

Comportamiento del tabaquismo en personal sanitario del Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay"

Smoking behavior in health staff of the "Dr. Carlos J. Finlay" Central Military Hospital

Dr. Juan Carlos Sotolongo López,^I MSc. Hayvin Pérez Cruz,^{II} Dr. C. Juan Antonio Samper Noa,^{III} MSc. Nuvia Pérez Cruz^{IV}

^I Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Medicina Interna. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de II Grado en Neumología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Instructora. La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de II Grado en Medicina Interna. Máster en Geriatria y Gerontología. Profesor Titular. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de II Grado en Farmacología. Máster en Informática en Salud. Profesora Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Salvador Allende". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: existen evidencias de que la función de los profesionales de la salud es muy importante a la hora del cambio social con respecto al tabaquismo y que su propio hábito tabáquico tiene una influencia relevante en ello.

Objetivo: determinar el comportamiento del tabaquismo en el personal sanitario del área de hospitalización.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el Hospital Militar Central «Dr. Carlos J. Finlay», durante el primer semestre de 2010, que incluyó a 90 fumadores, entre ellos, médicos, enfermeros y personal de servicio. En todos los casos se aplicó una encuesta y la prueba de Fagerström.

Resultados: el sexo femenino fue predominante (57,8 %). El cuestionario de Fagerström mostró un predominio de dependencia baja (31,1 %). La gravedad de la adicción evidenció que el 75,5 % integró el grupo de leve o intermitente social. El 47,8 % estaba en fase de preparación para el abandono del tabaquismo. El 76,7 % declaró no haber recibido tratamiento antitabáquico. El deterioro de la economía personal fue la consecuencia del tabaquismo más nombrada en todos los grupos (80

%) mientras que entre las enfermedades provocadas por el tabaquismo, las estomatológicas (25,5 %) y las vasculares periféricas (24,4 %) fueron las fundamentales.

Conclusiones: se considera que el comportamiento del tabaquismo en el personal sanitario del área de hospitalización se observa sobre todo en personal de servicio, joven, del sexo femenino, piel blanca, casado, con baja dependencia a la nicotina, sin tratamiento antitabáquico previo, con consecuencias para la salud estomatológica y vascular periférica y principalmente, deterioro de la economía personal.

Palabras clave: tabaquismo, adicción, antitabáquico, Fagerström.

ABSTRACT

Introduction: there are evidences that the function of health professionals is very important at the moment of social change regarding the smoking and that its own smoke habit has a relevant influence on it.

Objective: to determine the smoking behavior in the health staff of a hospitalization area.

Methods: a cross-sectional and descriptive study was conducted in the "Dr. Carlos J. Finlay" Central Military Hospital over the first semester of 2010 including 9 smokers including physicians, nurses and service staff. In all the cases a survey was distributed as well as the Fagerström test.

Results: there was predominance of female sex (57.8 %) The Fagerström questionnaire showed a low dependence rate (31.1 %). Severity of addiction demonstrated that the 75.5 % was the social group considered as slight or intermittent. The 47.8 % was in training phase for quite the smoking. The 76 % declared had not anti-smoking treatment. Deterioration of personal economy was the more mentioned smoking consequence in all the groups (80 %); whereas among the smoking-provoked diseases, the stomatologic diseases (25.5 %) and the peripheral vascular ones (24.4 %) were fundamental.

Conclusions: it is take into account the smoking behavior in health staff of hospitalization area is observed mainly in the service staff, young, female sex, white skin, married, with a low dependence of nicotine, without a prior anti-smoking treatment with consequences for stomatologic and peripheral vascular health and mainly the deterioration of the personal economy.

