

Tomar paracetamol en el embarazo duplica el riesgo de asma en el hijo

La enfermedad tiene una prevalencia de más del 10% en la población infantil

MARTA ESPAR
Barcelona

Un estudio realizado por investigadores del Centro de Investigación en Epidemiología Ambiental (CREAL) y el Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM-Hospital del Mar) de Barcelona, con la colaboración de la Universidad de Aarhus en Dinamarca, relaciona la ingesta de paracetamol durante el embarazo, especialmente en el primer trimestre de gestación, y el riesgo de que los niños sufran problemas respiratorios y/o asma en los primeros siete años de vida.

El estudio, publicado el 9 de abril en la revista *Internacional Journal of Epidemiology*, obtuvo información sobre la toma de paracetamol y otros 44 analgésicos —entre ellos, aspirina e ibuprofeno— en una muestra de 66.445 gestantes, cuyos datos procedían de la Base de Datos Nacional de Nacimientos de Dinamarca entre 1996 y 2003. Cuando los niños tuvieron 18 meses, se comparó la información disponible entre los que habían sido diagnosticados de asma y/o habían desarrollado problemas respiratorios y los que no; y de éstos, 12.773 volvieron a ser estudiados al cumplir siete años. Los resultados revelaron un incremento del 20% del riesgo durante los primeros 18 meses de vida y del 50% a los siete años.

Aunque todavía queda mucho camino para clarificar a qué dosis exacta se produciría el efecto y cuál es el mecanismo concreto de actuación, Manolis Kogevinas, investigador del CREAL-IMIM y coautor del estudio junto



Una embarazada de ocho meses. / CONSUELO BAUTISTA

con la farmacóloga clínica Cristina Rebordosa, cree que “de la experiencia con otros medicamentos se puede deducir de forma bastante segura que para causar estos efectos ha de tratarse de una dosis no esporádica”. La relevancia de este estudio residiría, según Kogevinas, en su interpretación epidemiológica, ya que el paracetamol es el analgésico de elección durante el embarazo y

el asma es una enfermedad con una prevalencia de más del 10% en la población infantil.

Kogevinas explica que el análisis va en la misma línea que otro estudio anterior realizado por un equipo del King's College de Londres y la Universidad de Bristol en 2002, pero con una muestra menor, que ya halló una relación estadísticamente significativa, aunque con diferencias res-

pecto del de CREAL-IMIM. Este estudio hace más énfasis en el primer trimestre de embarazo, porque “es cuando el feto metaboliza esta sustancia de forma menos eficiente”.

Kogevinas subraya que ambos estudios dan más fuerza a la hipótesis de que el asma infantil podría iniciarse ya en el útero. Para Teresa Bazús, médica adjunta al Servicio de Neumología del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y ex coordinadora del Área de Asma de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), la hipótesis del útero es plausible y también se detecta con otros factores, como la exposición al tabaco y a la contaminación.

Sin embargo, Bazús advierte que “hay que interpretar los resultados de este estudio con mucha cautela, porque durante los primeros 18 meses de vida muchos bebés presentan pitidos, a causa de infecciones respiratorias u otras patologías, y no derivan en un asma infantil”. En su opinión, la traducción del estudio en la clínica consistiría “en valorar el riesgo-beneficio que supone tomar paracetamol a diario durante el embarazo”.

A la espera de los resultados de un nuevo estudio que está realizando con una amplia muestra de niños del sur de Europa, Kogevinas propone moderar el uso de medicamentos durante la gestación: “Las alternativas al paracetamol son pocas”, asume: “la aspirina sería una posibilidad, pero sólo durante el primer trimestre, y el ibuprofeno tampoco es una alternativa, porque tiene otros efectos nocivos sobre el feto”.

PÍLDORAS

► Virus de la gripe.

Investigadores del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) han participado en el estudio que ha identificado una potencial diana terapéutica contra los virus de la gripe, lo que abre la puerta al desarrollo de nuevos antivirales útiles frente a los virus resistentes a los tratamientos actuales. El hallazgo, publicado en *Nature Structural & Molecular Biology*, podría ser relevante a la hora de paliar las consecuencias de posibles epidemias y pandemias relacionadas con estas patologías, según los autores. La diana identificada (una proteína viral que sería reconocida por un hipotético fármaco) es distinta de la que utilizan los antivirales disponibles.

► Marcador del cáncer de próstata.

Investigadores del hospital Vall d'Hebron de Barcelona han descrito un nuevo marcador de posible interés clínico para predecir la existencia de un cáncer de próstata en los pacientes que presentan una lesión aislada premaligna (denominada PIN) de alto grado tras haberles realizado una biopsia. Este marcador es la proteína PTOV1, que se expresa en las lesiones aisladas premalignas de alto grado asociadas al cáncer de próstata, y su identificación permitirá discriminar entre las personas que desarrollarán un cáncer y las que no. Hasta ahora, la detección de lesiones premalignas tras una biopsia para confirmar la sospecha obligaba a repetir varias veces a lo largo del tiempo la misma prueba hasta confirmar o descartar un tumor maligno.

