diversas, como el estado anímico del paciente en el momento de ejecutar el test, el excesivo número de ítems a responder, la comprensión de cada uno de ellos, la adecuación al nivel intelectual del paciente, la terminología empleada adaptada a cada idioma y país cuando hayan de traducirse, de ahí que la interpretación final deba hacerse con reservas<sup>11-14</sup>.*

*A pesar de toda esta amplia serie de propuestas para el estudio de los pacientes alérgicos, es probable que su uso sea muy restringido, en especial los cuestionarios dirigidos a los pacientes, pero también las guías diagnóstico-terapéuticas, excepto cuando todo este material se emplea en estudios controlados, cualquiera que sea su finalidad. La duda se plantea en la utilidad que puedan tener para el clínico en su tarea diaria, ya que los conocimientos y la propia experiencia suelen ser los criterios en que se basa la labor médica cotidiana<sup>15,16</sup>.*

*Como colofón creemos que siguen en vigor estas palabras de un gran clínico español, el profesor Gregorio Marañón, publicadas hace más de 50 años en su Crítica de la Medicina Dogmática: “la Medicina es a partes iguales ciencia, arte y oficio. Pero el afán de quererla convertir en una ciencia integral, antes sacerdotal y enigmática, ahora exacta e infalible, la hace tropezar con mil piedras cada día y la pone, de vez en cuando, en trances de extraño compromiso, cuando no de mortal gravedad”<sup>17</sup>.*

**F. Muñoz-López**

**BIBLIOGRAFÍA**

1. ARIA Workshop Report. La rinitis alérgica y su impacto sobre el asma. *Alergol Inmunol Clin* 2003;18 Suppl 1:S2-252.
2. Nation Institute of Health. Global Strategy for asthma management and prevention (GINA). Revised 2002. Disponible en: [www.ginasthma.com](http://www.ginasthma.com).
3. Eichenfield LF. Consensus guideline in diagnosis and treatment of atopic dermatitis. *Allergy* 2004;59 Suppl 78:86-92.
4. Vermeire PA, Rabe KF, Soriano JB, Maier WC. Asthma control and differences in management practices across seven European countries. *Respir Med*. 2002;96:142-9.
5. Pauwels R. Formoterol-where does it fit in the current guidelines? *Respir Med*. 2001;95 Suppl B:S30-4.
6. Demoly P, Crestani B, Leroyer C, Magnan A, Mounedji N, Humbert M. Control and exacerbation of asthma: a survey of more than 3000 French physician. *Allergy*. 2004;59:920-6.
7. Stempel DA, Fuhlbrigge AL. Defining the responder in asthma therapy. *J Allergy Clin Immunol*. 2005;115:466-9.
8. Bacharier LB, Strunk RC, Mauger D, White D, Lemanske F, Sorkness CA. Classifying asthma severity in children. Mismatch between symptoms, medication use and lung function. *Am J Respir Crit Care Med*. 2004;170:426-32.
9. Baiardini I, Braidó F, Fassio O, Tarantini F, Pasquali M, Tarchino F, et al. A new tool to assess and monitor the burden of chronic cough on quality of life: Chronic Cough Impact Questionnaire. *Allergy*. 2005;60:482-8.
10. Crane J, Mallol J, Beasley R, Stewart A, Asher MI. Agreement between written and video questions for comparing asthma symptoms in ISAAC. *Eur Respir J*. 2003;21:455-61.
11. Juniper EF, Guyatt GH, Feeny DH, Griffith LE, Ferrie PJ. Minimum skills required by children to complete health-related quality of life instruments for asthma: comparison of measurement properties. *Eur Respir J*. 1997;10:2285-94.
12. Roberts G, Hurley C, Lack G. Development of a quality-of-life assessment for the allergic child or teenager with multisystem allergic disease. *J Allergy Clin Immunol*. 2003;111:491-7.
13. Tauler E. Calidad de vida en pacientes con asma en las edades pediátricas. *Allergol et Immunopathol*. 2000;28:168-75.
14. Alonso E y Grupo Valair. Estudio de utilización y validación clínica de la versión española del cuestionario de calidad de vida para niños con asma (PAQLQ) y el diario de los cuidadores del niño asmático (DCA). Estudio VALAIR. *Allergol et Immunopathol*. 2000;28:175-83.
15. Rabe KF, Adachi M, Lai CKW, Soriano JB, Vermeire PA, Weiss KB et al. Worldwide severity and control of asthma in children and adults: the global asthma insights and reality surveys. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;114:40-7.
16. Lenfant C. Clinical research to clinical practice-lost in translation? *New Engl J Med*. 2003;349:868-74.
17. Marañón G. Crítica de la Medicina Dogmática. Espasa-Calpe, S.A. Madrid; 1950.