Key words: smoking, addiction, anti-smoking, Fagerström.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una causa importante de daños a la salud, prevenible y evitable. La problemática de esta adicción en los trabajadores de la salud, ha sido objeto de análisis por la OMS, en especial en médicos y enfermeras, por constituir importantes fuentes de información e influencia, para lograr cambios favorables en los niveles de tabaquismo de la población.¹

El hábito de fumar es responsable de unos 5 millones de muertes al año en el mundo, produce 440 000 muertes prematuras por enfermedad cardiovascular anualmente en los EE. UU. Actúa sinérgicamente con otros factores de riesgo cardiovasculares, como hipertensión mal controlada, diabetes e hiperlipidemia con aumento de la morbilidad y la mortalidad.²

De acuerdo con la OMS, la prevalencia de tabaquismo a nivel mundial se sitúa alrededor del 30 %.^{3,4} Si las tendencias actuales no se revierten, para el 2030 cerca de 10 millones de personas morirán en todo el mundo por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, 7 millones en los países desarrollados, lo que hará del tabaquismo la primera causa de muerte en el mundo.⁵

Tanto por su función modélica dentro de la sociedad como por su actuación profesional, se ha de resaltar la importancia del consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios. En el mundo desarrollado las encuestas revelan una mayor prevalencia de tabaquismo en profesionales sanitarios.⁶

En Cuba, la prevalencia de tabaquismo es del 36,8 % y en la capital del 39,5 %, solo superada por la Isla de la Juventud y Santiago de Cuba. Paradójicamente, Pinar del Río, el mayor productor, tiene menos fumadores.⁷ Se han hecho algunos estudios a pequeña escala en el Hospital Militar Central "Luis Díaz Soto" en el 2004, y en el municipio Centro Habana en el 2006, que reportan una prevalencia de tabaquismo en el personal de salud del 32 %.^{8,9}

Controlar el tabaquismo y sus consecuencias es tarea de políticos, económicos y dirigentes mediáticos, pero sobre todo de los profesionales de la salud, los cuales se encuentran en una situación de privilegio que les permite aconsejar y promover cambios en el estilo de vida. No hacerlo constituye a todas luces una negligencia profesional.⁸

La influencia que puede ejercer el profesional de la salud se expresa de 4 maneras: como educador sanitario, como ejemplo o modelo, promoviendo la aplicación de la legislación sobre el consumo de tabaco y sensibilizando a la sociedad sobre los males que el tabaquismo ocasiona.

El presente estudio se propuso determinar el comportamiento del tabaquismo en el personal sanitario del área de hospitalización del Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay".

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal a los trabajadores del área de hospitalización del Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay", que incluyó médicos, enfermeras y el personal de servicio que tenían la condición de fumador, durante el primer semestre de 2010. El universo de estudio estuvo constituido por 320 trabajadores vinculados de una forma u otra a la salud del paciente. La muestra de estudio incluyó todo el personal que trabaja en el área de hospitalización, que resultó fumador y estuvo dispuesto a colaborar en el estudio bajo los principios de honestidad y responsabilidad.

Para la recogida de la información se aplicaron los siguientes instrumentos: un modelo para explorar datos generales y hábito de fumar y el cuestionario de Fagerström para analizar el grado de adicción de los fumadores.

Se estudiaron las siguientes variables: presencia de hábito tabáquico, profesión, edad, sexo, color de la piel, estado civil, grado de adicción, gravedad de la adicción, fases de abandono del consumo de tabaco, tratamientos antitabáquicos recibidos, presencia de enfermedades relacionadas con el tabaquismo, respeto de las áreas de no fumar, consecuencias del consumo de tabaco.

El estudio se desarrolló de acuerdo con el protocolo y con los procedimientos normalizados de trabajo para el cumplimiento de las normas de Buena Práctica Clínica. Se contó con el consentimiento oral y escrito de los pacientes y se mantuvo la confidencialidad de los datos recogidos.

Para el procesamiento de la información, se creó una base de datos automatizada con la hoja de cálculo electrónica Excel, de Microsoft Office 2007. Las variables cualitativas fueron descritas estadísticamente mediante frecuencias y porcentajes. Para determinar asociación entre variables y comparar los resultados, se utilizó la prueba de chi cuadrado, con un nivel de significación del 5 % e intervalo de confianza del 95 % calculado por el método de Woolf.

