

## SUMARIO

Infección por VIH y sida en Navarra, 2017	1
Tabaquismo y cáncer de pulmón en Navarra	7
Enfermedades transmisibles objeto de vigilancia en Navarra. Semanas 27 a 39 de 2018	12

## INFECCIÓN POR EL VIH Y SIDA EN NAVARRA, 2017

### Introducción

La infección por el VIH es un proceso crónico irreversible, que se asocia a un riesgo aumentado de diversos problemas de salud. Con el tratamiento antirretroviral adecuado se consigue evitar o paliar en parte muchos de estos problemas. La transmisión se produce a partir de las personas infectadas a través de determinadas prácticas de riesgo bien conocidas y se ve facilitada por la presencia de otras infecciones de transmisión sexual, mientras que el tratamiento antirretroviral adecuado reduce mucho el riesgo de contagio. La difusión del VIH en la población es resultado del balance entre la capacidad de transmisión del virus, la presencia de factores facilitadores, la prevalencia de prácticas de riesgo en la población y la eficacia de las diferentes intervenciones en salud.

Para describir la situación epidemiológica con respecto a una infección de larga evolución y diversos estadios es necesario recurrir a varios indicadores. Estos indicadores incluyen los nuevos diagnósticos de infección por el VIH, los nuevos diagnósticos de sida, los fallecimientos relacionados con el sida y la prevalencia de personas que viven con la infección por el VIH. Aunque estos indicadores están interrelacionados, ofrecen puntos de vista muy diferentes y complementarios.

La creciente movilidad geográfica de las poblaciones dificulta la asignación geográfica de los casos. En esta actualización se ha revisado esta asignación geográfica excluyendo casos de personas que estaban de paso y nunca tuvieron residencia establecida en Navarra.

### Nuevas infecciones por el VIH

Desde el comienzo de la epidemia de sida hasta diciembre de 2017 se han diagnosticado 2093 infecciones por VIH en población residente en Navarra. La mayor parte de estas infecciones se diagnosticaron entre finales de la década de los ochenta y principios de los noventa. Posteriormente la tasa descendió hasta un mínimo de 4,5 casos por 100.000 habitantes en 2008. En 2014 se produjo un nuevo pico superando 7 casos por 100.000 habitantes, y en 2017 se ha situado en 6,4 casos por 100.000 habitantes (Tabla 1).

Los nuevos diagnósticos de VIH en usuarios de drogas por vía parenteral se mantienen en valores mínimos históricos, aunque no se ha logrado la desaparición completa de este mecanismo de transmisión. En los últimos años la transmisión sexual es la responsable de la mayoría de los casos (Figura 1).

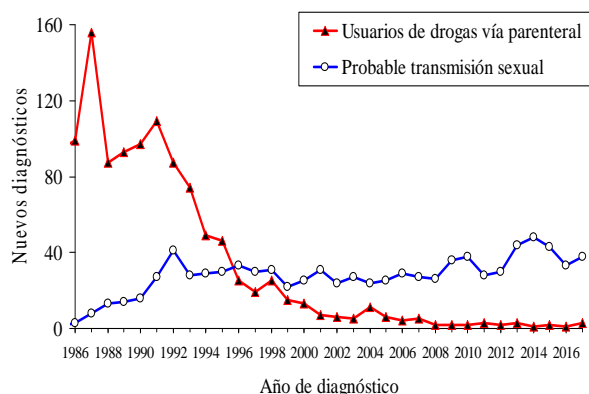
Entre las 217 infecciones diagnosticadas en el quinquenio 2013-2017 las prácticas de riesgo homosexuales entre hombres fueron el principal mecanismo de transmisión, responsables del 56% de los casos, seguidas por las prácticas heterosexuales de riesgo (38%), y el uso de material no estéril para la inyección de drogas (5%). Además, hubo un 1% de casos en los que el mecanismo probable de transmisión fue otro o desconocido (Figura 2).

**Tabla 1.** Número y tasas por 100.000 habitantes de diagnósticos de VIH, de casos de sida y de muertes en personas con sida de residentes en Navarra

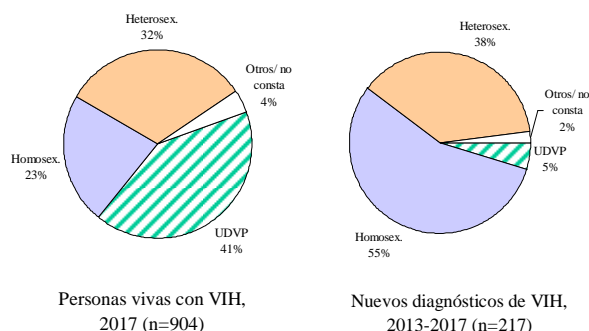
Año	Diagnósticos de VIH		Diagnósticos de sida		Defunciones de personas con sida	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
2001	39	7,0	21	3,8	11	2,0
2002	30	5,3	29	5,1	12	2,1
2003	32	5,5	19	3,3	15	2,6
2004	35	6,0	20	3,4	11	1,9
2005	32	5,4	17	2,9	12	2,0
2006	33	5,5	15	2,5	11	1,8
2007	35	5,8	16	2,6	7	1,2
2008	28	4,5	20	3,2	11	1,8
2009	38	6,0	10	1,6	6	1,0
2010	40	6,3	11	1,7	6	0,9
2011	31	4,8	4	0,6	9	1,4
2012	32	5,0	15	2,3	5	0,8
2013	48	7,4	10	1,6	4	0,6
2014	49	7,6	11	1,7	8	1,2
2015	45	7,0	12	1,9	5	0,8
2016	34	5,3	5	0,8	4	0,6
2017*	41	6,4	4	0,6	6	0,9

\*Los datos de 2017 pueden sufrir algún cambio conforme se complete la información.

**Figura 1.** Nuevos diagnósticos de VIH anuales en Navarra según categoría de transmisión

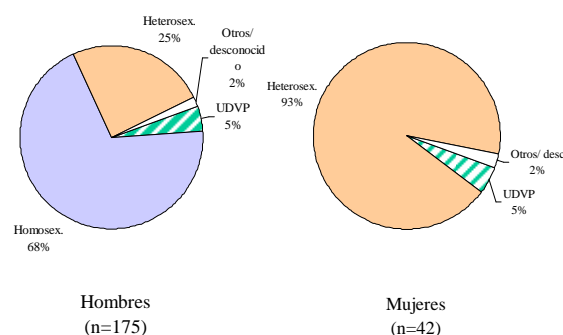


**Figura 2.** Distribución de las personas con diagnóstico de VIH según categoría de transmisión



En quinquenio 2013-2017 el 81% de los diagnosticados eran hombres. En éstos predominó la transmisión homosexual (68%), seguida por la debida a prácticas heterosexuales (25%) y la relacionada con el uso compartido de material para la inyección de drogas (5%). Entre las mujeres, el predominio de la transmisión heterosexual fue mucho más marcado (93%), y la transmisión asociada al consumo de drogas inyectadas supuso también el 5% (Figura 3).

