

Tamizaje en el cáncer pulmonar: ¿Es necesario?

Screening in lung cancer: It is necessary?

Dr.C. Miguel Emilio García Rodríguez.

Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.

El cáncer pulmonar (CP) es, a nivel global de todos los cánceres, el más frecuente para ambos sexos. Según pronosticó *American Cancer Society*, citada por Boloker G et al.¹ en el año 2018, se diagnosticarían 234 030 nuevos casos representando el 14 % de todos los cánceres diagnosticados y un total de 155 870 lo cual significó uno de cada cuatro muertes por cáncer.¹

El hábito tabáquico, así como la exposición a su humo es, dentro de los factores de riesgo, el más estudiado. Si razona que en el mundo existen 1 300 millones de fumadores y que entre 80 a 100 000 jóvenes mayores de 15 años se convierten en adictos de manera diaria y que Cuba entre las 35 naciones que conforman las Américas ocupa el primer lugar entre las cinco que más consumen tabaco (seguida por Chile, Venezuela, Argentina y Paraguay) se hace evidente entonces que enfrentaremos en los próximos años una verdadera pandemia.^{1,2}

En las Américas el CP es el tercer tipo de cáncer más frecuente y constituye la primera

causa de muerte con más de 324 000 nuevos casos y cerca de 262 000 muertes, con una proyección para el 2030 de 541 000 nuevos casos y alrededor de 445 000 muertes de lo cual se deduce que la probabilidad de padecer un CP es de uno en 14 para hombres y de uno en 17 para mujeres, lo que disminuye a uno en nueve y uno en 13 para fumadores respectivos en ambos sexos.¹

Son múltiples los factores pronósticos que determinan el curso de la enfermedad, pero el más importante está dado por el momento en el cual se diagnostica. Si el diagnóstico se realiza después que los síntomas aparecen, es típico, que el CP se habrá diseminado de forma loco regional o a sitios distantes lo cual resulta un pronóstico adverso y una disminución de la supervivencia desde un 29 % hasta un 5 % a los cinco años.²

Según datos estadísticos recogidos en el anuario estadístico de 2016,² la incidencia de cáncer en Cuba en el año 2013 fue de 44 608 casos y en la provincia de Camagüey de 3 297, superada por las provincias de la Habana, Villa

Clara, Holguín y Santiago de Cuba.

En el caso del CP en Cuba la tendencia en temas de incidencia y mortalidad va en aumento según se puede observar en un análisis de los datos estadísticos de mortalidad, del anuario referido, en el período 1995-2016 (gráfico 1).

En el caso particular del CP en Camagüey, según los datos aportados del departamento de

registros médicos y estadísticas de la provincia de Camagüey al anuario estadístico de salud de 2016, ² en un análisis de seis años, en el período 2011-2016 mostró como resultado una incidencia de 1 118 (gráfico 2).

Así como una mortalidad de 2 330 casos para ambos sexos de lo cual se inferencia que por cada caso diagnosticado murieron dos paciente (gráfico 3).

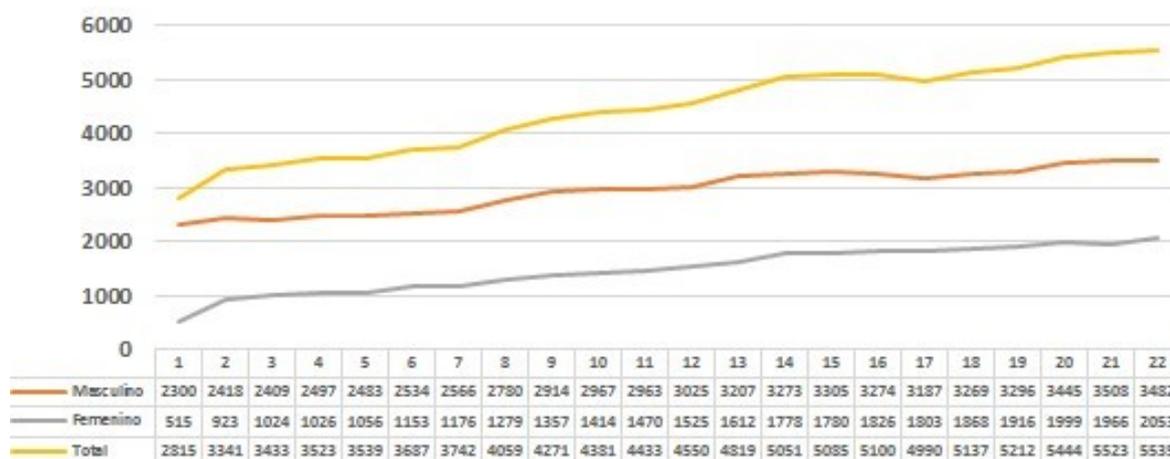


Gráfico 1. Mortalidad por cáncer pulmonar en Cuba. 1995-2016.