RESULTADOS

La prevalencia de tabaquismo fue del 28,1 %. Forman parte del grupo de fumadores 32 médicos (35,5 %), 20 enfermeros (22,1 %) y 38 correspondientes al personal de servicio (42,2 %). La prueba de chi cuadrado indicó que hubo una diferencia significativa entre las profesiones en cuanto al hábito tabáquico (tabla 1).

Tabla 1. Presencia del hábito tabáquico según la profesión del personal en el área de hospitalización

Hábito tabáquico	Profesión del personal						Total	
	Médicos		Enfermeros		Personal de servicio			
Fumadores *	32	10	20	6,3	38	11,8	90	28,1
No fumadores **	124	38,8	65	20,3	41	12,8	230	71,9
Total	156	48,8	85	26,5	79	24,7	320	100

* IC 95 %; 18, 8-37,4; ** IC 95 %; 62,6-81,2.
 $\chi^2 = 20,9547$; $p = 0,000$.

El rango de edad que predominó dentro de los encuestados fue entre 30 y 39 años, con un 28,9 %, seguidos del grupo de 50 años y más con un 26,9 %, luego los del tercer grupo de 20 a 29 años con 24,4 % y solo un 20 % el grupo de 40 a 49 años.

De los 90 sujetos estudiados, 52 fueron hembras (57,8 %) y 38 varones (42,2 %); de ellos, 39 representan la raza blanca (43,3 %), 26 son mestizos (28,9 %) y 25 son negros (27,7 %) y así 48,9 % del total son casados, 31,1 % acompañados y 20 % son solteros.

Mediante el cuestionario de Fagerström, se analizó la dependencia a la nicotina; de los fumadores, 28 (31,1%) tenían una dependencia baja, seguidos de otros 26 cuya dependencia fue muy baja (28,9 %). Mostraron una dependencia media, alta y muy alta porcentajes inferiores: 25,5; 7,8 y 6,7 respectivamente.

En la gravedad de la adicción el 75,5 % integró el grupo de leve o intermitente social, el 17,8 % se consideró adicto moderado y solo el 6,7 % formó parte de los adictos graves (tabla 2).

Tabla 2. Gravedad de la adicción del personal sanitario fumador en el área de hospitalización del Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay"

Grado de adicción	Profesión del personal						Total	
	Médicos		Enfermeros		Personal de servicio			
Leve o intermitente * social *	20	22,1	17	18,8	31	34,4	68	75,5
Habitual adicto moderado ***	9	10	2	2,2	5	5,6	16	17,8
Adicto grave ****	3	3,3	1	1,1	2	2,2	6	6,7
Total	32	35,5	20	22,1	38	42,2	90	100

* IC 95 % = 66,7-84,4; ** IC 95 % = 9,9-25,7; **** IC 95 % = 1,5-11,8.

Las fases de abandono del consumo de tabaco mostraron que 43 fumadores (47,8 %) estaban en fase de preparación, 27 fumadores (30 %) en fase de precontemplación, 13 fumadores (14,4 %) en fase de contemplación y otros 7 fumadores (7,8 %) se consideraron en una fase de acción (tabla 3).

Tabla 3. Fases de abandono del consumo de tabaco según el personal sanitario fumador del área de hospitalización del Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay"

Fases de abandono del consumo de tabaco	Profesión del personal						Total	
	Médicos		Enfermeros		Personal de servicio			
Pre-contemplación *	4	4,4	4	4,4	19	21,1	27	30
Contemplación **	3	3,3	2	2,2	8	8,9	13	14,4
Preparación ****	22	24,4	14	15,5	7	7,8	43	47,8
Acción *****	3	3,3	0	0	4	4,4	7	7,8
Total	32	35,5	20	22,1	38	42,2	90	100

* IC 95 % = 20,5-39,5; ** IC 95 % = 7,2-21,7; **** IC 95 % = 37,5-58,1; ***** IC 95 % = 2,2-13,3.

En relación con los tratamientos antitabáquicos recibidos, el 76,7 %, representado por 69 fumadores, refirieron no haber recibido tratamiento, solo 10 han recibido psicoterapia (11,1 %), 7 acupuntura (7,8 %), 3 terapia floral (3,3 %) y 1 homeopatía (1,1%).