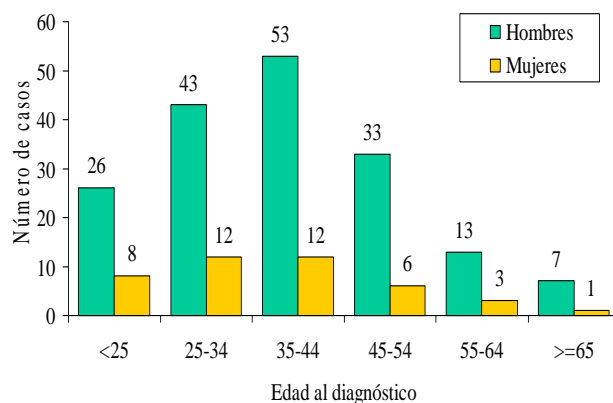
**Figura 3.** Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH según sexo y categoría de transmisión, 2013-2017



El 89% de los nuevos diagnósticos de VIH realizados en el último quinquenio tuvo lugar en personas de edades entre los 15 y 54 años, y el grupo de edad con mayor incidencia fue el de 35 a 44 años, aunque hubo diagnósticos de VIH en todos los grupos de edad. El 41% de los nuevos diagnósticos se realizaron en menores de 35 años, y en mujeres este porcentaje se elevó hasta el 48% (Figura 4).

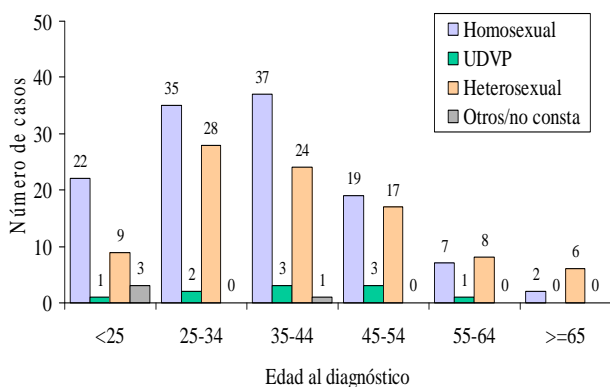
El 77% de los diagnósticos de VIH en hombres que habían tenido sexo con hombres se produjeron en menores de 45 años (Figura 5).

**Figura 4.** Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH según sexo y edad, 2013-2017

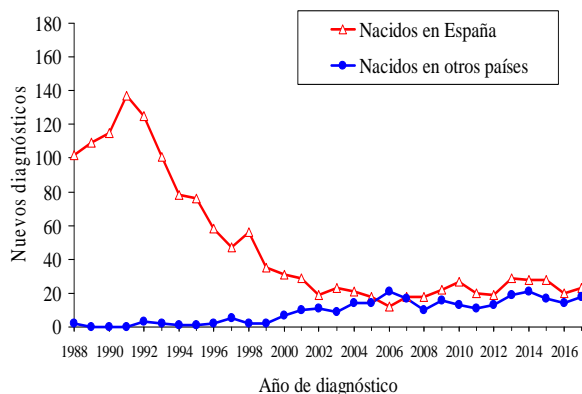


La mayoría de los diagnósticos de VIH se realizan en población autóctona. No obstante, en el quinquenio 2013-2017 el 41% de los diagnósticos de VIH en residentes en Navarra se realizaron en personas originarias de otros países (Figura 6).

**Figura 5.** Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH según edad y categoría de transmisión, 2013-2017



**Figura 6.** Nuevos diagnósticos de VIH anuales en Navarra según país de nacimiento



### Retraso diagnóstico de la infección por VIH

Existe consenso en considerar los niveles de linfocitos CD4+ menores de 200 como indicativos de infección en estadio avanzado y los menores de 350 como indicadores de diagnóstico tardío. De los 217 diagnósticos de VIH realizados en Navarra en el periodo 2013-2017, el 21% presentaban menos de 200 CD4 en el momento del diagnóstico y el 40% menos de 350 CD4. Los diagnósticos tardíos de VIH fueron más frecuentes entre las personas contagiadas por transmisión heterosexual. Las diferencias en la frecuencia de diagnósticos tardíos fueron pequeñas entre hombres (41%) y mujeres (38%), y entre población autóctona (38%) y la de otros países (43%).

En el 12% (n=25) de los diagnósticos de VIH realizados en el quinquenio 2013-2017, este diagnóstico coincidió con el de sida, lo que pone en evidencia que la infección no se sospechó hasta que aparecieron

manifestaciones clínicas graves. La mayoría de las defunciones por sida se produjeron en pacientes con diagnóstico simultáneo de VIH y sida. La proporción de diagnósticos simultáneos de VIH y sida ascendió hasta el 16% en 2015, y se ha situado en el 10% en 2017.

El diagnóstico temprano de las infecciones por VIH aporta beneficios desde varios puntos de vista. Las personas infectadas que inician su tratamiento a tiempo mejoran el pronóstico, y además las personas diagnosticadas transmiten menos la infección que los que desconocen portar el VIH.

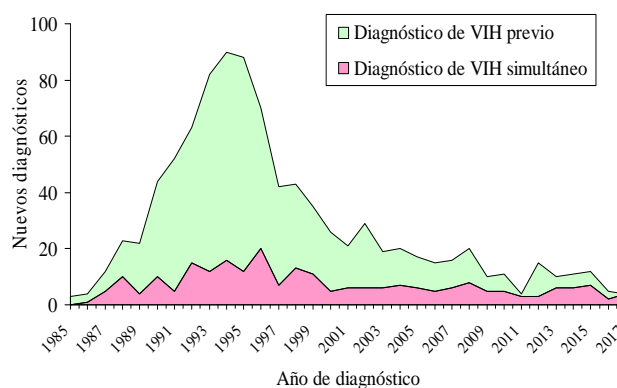
### Diagnósticos de sida y defunciones

Desde la introducción de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia, la incidencia de sida y las defunciones por sida han descendido mucho, pero no han desaparecido totalmente. El descenso en los diagnósticos de sida se ha conseguido entre aquellas personas que se diagnosticaron de VIH con suficiente antelación, mientras que el número de casos con diagnóstico simultáneo del VIH ha variado poco con los años (Figura 7).

