

CENTRO PROVINCIAL DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

EL TABAQUISMO Y EL CANCER DE PULMÓN. REFLEXIONES SOBRE ALGUNAS ESTADÍSTICAS

Por:

Dra. Sandra Moré Alonso¹, Dra. Yanet Tais González Jiménez² y Dra. Liset Álvarez-Guerra González³

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Enfermedades infecciosas. Hospital Militar "Cmdte Manuel Fajardo Rivero". Santa Clara, Villa Clara.
2. Licenciada en Enfermería. Máster en Enfermedades infecciosas. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC.
3. Médico General Básico. Máster en Enfermedades infecciosas. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Santa Clara, Villa Clara.

Descriptor DeCS:

TABAQUISMO
NEOPLASMAS PULMONARES/estadística
& datos numéricos

Subject headings:

SMOKING
LUNG NEOPLASMS/statistics & numerical
data

El hábito de fumar desarrolla el deseo de absorber una cantidad de nicotina suficiente para mantener un estado psíquico y fisiológico determinado. Para ello, al inhalar, el fumador expone directamente al pulmón el humo generado por la combustión del tabaco. Se ha reconocido científicamente que un solo cigarrillo contiene 4000 diferentes sustancias tóxicas, que incluyen cerca de 60 agentes cancerígenos, promotores o inductores tumorales. La forma en que el tabaco ha sido consumido durante la primera mitad del siglo XX es directamente responsable de la epidemia de cáncer pulmonar, y de otras neoplasias atribuibles al tabaco, que se presentaron durante la última mitad del siglo XX¹.

Al comienzo del decenio de 1990, el consumo de tabaco causó tres millones de muertes por año en el mundo, y el panorama está empeorando rápidamente, de tal manera, que si esta tendencia no se revierte, para el año 2020 habrán muerto por esta causa 10 millones de personas, de las cuales el 70 % serán habitantes de países desarrollados o en vías desarrollo¹. El uso del tabaco produce enfermedad y muerte. La sociedad paga el precio con una elevada morbilidad y mortalidad, pérdida de la productividad y alto gasto sanitario. Es la causa más importante de muerte en los adultos de 35 años y más². Su consumo constituye todavía el factor de riesgo principal para el cáncer de pulmón (del 80-85 % de los casos)³.

Se sabe que el riesgo de que el fumador desarrolle esta enfermedad depende del tipo de cigarrillos fumados, de la frecuencia de consumo y del tiempo de persistencia en el hábito. Asimismo, se han acumulado datos suficientes para demostrar la relación causal entre el consumo de cigarrillos y el cáncer pulmonar (CP), que se considera como enfermedad centinela del tabaquismo por varias razones: es el factor de riesgo presente en 90 % de los pacientes con CP, el riesgo de enfermar o morir de los fumadores aumenta drásticamente después de los 40 años de edad, las tasas de mortalidad por esta enfermedad aumentan después de los 40 años. En relación directa con el consumo de tabaco, después de 10 años de abstinencia, el riesgo relativo de desarrollar CP se reduce en un 50 % en comparación con la persistencia en el hábito¹.

Durante la primera parte del siglo XX, el cáncer de pulmón era raro en algunos países de América, pero las nuevas generaciones sufren una epidemia por la difusión del consumo de

cigarrillos⁴. Estudios ecológicos muestran las más altas tasas de incidencia en las áreas urbanas⁵.

El cáncer de pulmón es el tumor más frecuente en todo el mundo y su prevalencia continúa aumentando a costa del incremento que está experimentando en los países de Europa del Este y en vías de desarrollo. Su prevalencia, detección precoz y tratamiento son los tres pilares para reducir su morbilidad y mortalidad. La detección precoz no tiene resultados satisfactorios, ya que los síntomas a menudo no aparecen hasta que la enfermedad está avanzada; tan solo el 15 % se diagnostica cuando está aún localizada. Su tratamiento tampoco es efectivo, y la supervivencia a los cinco años es del 13 %. Estas estadísticas nos llevan a pensar que la única estrategia viable para reducir su mortalidad es la prevención³.

La alta letalidad del cáncer de pulmón hace que las cifras de mortalidad se acerquen a las de incidencia¹.

En Cuba, el cáncer constituye la segunda causa de muerte desde 1958, solo superada por las enfermedades del corazón, con una incidencia entre 20 y 25 mil casos cada año y una mortalidad entre 13 y 14 mil defunciones por año⁶. Constituye, además, la segunda causa de años de vida potencialmente perdidos en el país, y se estima que disminuye el promedio de vida de la población⁷.

