



Editorial

Registros de enfermedades causadas por el amianto. La importancia de conocer la dimensión del problema

Registry of Diseases Caused by Asbestos. The Importance of Knowing the Scale of the Problem

 Jaume Ferrer Sancho^{a,b}
^a Servei de Pneumologia, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

^b Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), España


Los riesgos del amianto para la salud son bien conocidos por parte del colectivo médico y cada vez más por el conjunto de la población. Una buena muestra de ello es que sus efectos ocupan con frecuencia los medios de comunicación, aunque en la mayoría de las ocasiones estas referencias aludan a casos puntuales que adquieren relevancia por motivos médico-legales. Existe, pues, una alarma creciente sobre los efectos deletéreos del amianto, pero ¿cuál es la dimensión real de este gran problema sanitario?

La exposición masiva al amianto de los trabajadores en España se produjo durante casi todo el siglo xx. Las propiedades aislantes de este silicato natural fibroso propiciaron su uso industrial, con un total importado de unos 2,4 millones de toneladas que se destinaron en especial a la industria del fibrocemento y la construcción¹. Fue también durante el pasado siglo cuando se fueron conociendo sus efectos nocivos, basados en la capacidad de sus fibras para provocar una reacción inflamatoria de lenta progresión y un efecto carcinogénico². Existen evidencias sólidas que vinculan la exposición al amianto con el desarrollo de placas, fibrosis y derrame pleural, atelectasia redonda, asbestosis, cáncer de pulmón, mesotelioma de la pleura y del peritoneo, así como cáncer de laringe y de ovario³. En la actualidad, el uso del amianto está prohibido en muchos países occidentales, mientras que en los países en desarrollo aún se permite su comercialización. La prohibición del uso y comercialización del amianto en España se produjo en el año 2002, y teniendo en cuenta el tiempo de latencia del desarrollo de enfermedades derivadas (de al menos 20 años), no se ha llegado todavía al punto de inflexión para iniciar el descenso en el número de personas afectadas. Así pues, en nuestro país se siguen diagnosticando enfermedades por amianto en personas expuestas antes del año 2002, pero también en los trabajadores que actualmente trabajan en reparaciones y obras que afectan edificios y estructuras que contienen amianto. Hay que tener en cuenta que solo en Barcelona se

calcula en más de 6.000 los edificios y garajes que contienen este silicato¹.

Uno de los problemas que han entorpecido la lucha contra esta verdadera epidemia es el desconocimiento sobre su impacto real en la población. Las cifras que nos han venido proporcionando los registros oficiales revelan que existe un claro infradiagnóstico⁴, pero además tenemos una carencia que afecta a la notificación de los casos que sí han sido detectados. El hecho de carecer de datos fiables sobre el impacto del amianto en nuestra población impide lógicamente conocer de forma precisa la evolución de la incidencia de casos, con lo que se pierde un dato epidemiológico clave para poder adaptar las estrategias diagnósticas y de vigilancia de la salud en el colectivo expuesto.

Sin duda alguna, en los próximos años deberemos mejorar el conocimiento sobre los efectos tóxicos que la exposición al amianto está causando en nuestra población. La legislación española obliga al control de los trabajadores expuestos en activo por parte de los servicios de prevención de las empresas, mientras que tras la jubilación esta vigilancia corresponde al servicio público de salud del Ministerio⁵. El Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores que han estado Expuestos a Amianto (PIVISTEA) es una iniciativa del Ministerio de Sanidad que pretende la detección y el seguimiento de los trabajadores expuestos en nuestro país. Hasta la fecha se han identificado un total de 2.526 empresas que realizan o han realizado actividad laboral con amianto, y 56.373 trabajadores que manipulan o en su día manipularon este material, de los cuales 30.387 son trabajadores postexpuestos y 17.645 están actualmente expuestos. El número de enfermedades por amianto es de 6.570, el 53% de las cuales corresponden a placas pleurales⁶.

Los registros especializados son, sin duda, una vía interesante para adquirir una visión de conjunto de determinadas enfermedades que por diversos motivos son poco conocidas. El registro británico de enfermedades ocupacionales (SWORD) es el que mejor refleja los beneficios de este tipo de iniciativas. Tras una andadura de más de 20 años, el SWORD ha mantenido un apreciable nivel de notificación y ha permitido estimar la incidencia evolutiva de

 Correo electrónico: jjferrer@vhebron.net

las distintas enfermedades ocupacionales en el Reino Unido⁷. Otro ejemplo, pero con un diseño bien diferente, es el promovido por el gobierno australiano, en el que son los propios ciudadanos los que se registran si creen que han estado expuestos al amianto⁸. En nuestro medio contamos con la experiencia del registro MOR, centrado en las enfermedades ocupacionales respiratorias en general e implantado en 3 comunidades autónomas españolas. En este registro, los casos notificados correspondientes a enfermedad por amianto superaron en mucho las estadísticas oficiales⁹.