En el quinquenio 2013-2017 la tasa media de diagnósticos de sida fue de 1,3 casos por 100.000 habitantes, con un rango entre 4 y 12 diagnósticos anuales. La mortalidad de casos de sida fue de 0,8 por 100.000 habitantes, y el número de defunciones osciló entre 4 y 8 anuales.

En el quinquenio 2013-2017 se diagnosticaron 42 casos de sida, de los cuales casi el 60% se produjeron a la vez que el diagnóstico del VIH, lo que impidió llegar a tiempo con los tratamientos para evitar las enfermedades que definen este síndrome. De los 25 diagnósticos simultáneos de sida y VIH, 10 se produjeron en hombres que referían prácticas homosexuales, 5 en mujeres heterosexuales y 5 en hombres heterosexuales.

**Figura 7.** Nuevos diagnósticos de sida anuales en Navarra según la antelación en el diagnóstico de la infección por el VIH



En las infecciones por VIH que se diagnostican antes de que se haya manifestado el sida, la adherencia al seguimiento médico y al tratamiento antirretroviral son fundamentales para evitar el desarrollo de sida y su mortalidad asociada.

En 2017 han descendido los diagnósticos de sida a una tercera parte con respecto a 2015, consolidando la tendencia iniciada en 2016.

### Personas que viven con la infección por VIH

El tratamiento antirretroviral ha mejorado considerablemente el pronóstico de la infección por el VIH. El número de personas que viven con el VIH sigue aumentando debido a que la incidencia de nuevas infecciones se mantiene y la supervivencia ha mejorado. En Navarra, el número estimado de personas que a finales de 2017 vivían con diagnóstico de infección por el VIH es de 904, lo que supone 1,4 casos por cada 1000 habitantes. Las características de estas personas reflejan principalmente el patrón de transmisión del VIH que hubo años atrás. Predominan todavía aquellas que adquirieron la infección por uso compartido de material para la inyección de drogas, las cuales suponen el 41% (Figura 2). El 68% son hombres. La edad media de la población que vive con el VIH ha ido aumentando y el 71% tienen ya más de 45 años (Tabla 2).

**Tabla 2.** Número y características de los nuevos diagnósticos de VIH en el periodo 2013-2017 y de las personas que vivían con el VIH a final de 2017 en Navarra

	Nuevos diagnósticos de VIH	Personas que viven con el VIH
Número	34 - 49	904
Tasa por 100.000 habs. y año	5 - 8	141
Hombres	81%	68%
Edad <45 años	71%	29%
Antecedente de inyección de drogas	5%	41%
Hombres que han tenido sexo con hombres	56%	23%

A pesar de los avances en los tratamientos, las personas con infección por el VIH tienen todavía un riesgo de morir entre 4 y 5 veces mayor que las personas de igual edad y sexo no infectadas. La mortalidad por causas distintas del sida va adquiriendo un peso creciente en las personas que viven con infección por el VIH. Esta mortalidad es elevada con respecto a la de la población no infectada de igual edad y sexo. Entre las principales causas de mortalidad aparte del sida, están la intoxicación por drogas, las hepatopatías, algunos cánceres y la enfermedad cardiovascular. Esto lleva a recordar que, en las

personas con infección por VIH es importante la prevención y el tratamiento de los factores de riesgo asociados.

### Comparación con otras comunidades autónomas

El Centro Nacional de Epidemiología elabora un informe anual sobre nuevos diagnósticos de VIH en España. La tasa de nuevos diagnósticos de VIH se situó en 7,2 por 100.000 habitantes en 2016. En 2013 y 2014 había alcanzado 9,1 y 9,3 por 100.000, respectivamente. Las tasas de Navarra en estos últimos años se han situado algo por debajo de la media estatal.

El patrón de distribución por categorías de transmisión en España es muy similar al de Navarra. En 2016, en el conjunto de España el 53% de los casos fue atribuible a transmisión entre hombres con prácticas homosexuales, el 27% se atribuyeron a transmisión heterosexual y el 4% ocurrieron en personas con antecedente de uso de drogas por vía parenteral. En 2016 la proporción de mujeres fue también similar en el conjunto de España (16%) y en Navarra (18%). Las personas originarias de otros países suponen el 37% de los nuevos diagnósticos en España, porcentaje algo menor que el 41% de Navarra.

Las tasas de nuevos diagnósticos de VIH en España son similares a las de otros países de Europa occidental, aunque superiores a la media del conjunto de la Unión Europea. El VIH se transmite mayoritariamente por vía sexual. La transmisión entre hombres que tienen sexo con hombres es la categoría mayoritaria, y sigue aumentando su peso respecto a otras categorías de transmisión. El diagnóstico tardío es muy importante, el 46% tenían menos de 350 CD4, algo mayor que el 40% encontrado en Navarra.

### Conclusiones

- Dentro de la situación endémica de la infección por VIH en Navarra, la incidencia de nuevos diagnósticos se mantiene alta en los últimos años, debido principalmente a la transmisión sexual.
- A pesar de que las personas infectadas en tratamiento antiviral son menos contagiosas, el número de diagnósticos de VIH se mantiene alto. Esto sólo puede explicarse por la alta frecuencia de prácticas sexuales de riesgo.
- La tasa de nuevos diagnósticos de VIH de Navarra en los últimos años es ligeramente menor que la tasa media estatal.

- Los datos epidemiológicos indican un importante margen de mejora en la prevención de la transmisión sexual, especialmente en hombres que tienen sexo con hombres.
- La elevada proporción de diagnósticos tardíos de la infección por VIH hace sospechar de la existencia de una bolsa importante de infecciones que todavía no han sido detectadas. Aflorar esta bolsa de infecciones no diagnosticadas ayudaría a mejorar el pronóstico de los afectados y a reducir la propagación de la infección.
- El número de personas que viven con la infección por el VIH sigue aumentando por la mejora en la supervivencia.
- Las personas infectadas por el VIH tienen un riesgo de morir entre 4 y 5 veces mayor que las de las personas no infectadas de igual edad y sexo.