Fuente: anuario estadístico de salud 2016



Gráfico 2. Morbilidad por Cáncer Pulmonar en Camagüey. 2011-2016.

Fuente: anuario estadístico de salud 2016



Gráfico 3. Mortalidad por Cáncer Pulmonar en Camagüey. 2011-2016.

Fuente: anuario estadístico de salud 2016

A nivel global se realizan enormes esfuerzos por reducir la mortalidad por esta enfermedad, la prevención primaria a través del control de los elementos carcinogénicos y dentro de ellos el hábito de fumar ha provocado disminuciones discretas y no significativas de la incidencia, por lo que en los últimos años la prevención secundaria mediante programas de tamizaje ha ocupado un lugar destacado. La historia de este tipo de prevención secundaria se remonta al año 1970 con el uso de la radiografía de tórax y la citología del esputo; pero no fue hasta el año 2011 que se publicaron los resultados del *National Screening Lung Cancer Trial* donde se evidenció una reducción de un 20 % de mortalidad al compararse el uso de la tomografía axial computarizada (TAC) de baja dosis con la radiografía de tórax y citología de esputo usada en los ensayos clínicos anteriores.

⁴ Se define tamizaje a la aplicación de procedimientos de selección (cuestionario, examen físico, test) a poblaciones de individuos de apariencia sana con el objetivo de identificar, en la fase de latencia, a aquellos que pueden estar enfermos o que presentan un riesgo incrementado de padecer una

enfermedad por presentar uno o más factores de riesgo.

Se trata de diferenciar a las personas sanas que padecen una enfermedad o presentan factores de riesgo de las sanas que no la padecen o no presentan factores de riesgo. Es muy importante destacar que el tamizaje no es una prueba diagnóstica definitiva.^{4,5}

La finalidad del tamizaje es disminuir tanto la morbilidad como la mortalidad mediante una detección, así como el tratamiento precoz y adecuado en la etapa presintomática, aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de las personas que padecen la enfermedad frente a los resultados de un diagnóstico clínico habitual.⁴ Hay diferentes tipos, pero los dos principales son el tamizaje universal y el selectivo. En el caso del CP se trata de un tamizaje poblacional selectivo para lo cual se utilizan factores de riesgo, como criterios de inclusión como son: edad, índice tabáquico así como antecedentes de CP en familiares de primer orden, entre otros.

En Cuba la situación es alarmante por el incremento en la incidencia de la enfermedad y la mortalidad exagerada de la cual no se vislum-

bra un descenso, acorde con lo expresado con anterioridad, a diferencia de lo que sucede en algunos países como Estados Unidos y Canadá donde la enfermedad ha alcanzado una fase de meseta.⁵

Hecha las acotaciones anteriores y al concluir que el CP es curable cuando se trata en etapas tempranas, entonces es lógico y deseable realizar un programa de detección precoz o tamizaje al contar con la tecnología, prestar un servicio de salud gratuito, así como tener identificada la población de riesgo a través de los programas de dispensarización que existen en la atención primaria como primer eslabón de atención en el sistema nacional de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boloker G, Wang C, Zhang J. Updated statistics of lung and bronchus cancer in United States. *J Thorac Dis* 2018 Mar; 10(3): 1158-1161.
2. Ministerio de Salud Pública; Dirección Nacional de Estadísticas y Registros Médicos. Anuario Estadístico de Salud 2016. La Habana. (Cuba): MINSAP; 2016. Defunciones por provincia según principales causas de muerte. 2016; p. 31.
3. Mao Y, Yang D, He J, Krasna MJ. Epidemiology of Lung Cancer. *Surg Oncol Clin N Am*.

2016 Jul;25(3):439-45.

4. Fintelmann FJ, Gottumukkala RV, McDermott S, Gilman MD, Lennes IT, Shepard JO. Lung Cancer Screening: Why, When, and How? *Radiol Clin North Am*. 2017;55(6):1163-81.

5. Miranda Ramos MA. Perspectiva de envejecimiento en Cuba. *Arch Méd Camagüey* [Internet]. 2016 [citado 28 Ene 2018];20(3): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4482>

Recibido: 8 de Febrero de 2018

Aprobado: 24 Febrero de 2018

Dr.C. Miguel Emilio García Rodríguez. Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía General. Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud. Máster en Urgencias Médicas. Profesor e Investigador Titular. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Universidad de Ciencias Médicas. Camagüey, Cuba. Email: grmiguel.cmw@finlay.cmw.sld.cu