Las enfermedades relacionadas con el tabaquismo en el personal fumador, fueron las estomatológicas (25,5 %) y las vasculares periféricas (24,4 %), representadas por 23 y 22 fumadores respectivamente; otros 10 fumadores refirieron enfermedades cardiovasculares. Otras afecciones como el cáncer, la EPOC y la enfermedad cerebrovascular no fueron señaladas.

El deterioro de la economía personal fue la principal consecuencia del tabaquismo con el 80 %; 53 fumadores (58,9 %) señalaron el mal aliento. La mala apariencia y la mala aceptación fueron consideradas muy similares con el 56,7 y 54,4 % respectivamente.

Un último aspecto y no menos importante fue el respeto a las áreas de no fumar, donde los resultados muestran que 48 fumadores (53,3 %) respetaban las áreas de no fumar y 42 fumadores (46,7 %) no lo hacían. Según los resultados de la prueba chi cuadrado, los médicos fueron más propensos a respetar las áreas de no fumar que el resto del personal (tabla 4).

Tabla 4. Respeto de las áreas de no fumar según el personal sanitario del área de hospitalización en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay"

Respeto de las áreas de no fumar	Profesión del personal						Total	
	Médicos		Enfermeros		Personal de servicio			
Sí *	21	23,3	12	13,3	15	16,6	48	53,3
No *	11	12,2	8	8,9	23	25,6	42	46,7
Total	32	35,5	20	22,1	38	42,2	90	100

* IC 95 % = 43-63,6; ** IC 95 % = 36,4-57.
 $\chi^2 = 5,280; p > 0,05.$

DISCUSIÓN

El hecho de que el personal de servicio aportara el mayor número de fumadores, seguidos por los médicos y enfermeras, coincide con estudios similares realizados en Cuba.¹⁰ Un mejor nivel educacional le daría a las personas mayor caudal de información sobre el riesgo de la adicción. Hay que tener en cuenta que la publicidad de las compañías tabacaleras tendría un mayor impacto en las personas con niveles de educación bajos.¹¹

El rango de edad que predominó dentro de los encuestados fue entre 30 y 39 años. La mayoría refirió haber comenzado en la etapa de la adolescencia. Esto coincide con muchas de las evidencias donde las edades tempranas de la vida son vulnerables a la adquisición del hábito de fumar, sobre todo entre los 12 y 18 años de edad.¹² La

literatura consultada refleja que los jóvenes fuman más que los adultos,¹³ y que la mayoría comienza antes de los 30 años.¹⁴

Estudios actuales de prevalencia en países desarrollados sugieren que entre los fumadores hay un predominio del sexo masculino, donde los varones fumadores alcanzan del 40 al 60 % y las mujeres del 2 al 10 %.¹⁵ Evidencia de estudios realizados en instituciones hospitalarias mostraron que las mujeres representan el mayor porcentaje de fumadores.¹⁶

En este trabajo se corrobora este aspecto, pues muestra predominio del sexo femenino.

En cuanto al grado de adicción, según la prueba de Fagerström, los fumadores mostraron un grado de dependencia muy baja y baja, lo que puede ser favorable a la hora de establecer estrategias de tratamiento y corresponde con los resultados obtenidos por otros investigadores.^{17,18}

Teniendo en cuenta el número de cigarrillos consumidos, la presencia de síntomas de abstinencia y una puntuación del cuestionario de tolerancia de Fagerström mayor de 5 puntos, es posible determinar el grado de gravedad de adicción a la nicotina; el grupo mayoritario fue el de leve o intermitente social. Esto permite establecer estrategias farmacológicas y de consejería médica para el manejo de la adicción en los afectados.