**Tabla 3. Enfermedades definitorias de sida. Ante cualquiera de estos diagnósticos siempre se debe descartar la infección por el VIH.**

1. Cáncer de cérvix invasivo
2. Candidiasis esofágica
3. Candidiasis de bronquios, tráquea o pulmones
4. Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar
5. Criptococosis extrapulmonar
6. Criptosporidiosis intestinal crónica (>1 mes de duración)
7. Encefalopatía asociada al VIH
8. Enfermedad por citomegalovirus que afecte a órganos distintos de hígado, bazo y ganglios
9. Herpes simple: úlceras crónicas (>1 mes de duración); o bronquitis, neumonitis o esofagitis
10. Septicemia recurrente por Salmonella
11. Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar
12. Isosporiasis intestinal crónica (>1 mes de duración)
13. Leucoencefalopatía multifocal progresiva
14. Linfoma inmunoblástico
15. Linfoma cerebral primario
16. Linfoma de Burkitt
17. <i>Mycobacterium avium complex</i> o <i>Mycobacterium kansasii</i> (diseminada o extrapulmonar)
18. <i>Mycobacterium</i> , otras especies o especies sin identificar (diseminada o extrapulmonar)
19. Neumonía recurrente
20. Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>
21. Retinitis por citomegalovirus (con pérdida de visión)
22. Sarcoma de Kaposi
23. Síndrome de emaciación por VIH
24. Toxoplasmosis cerebral
25. <i>Mycobacterium tuberculosis</i> de cualquier localización

## Recomendaciones

- **Prevención** de la infección por VIH. El pilar básico en la prevención del VIH sigue siendo la **educación sanitaria** sobre conductas seguras, cómo evitar las prácticas de riesgo y conocer los mecanismos de protección.
- **Prevención, diagnóstico y tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual**, algunas de las cuales pueden ser asintomáticas, ya que son importantes facilitadores de la transmisión del VIH.
- **Diagnóstico precoz** de la infección por VIH. Para ello, se ha de realizar serología de VIH ante cualquier sospecha de posible infección. La Tabla 3 recoge la relación de enfermedades definitorias de sida. Ante cualquiera de estos diagnósticos siempre se debe descartar la infección por el VIH. La Tabla 4 recoge indicaciones en las que existe un amplio consenso de indicación de la prueba. Los diagnósticos incluidos en la Tabla 5 también tendrían que ser tenidos en cuenta por asociarse con una frecuencia de infección por VIH no diagnosticada superior al 0,1%.

**Tabla 4. Situaciones en las que se recomienda realizar la prueba del VIH**

Parejas sexuales de personas infectadas por VIH
Hombres que tienen sexo con hombres
Trabajadores sexuales
Personas que se inyectan o se han inyectado drogas
Personas que han vivido en países con alta prevalencia de VIH (>1%)* y sus parejas sexuales
Personas que solicitan la prueba por sospechar una exposición de riesgo
Mujeres embarazadas
Personas que han sufrido agresión sexual
Personas que han tenido una exposición de riesgo al VIH, ocupacional o no ocupacional
Personas con antecedentes de cualquier otra enfermedad de transmisión sexual
Personas con infección por virus de la hepatitis C o B
Linfoma maligno
Herpes zóster
Dermatitis seborreica/exantema
Enfermedad neumocócica invasiva
Cáncer o displasia anal/cervical
Síndrome mononucleósico
Leucopenia / trombopenia idiopática
Fiebre inexplicable
Candidemia
Leishmaniasis visceral

\*<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo>

**Tabla 5.** Otras enfermedades que se asocian en más del 0,1% de los casos a infección por VIH no diagnosticada

Cáncer de pulmón primario
Meningitis linfocítica
Leucoplasia vellosa oral
Psoriasis grave o atípica
Síndrome de Guillain-Barré
Mononeuritis
Demencia subcortical
Enfermedad del tipo esclerosis múltiple
Neuropatía periférica
Pérdida de peso injustificada
Linfadenopatía idiopática
Candidiasis bucal idiopática
Diarrea crónica idiopática
Insuficiencia renal crónica idiopática
Hepatitis A
Neumonía de adquisición en la comunidad
Candidiasis

## Referencias

- Rivero Marcotegui M, Layana Echezuri E, Repáraz Padrós J, Irigoyen Olaiz C, Arraiza Cruchaga M, Uriz Ayestarán J. Diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: oportunidades diagnósticas perdidas. An Sist Sanit Navar 2014; 37: 329-338
- Fontela C, Castilla J, Juanbeltz R, Martínez-Baz I, Rivero M, O'Leary A, Larrea N, San Miguel R. Comorbidities and cardiovascular risk factors in an aged cohort of HIV-infected patients on antiretroviral treatment in a Spanish hospital in 2016. Postgrad Med. 2018;130(3):317-324
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Madrid 2014.  
[http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA\\_DX\\_VIH.pdf](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DX_VIH.pdf)
- Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica del VIH y sida en España. Situación a 30 de junio de 2017.  
<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/sistemas-de-informacion-poblacionales-sobre-vih.shtml>



# TABAQUISMO Y CÁNCER DE PULMÓN EN NAVARRA\*

## Introducción

Aproximadamente 400 personas son diagnosticadas cada año de cáncer de pulmón y 300 personas fallecen por esta causa en Navarra. Se trata de una enfermedad prevenible en buena medida, si consideramos que más del 80% de los cánceres de pulmón están causados por el consumo de tabaco en España. Otros factores que aumentan el riesgo de esta enfermedad son las exposiciones al radón, asbesto, arsénico o la contaminación ambiental, entre otros. Aunque la prevención debe dirigirse a todos los factores de riesgo conocidos, actualmente fumar tiene un peso mucho mayor que todos los otros factores de riesgo en el conjunto de casos diagnosticados en la población.

A modo de ejemplo, en comparación al riesgo de los no fumadores, los hombres de 65-74 años que fuman tienen un riesgo multiplicado por 28 y los exfumadores un riesgo multiplicado por 8.<sup>1</sup> Las mujeres que fuman viven 11 años menos de media que las mujeres que no fuman, y los hombres 12 años menos. Dejar de fumar a los 40 años de edad reduce esa pérdida en un 90%, y dejarlo a los 60 años en un 40%.<sup>2</sup>

La fuerte asociación entre el tabaquismo y el cáncer de pulmón hace que los cambios en el primero se traduzcan en pocas décadas en cambios en la incidencia del cáncer de pulmón. Las tendencias del cáncer de pulmón y del consumo de tabaco pueden ayudar a dirigir con mayor acierto los esfuerzos preventivos actuales y futuros si queremos que esta epidemia continúe su descenso.