¿Diecisiete sistemas distintos de salud?

ANÁLISIS

Pedro Rey Biel / Javier Rey del Castillo

De forma predecible, tras las elecciones generales, uno de los primeros problemas planteados es el de la financiación autonómica, cuyos fallos eran evidentes hace tiempo. Parece como si todos los partidos hubiesen considerado que abrir este debate antes perjudicaría sus perspectivas electorales, y sólo ahora comienzan a definir sus posiciones en el mismo. Las modificaciones producidas en algunos estatutos de autonomía o la publicación de las balanzas fiscales son algunos ejemplos de los planteamientos que están ahora sobre la mesa. Faltan, sin embargo, planteamientos globales que superen las aspiraciones de cada comunidad autónoma a mayores niveles de autofinanciación. Por ejemplo, se olvida que, desde el acuerdo sobre el sistema de financiación de 2001, la financiación autonómica debe contribuir también al sostenimiento de aquellos servicios públicos esenciales a los que los ciudadanos tienen derecho universal de acceso en condiciones de igualdad. Entre ellos, destacan los servicios sanitarios.

España es, junto con el Reino Unido, Alemania, Canadá, Australia, Suecia e Ita-

lia, uno de los pocos países desarrollados con cobertura universal del derecho a la protección sanitaria y a la vez una organización política federal o descentralizada. En estos países, los servicios sanitarios cumplen un doble papel: por un lado, actúan como elemento de cohesión social. Por otro, permiten el ejercicio descentralizado de su gestión justificando, como ocurre en España, cerca del 40% de la financiación de cada región. Muchos de estos países alcanzaron primero un alto nivel de organización descentralizada, y sólo más tarde desarrollaron un sistema sanitario universal. En España, el proceso ha sido inverso. Como consecuencia, nuestros servicios sanitarios, más aún su financiación, no están planteados principalmente como instrumentos de cohesión, sino como un mecanismo al servicio de la identidad territorial. Si se quiere que en España la financiación sanitaria sea, además de una fuente principal de ingresos de cada comunidad, la base de la universalidad, equidad y “portabilidad” territorial de la protección sanitaria, son necesarias modificaciones importantes en el sistema autonómico de financiación que nos asemejen a los países comparados. Las principales características de estos países son:

1. El Gobierno central tiene un papel

activo como garante del mantenimiento de las condiciones universales y equitativas de la protección sanitaria, sustentado en su poder de gasto (*spending power*).

2. Existen mecanismos de redistribución de los ingresos fiscales, de forma que los ciudadanos puedan recibir servicios semejantes sin soportar niveles impositivos diferentes.

La sanidad no se plantea como un instrumento de cohesión social, sino de identidad territorial

3. La financiación sanitaria tiene un carácter finalista marcado. La financiación sanitaria inespecífica, en forma de “transferencias en bloque”, como ocurre en España, incapacita al Gobierno central para orientar las políticas sanitarias de los gobiernos regionales.

4. La distribución de la financiación sanitaria entre entidades regionales se asienta en criterios poblacionales y tendencias históricas de gasto. Nunca, como en España, en el cálculo de “necesidades sanita-

rias” diferenciales, claramente arbitrarias.

5. Se busca la igualdad en el acceso a los servicios, nunca la igualdad en financiación sanitaria regional *per cápita*.

6. Veto a la imposición de diferentes copagos impuestos por gobiernos regionales distintos para evitar desigualdades territoriales adicionales.

7. Se condiciona la recepción de parte de la financiación sanitaria al mantenimiento de ciertas condiciones de funcionamiento cohesionado del sistema sanitario.

Sin estas modificaciones es previsible que el sistema sanitario español se termine fragmentando en 17 sistemas distintos, cada uno con diferentes niveles de protección, y en exclusiva para su propia población. Del aumento del gasto global que generaría tal evolución es muy probable que se derivase la búsqueda de fuentes adicionales de financiación, entre ellas, el recurso a las aportaciones personales privadas de distinto tipo. Con ello, el incremento de las desigualdades sociales en la cobertura sanitaria rompería el papel primordial que los servicios sanitarios tienen como instrumento social de cohesión.

Pedro Rey Biel es doctor en Economía y profesor de la Universidad Autónoma de Barcelona, y **Javier Rey del Castillo**, médico, fue secretario del Consejo Interterritorial del SNS. Han publicado en el Laboratorio de Alternativas (www.fundacionalternativas.com) un trabajo del mismo título que este artículo.