Las fases del abandono del consumo de tabaco según la teoría para el cambio de *Prochaska y Diclemente*,¹⁹ permiten actuar sobre el fenómeno adictivo del tabaquismo. La fase que predominó fue la de preparación, que es cuando el paciente ha decidido disminuir el número de cigarrillos que fuma al día, lo cual ubica a estos fumadores en una posición ventajosa para la intervención educativa-terapéutica inmediata. En esta se pueden realizar múltiples acciones que ayudan a preparar al paciente para dejar de fumar, como definir una fecha para dejar de fumar, comunicarle su capacidad para dejar de fumar y ofrecerle información escrita donde se den estrategias para dejar de fumar.

Un gran porcentaje de los fumadores refirió no haber recibido tratamiento antitabáquico alguno. La psicoterapia, la acupuntura y la terapia floral fueron algunas de las intervenciones mencionadas. La terapia sustitutiva con nicotina, que incluye parches, chicles, nebulizador nasal e inhalador bucal, es considerada la mejor forma de tratamiento, aunque algunos estudios muestran que el uso del bupropión ha mostrado también buenos resultados.²⁰

Los riesgos de padecer cualquiera de las enfermedades relacionadas con el consumo de cigarrillos se comportan en general, de manera acumulativa. Las enfermedades provocadas por el tabaquismo no solo ocurren en los sitios del cuerpo que tienen contacto directo con el humo del tabaco, como son la boca, la garganta y los pulmones, sino también en los lugares a los que llegan los componentes y metabolitos del humo del tabaco, tales como el corazón, vasos sanguíneos, riñones y vejiga.^{18,21} En Cuba y el mundo, el cáncer de pulmón es la primera causa de mortalidad entre las neoplasias malignas.²²

El deterioro de la economía personal fue la principal consecuencia del tabaquismo, y constituye un aspecto social que afecta no solo al individuo sino también a su familia.

Las estrategias más eficaces en relación con los costos, son las políticas públicas dirigidas a la población en general, por ejemplo: creación de espacios sin humo en todos los lugares públicos y lugares de trabajo; prohibiciones de la publicidad directa

e indirecta del tabaco; aumento de impuestos y precios de productos de tabaco; y mensajes sanitarios bien visibles y claros en los paquetes de tabaco.

Los centros hospitalarios no están ajenos a todas estas regulaciones establecidas: se prohíbe fumar en las áreas intrahospitalarias, y es preocupante que no se lleve a cabo por el 46,7 % de los fumadores encuestados en este estudio. A pesar del cuerpo legal que sanciona fumar en instituciones hospitalarias, parece no ser reconocido por los fumadores.

Se considera que el componente cognoscitivo es necesario, pero no suficiente, para que el individuo desarrolle una adecuada percepción de riesgo, solo representa un eslabón en el proceso de cambio de conductas. El profesional sanitario debe plantearse la iniciación de tratamiento con el objetivo de conseguir una reducción del daño, individual y social, y su influencia como educador sanitario, se erige como ejemplo para sensibilizar a la sociedad sobre los males que ocasiona este hábito.

En conclusión, se considera que el comportamiento del tabaquismo en el personal sanitario del área de hospitalización se observa sobre todo en personal de servicio, joven, del sexo femenino, piel blanca, casado, con baja dependencia a la nicotina, sin tratamiento antitabáquico previo, con consecuencias para la salud estomatológica y vascular periférica y principalmente, deterioro de la economía personal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta González M, Martínez Ramos M. Características diagnósticas sobre tabaquismo en trabajadores de una institución de salud. [Internet]. 2006 Mar [citado 3 Abr 2010] ; 22(1): Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000100007&lng=es
2. Benowitz NL. Cigarette Smoking and Cardiovascular Disease: Pathophysiology and Implications for Treatment. Program Cardiovas Dis. 2007;46(1):91-111.
3. Guías Mexicanas para el Tratamiento del Tabaquismo. Un Consenso Nacional de Expertos. Neumol Cir Tórax Vol. [Internet] 2005 [citado 22 Jul 2007]; 64(S2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2005/nts052a.pdf>
4. Wilkings Wilkings N, Mekli A Hu-Teh. Análisis económico de la demanda de tabaco. Washington: OPS; 2004. p. 126.
5. Quantifying selected major risks to health. World health report. 2004. Geneva: World Health Organization; 2004. [cited 2008 May 14]. Available from: http://www.who.int/entity/whr/2004/en/report04_en.pdf
6. García de Albinez XA, Guerra Gutiérrez A. Consumo de tabaco en titulados universitarios. Gac Sanit. 2004;18(2):108-17.
7. Fernández Ruiz ML, Sánchez B. Prevalencia del consumo de tabaco en médicas y enfermeras de la comunidad de Madrid. Gac Sanit. 2003;17(1):5-10.
8. Domínguez Rodríguez J. Características demográficas del tabaquismo en el estudiante de medicina en relación con la tipología, modo y cronología del hábito. Rev Cubana Med 2006;29(4):493-500.