Con este objetivo se han analizado la incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón y el consumo de tabaco en Navarra en las últimas 4 décadas. Los datos de incidencia y mortalidad de cáncer de pulmón proceden del Registro de Cáncer y del Registro de Mortalidad, y los datos de consumo de tabaco del Estudio Hipertensión Arterial de Navarra 1981-1982, de la Encuesta Social y de Condiciones de Vida del 2017 y de las Encuestas sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

## Tendencia de consumo de tabaco

El 57% de los hombres y el 19% de las mujeres de 20 años y más años afirmaban fumar en 1982. Estos porcentajes eran muy similares a los estimados para España en 1980 en mayores de 16 años, 59% y 15%,

respectivamente.<sup>3</sup> La prevalencia de tabaquismo o de antecedente de tabaquismo era muy alta en los hombres adultos de todas las edades y en las mujeres de edades jóvenes en 1982 (Figura 1). Se declaraban fumadores ó exfumadores en torno al 73% de los hombres de 20 a 34 años, descendiendo estos porcentajes en los grupos de más edad hasta un 48% en los mayores de 75 años. Declaraban ser fumadoras o exfumadoras el 66% de las mujeres a los 20-24 años, el 47% a los 25-34 años, el 23% a los 35-44 años, y el 3% de las mayores de 65 años (Figura 1). En 1982, Navarra se encontraba en la fase II de la epidemia de tabaquismo: la prevalencia alcanzaba en los varones cifras del 50-80%, y apenas había exfumadores, mientras que la prevalencia en las mujeres era menor pero creciente, con un retraso de una o dos décadas respecto a la de los varones.<sup>4</sup>

En 2017 se observan algunos cambios importantes. No fumaba ni había fumado nunca de manera habitual el 52% de la población de 15 y más años, un 25% se clasificaba como exfumador y un 22% como fumador. Sobre una población de 542.000 habitantes de 15 años y más, aproximadamente 65.000 hombres y 40.000 mujeres fumaban diariamente, mientras que 8.000 y 7.000, respectivamente, lo hacían de manera ocasional. Los hombres declararon que fumaban en mayor proporción (28%) que las mujeres (17%), siendo llamativas las diferencias entre 25-54 años.<sup>5</sup> En comparación al año 1982, se observa un importante aumento de ex-fumadores (Figura 1).

En 2017, entre los hombres y mujeres de 20-54 años con nivel de estudios secundarios de primer ciclo o inferior había el doble de fumadores que entre la población con estudios universitarios. Las mujeres con estudios universitarios de 20-34 años eran las que menos fumaban (10%), mientras que la prevalencia más alta (44%) se observaba en hombres de 35-44 años con nivel de estudios secundarios de primer ciclo o inferior. En España el porcentaje de hombres con estudios universitarios que fumaba diariamente (22%) era mucho menor que el porcentaje observado en la población que tenía estudios primarios (38%), mientras que estos porcentajes eran más parecidos en mujeres, 28% y 21%, respectivamente, según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2011. En esta misma encuesta se encontró que en la población con estudios universitarios había un mayor porcentaje de exfumadores que entre la población con estudios primarios, y que el número medio de cigarrillos fumados era menor.<sup>6</sup>

**\*Se puede consultar un informe más completo en:**

[http://www.navarra.es/appsext/DescargarFichero/default.aspx?codigoAcceso=PortalDeSalud&fichero=OSCNA\Temas de Salud\Tabaquismo\\_y\\_cancer\\_de\\_pulmon.pdf](http://www.navarra.es/appsext/DescargarFichero/default.aspx?codigoAcceso=PortalDeSalud&fichero=OSCNA\Temas de Salud\Tabaquismo_y_cancer_de_pulmon.pdf)

**Figura 1.** Prevalencia de fumadores, exfumadores y no fumadores por edad, sexo en Navarra, 1982 y 2017



En estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años, el consumo diario de tabaco ha descendido de 16,9% en 2006 a 9,7% en 2016. En el mismo periodo en España el descenso fue de 14,8% a 8,8%. Estos datos están especialmente alejados de los registros observados en 1994 cuando la prevalencia superaba el 20%, lo que denota el gran avance logrado en este ámbito. Por término medio, el primer consumo de tabaco se produce a los 13,9 años en Navarra y a los 14,1 años en España. La adquisición del hábito de fumar diariamente comienza a los 14,5 años de media en Navarra y a los 14,6 en España, apenas medio año después de haberlo probado por primera vez.<sup>7</sup>

### Mortalidad por cáncer de pulmón

En el quinquenio 2012-2016, el 5,5% de las muertes en Navarra fueron causadas por el cáncer de pulmón. Este porcentaje era bastante similar al de España en 2016 (5,5%) y al de la Unión Europea-28 en 2014 (5,5%).<sup>8</sup> En Navarra el cáncer de pulmón causó el 8,7% de los fallecimientos en hombres y el 2,3% en mujeres. En la Unión Europea-28 estos porcentajes fueron más bajos en hombres y más altos en mujeres, 7,5 y 3,5%, respectivamente. La tasa global de mortalidad por cáncer de pulmón en los hombres de Navarra (55 por 100.000), se sitúa en torno a la media estimada para Europa en 2012 (59 por 100.000), mientras que la tasa de mortalidad en mujeres (15 por 100.000) se encuentra ligeramente por debajo de la media (17 por



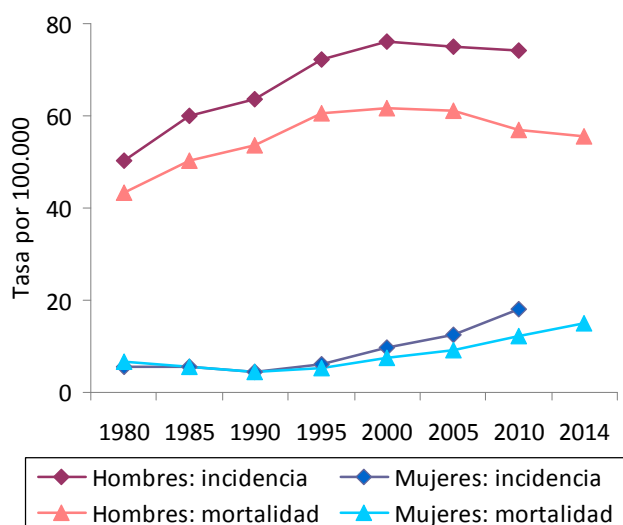
100.000). El cáncer de pulmón es una importante causa de muerte antes de los 75 años o muerte prematura: 147 hombres y 43 mujeres fallecieron antes de los 75 años por cáncer de pulmón en Navarra en 2016.

