

# **CONSENSO SOBRE TABAQUISMO Y HUMO DE TABACO**

**ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA**

**ENFERMEDADES RESPIRATORIAS**

Dres Susana Nahabedian  
Carbone Mirta  
Aarón Sokolovsky

Coordinador: Dr. César B Sáenz

# INTRODUCCIÓN. IMPORTANCIA DEL TEMA.

Las enfermedades respiratorias no oncológicas relacionadas con el humo de tabaco constituyen un grupo de afecciones heterogéneas que afectan tanto a las vías aéreas como al parénquima pulmonar e inciden de manera diversa, tanto en su frecuencia como trascendencia social y económica.

## Clasificación:

Vías aéreas Superiores:

- Rinitis crónica
- Faringitis crónica
- Laringitis crónica

Bronquios y parénquima pulmonar:

- Bronquitis agudas
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: EPOC.
- Enfermedad pulmonar intersticial difusa:
  - Neumonía intersticial descamativa : DIP
  - Bronquiolitis respiratoria asociada a enfermedad intersticial: RBILD
  - Histiocitosis de células de Langerhans: PLCH
  - Fibrosis pulmonar intersticial : IPF

La **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)** es una enfermedad caracterizada por la limitación del flujo aéreo, escasamente reversible, por lo común progresiva y debida a un proceso inflamatorio de los bronquiólos en el que intervienen los linfocitos CD8, macrófagos y neutrófilos como consecuencia de la exposición a partículas de gases nocivos en individuos susceptibles.

La inflamación y progresión de la enfermedad se mantiene y progresa mientras perdure la exposición a la noxa.

El humo de cigarrillo es el principal factor de riesgo para el desarrollo de la EPOC; se estima que 10-15 % de los fumadores desarrollan obstrucción al flujo aéreo de significación clínica.

Los síntomas característicos de la **EPOC** son la tos, expectoración y disnea de esfuerzo. Tos y expectoración pueden preceder a la disnea durante años, caracterizando a los individuos en riesgo de desarrollar la enfermedad.

En base al estadio clínico y funcional se la clasifica con fines de manejo terapéutico-práctico en cuatro grupos.

La obstrucción al flujo aéreo se debe a la afectación de los bronquios pequeños ( bronquiolitis obstructiva ) y a la destrucción del parénquima pulmonar (enfisema).

Ambas lesiones se encuentran imbricadas en distintos grados según los pacientes.

La inflamación de los bronquiolos provoca remodelación con estrechamiento de los mismos que junto a la pérdida del retroceso elástico que causa el enfisema, disminuye la posibilidad de los alvéolos a permanecer abiertos durante la espiración.

La obstrucción se cuantifica mediante la espirometría.

La EPOC es la principal causa de morbilidad y mortalidad en todo el mundo.

La prevalencia, morbilidad y mortalidad es variable en los distintos países pero está en aumento y estrechamente relacionada con la prevalencia del tabaquismo.

Los estudios epidemiológicos han demostrado un aumento progresivo de la carga social y económica provocada por esta afección que incide más en hombres que en mujeres y que dado su incidencia y cronicidad, se lleva gran parte de los gastos directos en salud en los países desarrollados y probablemente mayores gastos indirectos en los países en desarrollo.

Se estima que los datos con que se cuenta implican un marcado subregistro de la afección dado que por sus características clínicas, no es reconocida hasta que sus síntomas y signos se encuentran en estado avanzado.

En recientes revisiones ha sido implicado el humo de tabaco como causa de **Enfermedad Pulmonar Intersticial**.

La **EPI (ILD)** constituye un grupo heterogéneo de afecciones de causa conocida o desconocida caracterizadas por disnea, infiltrados pulmonares difusos, restricción de volúmenes y trastorno de difusión.

En reciente revisión, un grupo de las de las de causa desconocida o idiopáticas, han sido relacionadas con el hábito de fumar, incluyendo la neumonía intersticial descamativa, **DIP**, bronquiolitis respiratoria asociada a enfermedad pulmonar intersticial, **RBILD**, histiocitosis de células de Langerhans, **PHLC**, o histiocitosis X, y fibrosis pulmonar idiopática, **IPF**.

El efecto del humo de cigarrillo es poco comprendido, aunque los datos epidemiológicos afirman la relación con el desarrollo de estas afecciones, avalado además por el efecto favorable que sobre su evolución tiene la suspensión del hábito de fumar.

En la DIP, RBILD y PLCH, el 90 á 100 % de los pacientes son fumadores.

En el caso de la IPF, la relación es menor, 41-83%, y la controversia si el fumar, *per sé*, es causa de la misma persiste, ya que la evidencia no es concluyente, aunque si aumenta el riesgo de padecerla.