9. Moreno Puebla R, León Cid I. Reflexiones sobre el tabaco y el personal médico. Rev Cubana Med Milit. 2004; 31(1): 41-6.
10. Varona Pérez P, Fernández Larrea N, Bonet Gorbea M. Tabaquismo y sus características en trabajadores de la salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet] 2006; 16(3):221-6. [citado 3 Abr 2010]. Disponible en: <http://www.redalyc.uaemex.mx/pdf/662/66275401.pdf>
11. Méndez Pina Y, Rivero Reyes A. Comportamiento del hábito de fumar en el personal de la salud del Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola". MedCiego [Internet] 2007 [citado 23 Ene 2008]; 15(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol15_supl1_09/articulos/a3_v15_supl109.htm
12. Hasper I, Papponetti M, Casadó S. El personal hospitalario y el tabaquismo Dpto de Medicina. Hospital I. Pirovano del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina. 2006. [citado 2 Mar 2008]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/cvirtual/tlibres/tnn2460/tnn2460.htm>
13. Otoño Fabelo Y, Peña Remiguió A, Álvarez Malpica C. Prevención de hábitos tóxicos desde la infancia. Rev Cubana Enfermer. 2005; 17(3): 173-81.
14. Valdés N, Sánchez S. El tabaco y los adolescentes. Tendencias actuales. División de salud y desarrollo humano. Washington: OPS; 2006. p. 10-5.
15. Acosta González M, Martínez Ramos M, Armas Rojas N, Hernández Valdés E, Dueñas Herrera AI, Díaz Vázquez M. Características diagnósticas sobre tabaquismo en trabajadores de una institución de salud. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2006 [citado 18 Abr 2009]; 22(1). Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000100007&lng=es
16. Suárez Lugo N, Caraballoso Hernández M, Hechavarria Negrín S. El tabaquismo en los profesionales de la salud en el municipio Habana Vieja Rev. Cubana Salud Pública. 2008; 32(2): 102-10.
17. Fageström KO. Measuring degree of smoking with reference to individualization of treatment addict. Behav. 1978; 3: 235-41.
18. Díez Piña JM. Consumo de tabaco y actitud ante el inicio del hospital sin humo en el Hospital de Móstoles. Prev Tab [Internet]. 2006; 8(1): 11-17 Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/DiezPina.pdf>
19. Prochaska J, DiClemente C. Standardized, individualized, interactive and personalized self-help programs for smoking cessation. Health Psychol. 1993; 12(5): 399-405.
20. Shopland DR, Eyre HJ, Pechacek TF. Smoking-attributable mortality in 2001. Is lung cancer now the leading cause of death among smokers in the United States? J Nat Cancer Inst. 2001; 83: 1142-8.
21. Sampablo Lauro I. Deshabitación tabáquica y bupropión: factores predictivos del éxito del tratamiento. [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona, 2003. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/TDX-0430104-161744/>

22. Lazcano PEC, Tovar GV, Meneses GF, Rascón PARA, Hernández AM. Trends in lung cancer mortality in Mexico. Arch Med Res. 2007;28:565-70.

Recibido: 27 de abril de 2011.

Aprobado: 2 de junio de 2011.

Dr. *Juan Carlos Sotolongo López*. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay".
Avenida 114 y 31, Marianao, La Habana, Cuba.