En el año 1995 se estudió la incidencia del cáncer en Cuba, se señaló a Villa Clara entre las provincias de mayor riesgo a padecerlo y en específico, se encuentra como la de mayor morbilidad por cáncer de pulmón en los dos sexos⁸. La tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en Cuba es elevada en ambos sexos, aunque es mayor en los hombres, entre las mujeres se eleva constantemente⁴. Con el objetivo de hacer un diagnóstico de esta enfermedad y describir algunas variables de interés epidemiológico, y, además, por constituir la primera causa de muerte para ambos sexos por tumores malignos en nuestra provincia, se realizó una investigación descriptiva sobre la morbilidad y mortalidad por cáncer de pulmón, en Villa Clara 2004-2005, en el Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Se estudió la incidencia según municipios, grupos etarios, sexo y estadio clínico al realizar diagnóstico. La mortalidad se describió según grupos de edades y sexo. Se tuvo en cuenta la totalidad de casos con esta enfermedad en ambos años obtenida del Registro Provincial de Cáncer, y la totalidad de fallecidos por esta causa que aparece en el registro provincial de mortalidad. El sexo masculino fue el de mayor incidencia, con más del 60 % cada año. La mayoría de los casos se diagnosticó en las edades comprendidas entre 50 y 64 años, mientras en las mujeres las edades más frecuentes fueron entre 65 y 79 años. En la mayoría de los hombres, el diagnóstico se realizó en edades más jóvenes (50-64 años). Los municipios que superaron la media provincial e incrementaron las tasas de incidencia fueron: Encrucijada, Santa Clara, Santo Domingo y Manicaragua. Camajuaní se encuentra también por encima de la media provincial, y en Corralillo existió un incremento con respecto al año anterior. El estudio demostró que continúa realizándose el diagnóstico en estadios avanzados de la enfermedad, pues más del 60 % de los casos se encontraron en estadios III o IV, cuando las probabilidades de tratamiento eficaz son más difíciles y la sobrevida de los pacientes, más corta. Sin embargo, la tasa de mortalidad (45,96 x 100 000 hab.) de la provincia en el año 2005 duplica a la de incidencia (21,93 x 100 000). Las neoplasias de pulmón son la principal causa de muerte por tumores malignos en ambos sexos en la provincia, seguido del cáncer de próstata en el hombre y el cáncer de mama en la mujer. La tasa de mortalidad se incrementó en un 16,7 %. Por grupos etarios el mayor número de fallecidos se encontró en los mayores de 75 años, lo que más del 35 % en ambos años (2004-2005) seguido del grupo de 50 a 64 años. Se observó mayor mortalidad en el sexo masculino (más del 65 %).

El control integrado de la adición tabáquica, que es el principal criterio estratégico de atención primaria en la prevención del CP, debe ser una prioridad en los programas de salud pública¹.

Para prevenir el cáncer a nivel mundial, la OMS recomienda estructurar políticas en cada país, región o comunidad, tomando en cuenta que a diferencia de los criterios de antaño, hoy se sabe que un tercio de los casos diagnosticados son prevenibles, un tercio es potencialmente curable y el resto puede tener, al menos, mejor calidad de vida⁶.

Referencias bibliográficas

1. Tovar-Guzmán VJ, López-Antuñano FJ, Rodríguez Salgado N. Tendencias de la mortalidad por cáncer pulmonar en México, 1980-2000. Rev Panam de Salud Pública. 2005 Abr;17(4):254-61.

2. Slama K. Prevención y control del tabaquismo. Madrid: SEPAR; 1998.
3. SAÁ Requejo CM, Arnés MC, Vila Álvarez J, Fayos Gómez MP, Cobo Santiago MD, et al. Dieta y cáncer de pulmón. Med Gen. 2001 Mar;32:244-9.
4. Toledo G, Caraballoso M, Cruz A, Cruz N, Del Puerto C, Fernández O, et al. Epidemiología del cáncer. En: Enfermedades no transmisibles y otros daños a la salud. Salud Pública 4. La Habana: ECIMED; 1999. p. 46-50.
5. De Vita VT, Hellman S, Rosenberg S. Epidemiology of cancer. In: Cancer: principles and practices of oncology. 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. p. 232-43.
6. Camacho R. Tabaco y cáncer de pulmón. En: Necesidades de los programas de control de cáncer. La Habana: MINSAP; 2000. p. 1-5.
7. Ministerio de Salud Pública. Prevención y control de tumores malignos. En: Carpeta metodológica 1999-2001. La Habana: MINSAP; 1999. p. 69-70.
8. Fernández Garrote L, Galán Álvarez Y. Situación actual del registro nacional de cáncer de cuba: Objetivos inmediatos de trabajo. La Habana: INOR; 2000.

Recibido: 21 de marzo de 2006

Aprobado: 11 de agosto de 2008