## **DATOS INTERNACIONALES**

La prevalencia, morbilidad y mortalidad de la EPOC, es difícil de determinar debido por una parte a que la afección no es detectada hasta que los síntomas son muy avanzados y por otra a la imprecisión de la definición de EPOC, que ha provocado confusión en el momento del diagnóstico, ya sea en encuestas epidemiológicas o en los certificados de defunción.

Con respecto a las enfermedades intersticiales y, sobre todo a las arriba mencionadas los datos son escasos y fragmentados.

## PREVALENCIA

Los datos con que se cuenta provienen en su mayoría de países desarrollados y varían según se consideren encuestas con respecto a síntomas como tos y producción de esputo, obstrucción comprobada por espirometría o diagnóstico de EPOC confirmado por el examen físico.

En EEUU, entre 1988 y 1994, un estudio de prevalencia de síntomas de tos y expectoración mostró una cifra en hombres de 24% en fumadores, 7% en ex fumadores y 4% en no fumadores, mientras que en mujeres las cifras fueron de 20,6%, 6,5% y 5% respectivamente.

Con respecto a la limitación en el flujo aéreo, tomando la reducción del FEV1seg/FVC < 70%, se encontró que la presentaban en hombres, el 14,2% de fumadores, 6,9% de ex fumadores y el 3,3% de no fumadores; en mujeres las cifras fueron de 13,6%, 6,8% y 3,1% respectivamente.

En UK, se hallaron en 1997 cifras correspondientes a EPOC confirmado por examen físico de 1,7% en hombres y 1,4% en mujeres, demostrando un incremento entre 1990 y 1997 de 25% en los primeros y de 69% en las segundas.

En todo el mundo, la prevalencia en 1990 era de 9,34/1000 en hombres y 7,33/1000 en mujeres.

Todos estos datos se refieren a todas las edades por lo cual se encuentran subestimadas las cifras en los adultos mayores.

Pocos datos son valederos con respecto a prevalencia de las afecciones intersticiales mencionadas.

En New México, EEUU, entre los años 1988-1990 se encontraron tasas de prevalencia de 81 por 105 en hombre y 67 por 105 en mujeres para todos los subgrupos, siendo de 20.2 por 105 en hombres y 10.7 por 105 en mujeres para la IPF en 1994.

Estudios en países europeos publicados en 2001 ponen de manifiesto las dificultades inherentes a las diferencias en las clasificación de las enfermedades, métodos de diagnóstico y diseño de los estudios.

### **EPOC. Prevalencia mundial. Todas las edades.**

<b>Región o País</b>	<b>1990 /1000.</b>	<b>Masculino/femenino</b>
Economías de mercado	6,98 / 3,79	
Países socialistas	7.35 / 3,45	
India	4,38 / 3,44	

China	26,20 / 23,70
China (1998 )	4,21 / 1,84
Países asiáticos. Islas	2,89 / 1,79
América Latina y Caribe	3,36 / 2,72
Medio Oriente	2,69 / 2,83
Todo el Mundo	9,34 / 7,33

## **MORBILIDAD**

La morbilidad incluye las visitas al médico, consultas en emergencia e internaciones. Los datos con que se cuenta son menos precisos.

En UK las consultas externas muestran incremento según el grupo etario, de 4,17/1000 entre 45-64 años a 8,86/1000 entre 65-74 y 10,32/1000 entre 75-84 años.

En EEUU, en 1997 hubo 16.500 millones de visitas ambulatorias, 60.6 / 1000.

En EEUU las internaciones hospitalarias se incrementaron entre 1978 y 1994 de 250.000 a 500.000 por año.

Entre 1992 y 1995 aumentó 25,4%, con cifras de incremento en mayores de 65 años de 67,1%. La hospitalización fue de 21,2 / 10.000 personas.

En 1990, la evolución del DALYs en EEUU, índice que suma la cantidad de años perdidos por muerte prematura y los años vividos por discapacidad ajustada a la severidad, que fue de 29.000.000 de días mostró una proyección para el año 2020 a 57.000.000 de días.

Como enfermedad incapacitante la EPOC pasará del actual puesto N°12 al N° 5, aventajando a la cardiopatía isquémica, depresión unipolar, accidentes de tránsito y accidentes cerebrovasculares.

En UK en 1994 se registraron 203.193 internaciones con un promedio de estadía de 9,9 días.

No se han encontrado registros de morbilidad para las enfermedades intersticiales.

## **MORTALIDAD**

En EEUU es la cuarta causa de muerte, con una tasa de 47 por 100.000, estimándose que para el año 2020, será la segunda causa de muerte.