En la actualidad, el área EROM de la SEPAR se ha propuesto dar un nuevo impulso al registro de enfermedades por amianto en España con la intención de subsanar el vacío que se acaba de señalar. Se trata de un registro voluntario que incluye datos demográficos, de exposición laboral, doméstica y ambiental, así como radiológicos y de función respiratoria. Se prevé una primera fase con el registro de los casos prevalentes y una segunda fase con el registro de los incidentes. La red de notificadores se basará inicialmente en los neumólogos dedicados de forma específica a las enfermedades por amianto, pero estará abierto a todos los socios de SEPAR y sería deseable que la Sociedad de Medicina del Trabajo también pudiera involucrarse en el proyecto.

En una primera fase piloto, 10 centros españoles registraron 100 casos de enfermedad por amianto. Los casos correspondieron a personas con una edad media de 73 (43-93) años, en su mayoría varones (89%) y exfumadores, con exposición predominantemente ocupacional (87%). En la mayoría de los pacientes los diagnósticos más prevalentes fueron las placas pleurales (74%), la asbestosis (22%), la fibrosis pleural (10%), el mesotelioma (6%) y el cáncer de pulmón (6%). Los sectores laborales más comunes fueron el naval y la industria del fibrocemento.

Los próximos años serán un periodo clave para conocer con más detalle los efectos reales del amianto en la salud de nuestra población en términos de número de afectados y evolución de su incidencia futura. Los resultados del programa PIVISTEA, de ámbito general, podrían ser complementados con los datos del registro de

enfermedades por amianto como reflejo del diagnóstico en centros especializados. Para conseguir este objetivo debemos convencer a los médicos responsables de la importancia de registrar los casos que vayan diagnosticando. El tiempo que se dedique a ello queda compensado con creces por una visión precisa de las características de las personas afectadas y de la frecuencia de las diversas enfermedades. La efectividad de los programas diagnósticos y de vigilancia de la salud depende en buena medida de los datos proporcionados por este tipo de registros.

Bibliografía

1. Institut d'Estudis de la Seguretat. En: *Prospección sobre la presencia de amianto o de materiales que lo contengan en edificios. Identificación práctica de amianto en edificios y metodologías de análisis*. Barcelona: Fundación para la prevención de riesgos laborales; 2003.
2. Bartrip PW. History of asbestos related disease. *Postgrad Med J*. 2004;80:72–6, <http://dx.doi.org/10.1136/pmj.2003.012526>.
3. Diego Roza C, Cruz Carmona MJ, Fernández Álvarez R, Ferrer Sancho J, Marín Martínez B, Martínez González C, et al. Recommendation for the diagnosis and management of asbestos-related pleural and pulmonary disease. *Arch Bronconeumol*. 2017;53:437–42, <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.12.014>.
4. García Gómez M, Menéndez-Navarro A, Castañeda López R. Incidence of asbestosis and other benign lung diseases: Spain, 1962–2010. *Rev Esp Salud Publica*. 2012;86:613–25, <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272012000600007>.
5. Programa integral de vigilancia de la salud de los trabajadores que han estado expuestos al amianto y protocolo de vigilancia sanitaria específica (Revisión 2003). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
6. Evaluación del programa de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos al amianto –PIVISTEA– 2016. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018.
7. Meredith SK, Taylor VM, McDonald JC. *Occupational respiratory disease in the United Kingdom 1989: A report to the British Thoracic Society and the Society of Occupational Medicine by the SWORD project group*. *Br J Ind Med*. 1991;48:292–8.
8. National Asbestos Exposure Register [consultado 18 Feb 2019]; 2019. Disponible en: https://www.accesscanberra.act.gov.au/app/answers/detail/a.id/2029/~/_/national-asbestos-exposure-register.
9. Orrriols R, Costa R, Albanell M, Alberti C, Castejon J, Monso E, et al. Reported occupational respiratory diseases in Catalonia. *J Occup Environ Med*. 2006;63:255–60, <http://dx.doi.org/10.1136/oem.2005.022525>.