El cáncer de pulmón es responsable de uno de cada cuatro fallecimientos por cáncer en hombres en Navarra. En las mujeres, los fallecimientos por cáncer de pulmón y mama se han igualado y es previsible que en los próximos años el cáncer de pulmón ocupe el primer lugar, debido a su tendencia ascendente opuesta a la del cáncer de mama. En el quinquenio 2012-2016 se registraron de media al año 68 y 67 fallecimientos por cáncer de mama y pulmón, respectivamente, que contrastan con los 55 fallecimientos por cáncer de mama y 16 por cáncer de pulmón registrados en la década de 1970.

## Tendencia del cáncer de pulmón

Los diagnósticos de cáncer de pulmón presentaron una tendencia creciente entre 1978 y 2012 en Navarra, de 140 a 323 casos en hombres, y de 29 a 59 casos en mujeres. Las tasas fueron crecientes en los hombres en las décadas de 1980 y 1990, y se estabilizaron en los siguientes años. Entre las mujeres, las tasas de incidencia y mortalidad fueron crecientes entre finales de los 1990 y 2016 (Figura 2). Actualmente, en ambos sexos la incidencia de cáncer de pulmón es más elevada en la población con rentas bajas.

**Figura 2.** Tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón ajustadas a la población europea. Incidencia (1978-2012) y mortalidad (1978-2016)



En el quinquenio 2008-2012 (Tabla 1), los hombres mayores de 85 años presentaron las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón más elevadas y los jóvenes de 20-44 años las más bajas, siguiendo el patrón característico de las poblaciones con una larga historia de tabaquismo. En mujeres, las tasas aumentan con la edad hasta los 55-64 años y se estabilizan en los siguientes grupos de edad. Las bajas tasas de cáncer de pulmón de las mujeres mayores son el reflejo de los bajos consumos de tabaco históricos. Estas mujeres, que tenían más de 40 años en la encuesta que se realizó en 1982, declaraban consumos de tabaco por debajo del 10% (Figura 1).

En todos los quinquenios y en todos los grupos de edad las tasas de cáncer de pulmón han sido más altas en hombres que en mujeres, excepto en jóvenes de 20-44 años en el periodo 2008-2012, con 17 casos en hombres y 24 en mujeres. También los fallecimientos en mujeres superaron a los de varones en el periodo 2008-2016, 9 hombres y 20 mujeres, respectivamente (Tabla 1).

La incidencia y mortalidad de cáncer de pulmón en hombres de 20-44 años aumentó desde la década de 1970 y finales de los 1990, y descendió en los años siguientes. La tendencia fue similar en hombres de 45-54 años. La incidencia y mortalidad en hombres mayores de 55 años fue ascendente, con signos de estabilización en los últimos años, excepto en el grupo mayor de 85 años. Es previsible que el descenso afecte a todos los grupos de edad en Navarra en los próximos años si consideramos que el tabaquismo ha descendido de manera importante entre los hombres.

En las mujeres menores de 65 años las tasas de incidencia y mortalidad han aumentado desde finales de los 1970. Los incrementos más importantes se observan en las mujeres de 45-54 años y 55-64 años, entre las que las tasas se han multiplicado por 5 y 8, respectivamente: de 6,7 por 100.000 casos en 1978-1982 a 36,7 en el 2008-2012 entre las de 45-54 años, y de 6,8 por 100.000 a 59 por 100.000 en el grupo de 55-64 años. Estas mujeres registraban elevada prevalencia de tabaquismo en la encuesta de 1982 (Figura 1).

En las mujeres de más de 75 años las tasas se han mantenido estables a lo largo de las 4 últimas décadas con ratios hombre/mujer muy altos, es decir, la incidencia de los hombres es 10 a 20 veces más alta que entre las mujeres. Este último grupo de mujeres son las que en 1982 tenían más de 40 años y presentaban una prevalencia de tabaquismo que no llegaba al 10%, muy por debajo de la prevalencia observada entre los hombres que declaraban ser fumadores o exfumadores en porcentajes que se situaban entre 40-60% (Figura 1).

**Tabla 1.** Casos y tasas de incidencia ajustadas a la población europea (1978-2012) y mortalidad (1978-2016) por cáncer de pulmón en Navarra. Tasas por 100.000.