El incremento de la tasa de mortalidad en hombres fué de 17,1% entre 1979 y 1993 y de 126.1 % en mujeres en el mismo período.

El país con mayor tasa de mortalidad fue para 1995, Hungría, con una tasa de 75 por 100.000, siendo de 48/100.00 en UK, 38/100.000 en Alemania, 36/100.000 en Canadá, 30/100.000 en Italia y 28/100.000 en Francia.

Para las afecciones intersticiales, el número de muertes y las tasas de mortalidad son variable para los diferentes países.

En Bélgica se menciona una tasa de 0.05 por 10 5 para IPF.

No han sido publicadas tasas de mortalidad para las diferentes entidades.

Es de señalar que la supervivencia media de pacientes con IPF es de 3 años, mientras que para la DIP, RBILD y PLCH, la mayoría de los pacientes están vivos luego de 10 años.

## **DATOS NACIONALES**

### **PREVALENCIA**

No hay datos sobre prevalencia de la EPOC en nuestro país, si bien según estadísticas de países con el mismo nivel de tabaquismo, entre el 5 al 8 % de la población la padece, es decir alrededor de 1.8 á 2 millones de personas, de los cuales un millón serían formas con moderada a severa obstrucción.

No hay datos sobre prevalencia de las EPI en la Argentina.

### **MORBILIDAD**

La EPOC es la quinta causa de internación hospitalaria en mayores de 60 años en la Argentina.

En los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, entre 1992 y 1998 se observó un aumento de la incidencia de 3.5 á 5% del total de egresos por enfermedades respiratorias.

Las afecciones obstructivas correspondieron al 26.2% siendo el 44.8% debido a EPOC.

Si se extrapolan los datos a todo un año, se internaron en la Ciudad de Buenos Aires 776 pacientes con EPOC en 1998.

No hay datos sobre morbilidad por EPI en nuestro país.

### **MORTALIDAD**

La tasa de mortalidad por EPOC se incrementó desde 12,76 por 100.000 en 1980 á 27 por 100.000 en 1998, 5000 muertes por año, es decir un incremento del 113 % global; 100 % en hombre y 154 % en mujeres.

La relación hombre mujer que era de 3.61:1 en 1988 pasó a 2.86:1 en 1998.

Se aprecia una gran diferencia entre distintas provincias en la tasa de mortalidad que supera a la media del país en Santa Fé, con 18.09/100.000, Capital Federal 17.7/100.000, Córdoba

15.89/100.000 y Buenos Aires 11.62/100.000, relacionada probablemente con la industrialización y mayor polución ambiental, y es muy inferior en otras de estructura más rural como Entre Ríos, 7.42/100.000 y Corrientes, 1.75/100.000.

No hay datos nacionales sobre tasa de mortalidad por EPI.

**Tabla 3**  
**Hospitalizaciones por EPOC en la Ciudad de Buenos Aires**

	<b>N.anual egresos</b>	<b>Muestra Hosp.Agudos</b>	<b>Muestra respiratoria</b>	<b>Enf.Obs-structivas</b>	<b>Prom.H osp. días/pac</b>	<b>Hosp. Niños</b>	<b>Hos.Ferrer</b>
<b>1992 (Abril)</b>	-----	<b>9872</b>	<b>347 (3.5%) 91 (26.2% BAE** )</b>	<b>Asma:49 (53.8%) EPOC:42 (46.1%)</b>	<b>9.3 HTAL. Ramos Mejía:6</b>	<b>1463 todas, 187 resp 57 asma</b>	-----
<b>1995 (extrapola- do)</b>	<b>157.485 (7.8% respirato- rios= 12.361)</b>	<b>14.165 (10% del total)</b>	<b>1.309 (9.2%) BAE</b>	-----	-----	<b>3654 207 (5,6% enf. Obstruc- -tivas</b>	<b>1102 todas 301 BAE (27.3%)</b>
<b>1998 (3 meses*)</b>	<b>181.792</b>	<b>45.902 (25% del total)</b>	<b>2.308 (5%) 433 (18.76% BAE)</b>	<b>194 EPOC (44.8%) 132 Asma (30.4%) 107 Otros (24.7%)</b>	<b>9.4</b>	<b>1159</b>	<b>289 pac. EPOC(64pac. -11.8d-) Asma(23pac. -8.5 d-)</b>

\* mayo,junio y octubre

\*\* BAE : Bronquitis crónica, Asma bronquial y Enfisema

Sáenz C B, Sívori M; Blaho E; Sanfeliz N S. Costos en Enfermedad Obstructiva Crónica. Rev Arg Med Respir 2001; 1:45-51