



Agosto y septiembre de 2019

LAS CARAS DE LA POLUCIÓN

En «Contaminación atmosférica y salud pública» [INVESTIGACIÓN Y CIENCIA, agosto de 2019], Mark J. Nieuwenhuijsen menciona diversas enfermedades relacionadas con la contaminación atmosférica. En nuestra opinión, hay otros procesos que también deberían incluirse.

En primer lugar, la contaminación no solo desencadena respuestas inmunitarias a nivel molecular al elevar los niveles de citoquinas proinflamatorias y especies reactivas de oxígeno, sino que, además, participa en otro tipo de respuestas, también inmunitarias pero de tipo adaptativo. Por ejemplo, un estudio publicado este año («Air pollution as a determinant of rheumatoid arthritis»; Johanna Sigaux et al., *Joint Bone Spine*, vol. 86, 2019) ha demostrado que las partículas de escape diésel pueden provocar cambios en los linfocitos T que, a la postre, causan artritis.

En segundo lugar, diferentes trabajos han demostrado la relación entre contaminación atmosférica y algunas neoplasias malignas. Estudios realizados por 15 grupos en 9 países europeos han constatado la asociación entre contaminación y cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas. Y varios estudios han observado una asociación entre la exposición a NO_x y cáncer de mama, aunque más acentuada en mujeres afroamericanas y japonesas americanas. Esta relación se confirmó al observar que era particularmente estrecha en mujeres que habitaban en lugares con mayor contaminación atmosférica, como aquellos cercanos a carreteras.

CRISTÓBAL BUENO JIMÉNEZ
Profesor emérito de patología general
Universidad de Extremadura
CRISTÓBAL BUENO GARCÍA
Badajoz

RESPONDE NIEUWENHUIJSEN: *La contaminación del aire se ha asociado a muchas más enfermedades que las mencionadas en el artículo, en el cual solo me centré en aquellas para las que hay pruebas excelentes. Pero cada día se publican más estudios, en especial sobre los mecanismos subyacentes de cómo la contaminación afecta a la salud. Hoy sabemos que tiene un gran impacto en nuestra vida diaria, nuestro sistema inmunitario y nuestras vías de estrés inflamatorio y oxidativo, por lo que es causa de numerosas muertes y enfermedades.*

EMPATÍA MÉDICA

En «Las decisiones médicas son cosa de dos» [INVESTIGACIÓN Y CIENCIA, Septiembre 2019], Alejandra Fernández Trujillo anima a los médicos a compartir las decisiones terapéuticas con los pacientes de una forma más empática. Por supuesto que no hizo falta una ley de autonomía del paciente para que los médicos tuvieran en cuenta los deseos genésicos de las mujeres antes de una histerectomía, sus condicionantes sociales o religiosos ni la fecha de la boda de su hija ante una intervención mayor.

Sin embargo, y dada la vulnerabilidad física y psicológica que implica ser portador de una enfermedad grave, es imposible —y quizá ni siquiera recomendable— una relación médico-paciente puramente horizontal. En efecto, cierto grado de paternalismo sigue presente, sobre todo en el ámbito oncológico, quizá derivado de la alta especialización. Es común que el médico exponga las opciones de tratamiento, sus pros y sus contras antes de que el paciente adulto y consciente (y muchas veces mal informado a través de medios electrónicos no supervisados) decida. Aquí no se abandona al paciente, sino que se le proporciona consejo profesional y se busca el consenso y bienestar familiar.

Hoy, los médicos no expresan preocupación significativa por la relación con el paciente, cuya autonomía se respeta desde hace décadas. Más bien padecen múltiples problemas relacionados con la relación médico-institución: precariedad de contratación, sobrecarga de trabajo, estructuras jerárquicas rígidas, ausencia de incentivos, interinidades eternas, etcétera. Y aunque la medicina es la profesión

sistemáticamente mejor valorada por los españoles, presenta a la vez alarmantes tasas de burn-out, divorcios, depresión, alcoholismo e incluso suicidio.

PEDRO DAVID DELGADO LÓPEZ
Servicio de Neurocirugía
Hospital Universitario de Burgos

RESPONDE FERNÁNDEZ TRUJILLO: *El modelo de decisiones compartidas no pretende ser completamente horizontal, sino empoderar, dentro de lo posible, a los pacientes, en especial a los más vulnerables. Por supuesto, acompañar en las decisiones requiere a veces cierto grado de paternalismo. Sin embargo, es importante no olvidar que no todos los pacientes tienen las mismas necesidades.*

Pese a que la mayoría de los médicos se esfuerzan en respetar la autonomía del paciente, estudios como el citado en el artículo indican que puede que no todos los pacientes lo perciban así. Artículos como «The views of patients and relatives of what makes a good intensivist: A European survey» (colaboración CoBa-TrICE, Intensive Care Medicine, vol. 33, 2007) muestran que los pacientes reclaman explicaciones más comprensibles en atención a su competencia al ingresar en la UCI. Esto concuerda con los resultados del estudio «Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): La opinión del paciente como piedra angular» (M. S. Holanda Peña et al., Medicina Intensiva, vol. 41, 2017). Estos son dos estudios sobre pacientes críticos competentes, en un ámbito en el que las personas se sienten especialmente vulnerables, a pesar de lo cual continúan demandando información y no sentirse excluidos de las decisiones.

Es cierto que la presión en el trabajo y las instituciones genera en los médicos desilusión y síntomas de burn-out que sería importante prevenir para que la atención al paciente fuese óptima, pero esta cuestión requeriría un artículo propio.

CARTAS DE LOS LECTORES

INVESTIGACIÓN Y CIENCIA agradece la opinión de los lectores. Le animamos a enviar sus comentarios a:

PRENSA CIENTÍFICA, S. A.
Muntaner 339, pral. 1.º, 08021 BARCELONA
o a la dirección de correo electrónico:
redaccion@investigacionyciencia.es

La longitud de las cartas no deberá exceder los 2000 caracteres, espacios incluidos. INVESTIGACIÓN Y CIENCIA se reserva el derecho a resumirlas por cuestiones de espacio o claridad. No se garantiza la respuesta a todas las cartas publicadas.