	Hombres				Mujeres				Razón	
	Mortalidad		Incidencia		Mortalidad		Incidencia		Hombre: Mujer	
	Nº*	Tasa	Nº*	Tasa	Nº*	Tasa	Nº*	Tasa	Mortalidad	Incidencia
<b>20-44 años</b>										
1978-1982	15	5,0	13	3,5	7	2,4	5	1,4	2,1	2,5
1983-1987	14	5,5	21	5,1	1	1,2	4	1,0	4,7	5,2
1988-1992	25	9,4	38	8,5	8	4,7	9	2,0	2,0	4,2
1993-1997	35	12,7	48	10,4	8	2,9	14	3,1	4,3	3,4
1998-2002	31	7,3	47	8,9	6	3,0	17	3,3	2,4	2,7
2003-2007	21	5,7	30	4,9	16	4,6	23	4,0	1,2	1,2
2008-2012	4	1,5	17	2,5	13	3,5	24	3,9	0,4	0,6
2013-2016	5	2,4			7	2,4			1,0	
<b>45-54 años</b>										
1978-1982	47	30,9	55	36,1	14	9,3	10	6,7	3,3	5,4
1983-1987	64	44,0	86	58,8	8	5,4	10	7,0	8,1	8,4
1988-1992	60	42,6	70	51,0	4	3,1	1	0,8	13,8	66,3
1993-1997	83	52,0	130	80,7	11	7,1	19	12,3	7,4	6,6
1998-2002	115	64,2	132	73,7	24	13,8	27	15,5	4,7	4,8
2003-2007	115	58,8	151	77,1	36	18,9	53	28,1	3,1	2,7
2008-2012	91	40,6	148	66,1	52	24,5	79	36,7	1,7	1,8
2013-2016	75	39,0			31	16,8			2,3	
<b>55-64 años</b>										
1978-1982	140	117,2	178	148,7	8	6,0	9	6,8	19,4	21,8
1983-1987	183	131,1	223	160,2	19	13,1	19	13,1	10,0	12,2
1988-1992	187	130,0	231	160,2	6	4,1	10	6,7	31,6	23,8
1993-1997	198	141,1	253	180,1	13	9,2	9	6,5	15,3	27,7
1998-2002	180	130,6	243	176,3	23	16,8	36	26,1	7,8	6,7
2003-2007	226	142,2	311	195,7	35	22,1	47	29,7	6,4	6,6
2008-2012	252	141,1	359	201,4	65	36,8	103	59,0	3,8	3,4
2013-2016	196	128,8			85	56,4			2,3	
<b>65-74 años</b>										
1978-1982	196	232,6	226	267,6	37	35,7	30	29,0	6,5	9,2
1983-1987	225	256,1	268	305,6	19	16,9	19	16,6	15,1	18,4
1988-1992	280	274,6	331	324,5	30	24,0	29	23,2	11,4	14,0
1993-1997	321	270,9	375	316,8	19	14,1	31	22,9	19,1	13,8
1998-2002	375	299,4	482	383,7	35	25,8	43	30,9	11,6	12,4
2003-2007	330	263,5	408	329,5	31	23,9	41	30,0	11,0	11,0
2008-2012	337	271,4	428	345,1	38	28,2	59	43,9	9,6	7,9
2013-2016	311	276,4			61	50,9			5,4	
<b>75-84 años</b>										
1978-1982	91	245,3	94	253,4	20	35,4	20	35,9	6,9	7,1
1983-1987	122	268,3	130	287,3	35	52,8	20	30,3	5,1	9,5
1988-1992	169	326,8	186	362,7	23	27,7	27	33,7	11,8	10,8
1993-1997	243	444,0	233	425,7	26	29,8	22	23,6	14,9	18,0
1998-2002	281	412,8	311	456,9	30	29,9	28	27,6	13,8	16,5
2003-2007	375	452,9	386	471,5	36	31,9	49	43,8	14,2	10,8
2008-2012	353	389,0	394	438,9	53	43,0	64	49,9	9,1	8,8
2013-2016	277	391,2			57	57,3			6,8	
<b>85 años o más</b>										
1978-1982	7	106,9	15	229,0	7	55,0	5	39,3	1,9	5,8
1983-1987	20	244,5	21	256,7	7	41,7	10	59,6	5,9	4,3
1988-1992	27	240,8	27	240,8	12	51,4	8	34,3	4,7	7,0
1993-1997	40	269,1	37	248,9	22	70,2	13	41,5	3,8	6,0
1998-2002	52	286,2	52	286,2	20	48,8	19	46,4	5,9	6,2
2003-2007	80	399,1	78	389,1	19	39,8	22	46,1	10,0	8,4
2008-2012	123	474,1	115	443,3	44	74,8	36	61,2	6,3	7,2
2013-2016	118	453,2			29	52,8			8,6	
<b>Global</b>										
1978-1982	496	43,3	581	50,3	93	6,8	79	5,6	6,4	9,0
1983-1987	628	50,2	749	60,0	89	5,5	82	5,4	9,2	11,0
1988-1992	748	53,7	883	63,7	83	4,6	84	4,5	11,8	14,1
1993-1997	920	60,5	1076	72,2	99	5,2	108	6,2	11,6	11,6
1998-2002	1034	61,6	1267	76,3	138	7,4	170	9,7	8,3	7,9
2003-2007	1147	61,1	1364	75,1	173	9,1	235	12,5	6,7	6,0
2008-2012	1160	56,8	1461	74,0	265	12,2	365	18,2	4,6	4,1
2013-2016	982	55,6			270	14,9			3,7	

Tasas ajustada a la población europea de 1976.

\*El número de casos corresponde al periodo

## Conclusiones

### Tabaquismo en Navarra

- Desde 1982 a 2017 la proporción de jóvenes de 15 a 24 años que fuman a diario u ocasionalmente ha descendido del 64% al 20%. Es decir, el tabaquismo se ha reducido a menos de la mitad entre los jóvenes.

- En estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años, el consumo diario de tabaco ha descendido de 16,9% en 2006 a 9,7% en 2016.

- Desde 1982 la prevalencia de fumadores diarios u ocasionales ha descendido del 59% al 28% en hombres y del 25% al 17% en mujeres.

- Se estima que 105.000 personas mayores de 15 años fuman diariamente en Navarra, el 24% de los hombres y el 15% de las mujeres mayores de 15 años. Otro 3% declara fumar, aunque no todos los días.

- Las personas mayores de 15 años exfumadoras (25%) superan a las fumadoras (22%).

- El 52% de la población mayor de 15 años declara que no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual y un 48% se clasifica como fumadora o exfumadora.

- La mayor prevalencia de tabaquismo en hombres se registra a los 25-54 años (35%), y en mujeres en los 35-64 años (23%).

- En hombres y mujeres de 20-54 años con nivel de estudios secundarios de primer ciclo o inferior hay el doble fumadores que entre la población con estudios universitarios.

### Cáncer de pulmón

- El consumo de tabaco es el factor de riesgo para la salud más importante de la población de Navarra, responsable de un porcentaje alto de muertes evitables por enfermedades respiratorias, cardiovasculares y cáncer.

- En promedio se diagnostican 400 casos de cáncer de pulmón en Navarra al año, y más del 80% son atribuibles al tabaquismo.

- Las muertes por cáncer de pulmón son una parte importante de las muertes prematuras. En Navarra fallecen al año en torno a 200 adultos menores de 75 años por esta causa. A estas muertes hay que sumar una parte de las debidas a otras enfermedades relacionadas con el tabaquismo: infarto de miocardio, ictus, EPOC, cáncer de vejiga, laringe, entre otros.

- Ocho de cada diez casos de cáncer de pulmón se diagnostican en hombres.

- En población de 20-44 años la incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón se ha igualado en hombres y mujeres, y en el resto de grupos de edad la tasa sigue siendo mayor en hombres.

- En ambos sexos la incidencia de cáncer de pulmón es más elevada en la población con rentas bajas.

