



Revista Colombiana de Cancerología

www.elsevier.es/cancerologia



EDITORIAL

La ocupación en la historia clínica oncológica: ¿un factor de riesgo desconocido?



Occupation in the oncological clinical record: an unknown risk factor?

Desde las investigaciones en la década de los años 50 en las que se estableció la asociación entre el hábito de fumar y el cáncer de pulmón, el impacto del tabaco sobre un número creciente y variado de enfermedades se ha ido develando progresivamente. Una de las consecuencias claras de esto, y sobre la que hoy en día no hay dudas entre los profesionales de la salud, es la formulación de los antecedentes de la historia clínica de al menos dos preguntas sobre el hábito de fumar, incluso que va de la mano con la consignación de las respuestas.

Circunstancias muy distintas rodean la indagación sobre ocupación en la historia clínica; a pesar de ser una variable “de rutina” en la anamnesis médica, su diligenciamiento es en general difícil y requiere de más tiempo con la consecuencia de que la información ocupacional en historias clínicas es incompleta y de baja calidad^{1–3}. Los resultados del estudio de Gil *et al.* en nuestro medio son altamente preocupantes: solo una tercera parte de las historias clínicas de pacientes con cáncer de pulmón atendidos en la institución contaba con información sobre la ocupación y en una proporción mucho menor, con datos sobre ocupaciones anteriores.

Es claro que el tabaco, con el altísimo riesgo atribuible para cáncer de pulmón (75% y más), opaca el papel de otros agentes carcinogénicos. Sin embargo, cabe recordar que la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) lista actualmente 28 sustancias/circunstancias de trabajo/ocupaciones en las que hay evidencia suficiente de asociación con cáncer de pulmón poniendo de manifiesto el importante rol de las exposiciones ocupacionales en la etiología del cáncer de pulmón⁴.

Dado el largo tiempo de latencia entre la exposición ocupacional y el desarrollo de un cáncer de pulmón (así como de otros cánceres) contar con los antecedentes ocupacionales implica recorrer la trayectoria laboral del paciente, lo que constituye ciertamente un reto en medio de las actividades diarias de un servicio clínico, más si se tiene en cuenta el estado funcional de los pacientes con esta enfermedad. Sin

embargo, cuando hay suficiente evidencia científica de sustancias carcinógenas y circunstancias de trabajo asociadas a un cáncer, en este caso de pulmón, es inexorable desarrollar las condiciones para contar en la anamnesis con elementos de historia laboral que permitan sospechar que sea de origen ocupacional. La no indagación y en consecuencia el no registro de la ocupación en la historia clínica elimina la posibilidad de calificarla enfermedad como tal, y en tanto, la posibilidad de una compensación para el trabajador y su familia, lo que conlleva también un cuestionamiento ético.

La ausencia de esta práctica y de instaurar mecanismos para poder realizar historias ocupacionales más detalladas se refleja en el hecho de que en Colombia se hayacalificado y registrado un único caso de cáncer como de origen ocupacional entre 2003–2005⁵. Pasar de una sospecha a una calificación implica la valoración por personal especializado en medicina laboral y un proceso de arbitramento donde en un porcentaje variable de casos se descartará que la enfermedad sea de origen ocupacional. En otros contextos se han establecido discrepancias significativas entre el número de casos de mesotelioma maligno con sospecha de ser de origen ocupacional (en trabajadores expuestos a asbesto), con aquellos que finalmente son compensados⁶. En 2006, el INC publicó el *Manual de agentes carcinógenos de los Grupos 1 y 2 A de la IARC de interés ocupacional para Colombia*⁷. Vale la pena resaltar que el manual constituye una gran ayuda para este proceso por la facilidad de consulta (en español) acerca de los usos, las principales industrias asociadas y la exposición ocupacional a sustancias cancerígenas.

Contar con los antecedentes ocupacionales en las historias clínicas constituye también la base para la realización posterior de investigaciones que ayuden a dilucidar mejor el papel de sustancias cancerígenas, particularmente de sustancias que han sido clasificadas como del Grupo 2 A “probablemente carcinogénicas”, como es el caso reciente del glifosato y de otros pesticidas⁸, que son de elevado uso en Colombia.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2015.08.001>

0123-9015/© 2015 Instituto Nacional de Cancerología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

El Instituto Nacional de Cancerología, como entidad especializada en atención oncológica y docencia pero además asesora del Ministerio de Salud y Protección Social, constituye por excelencia un laboratorio para implementar de manera piloto la recolección de información ocupacional en la práctica diaria. La selección de algunos cánceres prioritarios, entre los que cabe destacar el cáncer de pulmón y el de vejiga, así como una indagación escalonada iniciando por familiares y acompañantes podrían ser ideas para contribuir a mejorar esta información, a crear conciencia entre médicos y pacientes y en últimas a la adopción de medidas preventivas en el campo ocupacional.

Bibliografía

1. McCahy PJ, Harris CA, Neal DE. The accuracy of recording of occupational history in patients with bladder cancer. *Br J Urol.* 1997;79(1):91-3.
2. McDiarmid MA, Bonanni R, Finocchiaro M. Poor agreement of occupational data between a hospital-based cancer registry and interview. *J Occup Med.* 1991;33(6):726-9.
3. Shofer SJ, Haus BM, Kuschner WG. Quality of occupational history assessments in working age adults with newly diagnosed asthma. *Chest.* 2006;130(2):455-62.
4. International Agency for Research on Cancer. List of Classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans, Volumes 1 to 113*. Disponible en: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/Table4.pdf>. (updated June 2015).
5. Informe de enfermedad profesional 2003-2005 [Internet]. Bogotá: República de Colombia, Ministerio de la Protección Social; 2007. 25.233.21/DOCUMENTOS/Imoval/Disco%20local%20(D)/PDF/MPS%20-%20INFO%20EP%202003_2005_Completo.pdf.
6. Restrepo MT, Rojas MP, Bernal ML, Araque A, Vélez M, López JM. Manual de agentes carcinógenos de los Grupos 1 y 2 a de la IARC de interés ocupacional para Colombia. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología, E.S.E; 2006.
7. Labrèche F, Case BW, Ostiguy G, Chalaoui J, Camus M, Siemiatycki J. Pleural mesothelioma surveillance: validity of cases from a tumour registry. *Can Respir J.* 2012;19(2):103-7.
8. Guyton KZ, Loomis D, Grosse Y, El Ghissassi F, Benbrahim-Tallaa L, Guha N, et al. Carcinogenicity of tetrachlorvinphos, parathion, malathion, diazinon, and glyphosate. *Lancet Oncol.* 2015;16(5):490-1.

Marion Piñeros
Cancer Surveillance Section,
International Agency for Research on Cancer
Correo electrónico: PinerosM@iarc.fr