- Ha disminuido la incidencia de cáncer de pulmón en los hombres de 20-44 años, tiende a estabilizarse en mayores de 45 años y continúa aumentando en los mayores de 85 años. Es previsible que la incidencia de cáncer de pulmón vaya descendiendo en los próximos años en hombres de todos los grupos de edad.

- La incidencia de cáncer de pulmón en mujeres de 40-65 años se ha quintuplicado respecto a la de finales de los 1970. En la medida que las cohortes nacidas a partir de 1950 envejezcan, es previsible que presenten aumentos de la incidencia de cáncer de pulmón en comparación a las cohortes anteriores.

- La incidencia de cáncer de pulmón en mujeres y hombres de menos de 50 años en Navarra es más elevada que la de países como Suecia, Islandia, Finlandia, Estados Unidos o Reino Unido.

## Recomendaciones

Las altas tasas de cáncer de pulmón en población joven de Navarra en comparación con algunos países europeos, el incremento de las tasas de cáncer de pulmón en mujeres y las crecientes desigualdades socioeconómicas en el consumo de tabaco, señalan la necesidad de seguir intensificando los esfuerzos en la lucha contra la epidemia del tabaquismo.

Se necesita seguir trabajando de forma sostenida en los tres subprogramas que componen el Programa de Prevención del Tabaquismo de Navarra: prevención al inicio del consumo, espacios sin humo y ayudas para dejar de fumar.

## Bibliografía

1. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España, 2000-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016.
2. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU. Las consecuencias del tabaquismo en la salud: 50 años de Progreso. Atlanta, 2014. [https://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/50th-anniversary/pdfs/executive-summary-spanish.pdf](https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/50th-anniversary/pdfs/executive-summary-spanish.pdf)
3. Fernández E, Schiaffino A, García M, et al. Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. Med Clin (Barc). 2003;120(1):14-6.
4. Villalbi JR. El tabaco como problema de salud pública. En: Cabasés, Villalbi, Aibar, eds. Informe SEESPAS 2002. Valencia; 2002. p.113-29.
5. NASTAT, 2017. Encuesta social y de condiciones de vida. <https://administracionelectronica.navarra.es/GN.InstitutoEstadistica.Web/infomacionestadistica.aspx?R=1&E=3>
6. León-Gómez BB, Colell E, et al. Impact of smoke-free regulations on smoking prevalence trends in Spain. Eur J Public Health. 2017;27:123-8.
7. Observatorio Español de las Drogas y Adicciones. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2016.
8. EUROSTAT. Cancer statistics - specific cancers.

**ENFERMEDADES TRANSMISIBLES OBJETO DE VIGILANCIA EN  
NAVARRA, SEMANAS 27 A 39. PERIODO 2013-2018**

ENFERMEDADES	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Enfermedades de Transmisión Alimentaria</b>						
Disentería Bacilar	6	2	1	3	4	16
Listeriosis	2	2	5	2	3	2
<b>Enfermedades de Transmisión Respiratoria</b>						
Gripe	71	52	44	72	70	32
Legionelosis	6	8	13	5	7	7
Tuberculosis Respiratoria	7	6	10	9	7	7
Otras Tuberculosis	2	2	1	2	1	1
<b>Enfermedades de Transmisión Sexual</b>						
Infección Gonocócica	11	11	23	17	30	50
Sífilis (primaria, secundaria o latente precoz)	6	9	14	4	6	19
Infección por el VIH	11	12	12	9	7	9
<b>Enfermedades Prevenibles por Inmunización</b>						
Enfermedad Meningocócica	0	0	0	2	1	0
Enfermedad Neumocócica Invasiva	3	5	5	7	9	9
Parotiditis	15	16	23	5	56	145
Sarampión	0	0	0	1	1	3
Tos ferina	14	13	43	27	12	2
Varicela	27	23	19	22	12	24
Herpes Zóster	637	639	658	627	655	743
<b>Hepatitis Víricas</b>						
Hepatitis A	0	4	1	4	7	15
Hepatitis B aguda	1	0	3	1	0	0
Hepatitis C caso incidente	0	1	0	0	1	0
Otras Hepatitis	0	0	2	0	1	0
<b>Zoonosis</b>						
Brucelosis	1	0	0	0	0	0
Leishmaniasis	0	0	0	1	0	1
Hidatidosis	0	0	1	3	0	0
Fiebre Q	1	0	0	2	0	5
<b>Otras enfermedades</b>						
Paludismo	8	7	4	11	6	13

**ENFERMEDADES TRANSMISIBLES OBJETO DE VIGILANCIA EN NAVARRA,  
SEMANAS 27 A 39, PERIODO 2015-2018**

Enfermedad / agente infeccioso	2015	2016	2017	2018
<i>Campylobacter</i>	188	174	158	211
<i>Salmonella</i>	127	83	76	76
- <i>S. enteritidis</i>	30	17	26	22
- <i>S. typhimurium</i>	57	49	35	32
- <i>S.</i> , otras/ spp.	27	17	15	22
Rotavirus	28	12	23	16
<i>Cryptosporidium</i> spp.	58	17	24	103
<i>Giardia lamblia</i>	60	40	74	62
<i>Yersinia enterocolit.</i>	10	9	7	6
F tifoidea/paratifoidea	0	0	0	1
Cólera (importado)	2	0	0	0
<i>E. coli</i> verotoxigénico	2	2	5	1

Enfermedad / agente infeccioso	2015	2016	2017	2018
Enf. por virus respiratorio sincitial	9	2	4	2
<i>Chlamydia tracomatis</i>	39	36	63	104
Linfogranuloma venéreo	0	2	0	0
Enf. invasiva por <i>H. influenzae</i>	1	4	2	2
Enfermedad del Lyme	3	1	1	2
Fiebre exantemática mediterránea	2	1	1	6
Fiebre recurrente por garrapatas	0	0	0	0
Leptospirosis	0	0	1	1
Enf. del Dengue (importado)	3	1	1	0
Enf. <i>Chikungunya</i> (importado)	0	0	0	0
Enf. por virus <i>Zika</i> (importado)	0	1	0	0

Otras enfermedades sin casos detectados: Botulismo, Carhunco, Difteria, Encefalitis transmitida por garrapatas, Fiebre amarilla, Fiebre del Nilo occidental, Fiebre tifoidea/paratifoidea, Fiebres hemorrágicas víricas, Lepra, Peste, Poliomieltis, Rabia, Rubéola, SARS, Sífilis congénita, Tétanos, Triquinosis, Tularemia, Viruela.