Reconstrucción Epidemiológica del Cáncer del Pulmón en el Hospital Dr. Guillermo Rawson

Epidemiological Reconstruction of Lung Cancer at Dr. Guillermo Rawson Hospital

Bergter, Gerónimo[1]; Yossa, Santiago[2]; Jorge, Verónica[3]
Facultad de Ciencias Médicas - Sede San Juan
Universidad Católica de Cuyo - Argentina

Resumen

El cáncer de pulmón es una de las principales causas de mortalidad por cáncer. La falta de registros locales actualizados en San Juan dificulta la planificación sanitaria. El objetivo es describir el perfil epidemiológico y estimar medidas descriptivas en pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón atendidos en el Hospital Dr. Guillermo Rawson entre 2022 y 2024. Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo sobre 21 pacientes; se utilizaron historias clínicas digitalizadas y una base anonimizada en Excel. Se calcularon frecuencias, porcentajes y medias sobre los factores de riesgo. La mediana de edad fue 66 años (media 65,2; DE 9,2; rango 46–83). El 85,7% fueron varones. El 90,5% refirió tabaquismo, 4,8% negó y 4,8% no declaró. Histología: escamoso 38,1%, adenocarcinoma 33,3%, células pequeñas 19,0%, otros 9,5%. Estadio tumoral: T4 57,9%, T3 15,8%, T2/2a/2b 26,3%; metástasis a distancia M1 en 63,2%. La residencia más frecuente fue Chimbas (19,0%), seguida de Caucete, Rivadavia y Capital (cada una 14,3%). Los hallazgos muestran predominio de varones fumadores y diagnóstico en estadios avanzados, concordante con tendencias nacionales, lo que subraya la necesidad de reforzar estrategias de prevención (cesación tabáquica), pesquisa oportuna y circuitos de derivación diagnóstica temprana.

Palabras clave: Cáncer de pulmón; Epidemiología; Prevalencia; San Juan.

Introducción

El cáncer de pulmón constituye una de las principales causas de morbimortalidad oncológica a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2020 se diagnosticaron aproximadamente 2.2 millones de nuevos casos y se registraron más de 1.8 millones de muertes atribuibles a esta enfermedad, lo que representa la primera causa de muerte por cáncer en el mundo.

En Argentina, según el Boletín del INC sobre Incidencia del Cáncer en Argentina[1], en 2022, se diagnosticaron 13016 casos nuevos de cáncer de pulmón, lo que representa el 9.8 % de todos los tumores registrados en ese año. De la totalidad de casos, 8587 fueron hombres (13.2% de todos los tumores en hombres) y 4429 casos fueron mujeres (representando el 6.5% de los tumores en mujeres), constituyendo así la tercera patología neoplásica con mayor incidencia a nivel nacional.

[1] Bergter, Gerónimo: Estudiante avanzada de la carrera de Medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuyo en San Juan.
[2] Yossa Cruz Santiago Adrián: Estudiante avanzada de la carrera de Medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuyo en San Juan.
[3] Jorge, Verónica: Médica egresada de la Universidad Católica de Cuyo (UCC), Docente universitaria en la Facultad de Medicina de la UCC, cátedras de Patología General y Especial // Médica Especialista en Anatomía Patológica, MN: 3832, ME: 21 otorgado por la Sociedad Argentina de Anatomía Patológica y respaldado por la Academia Nacional de Medicina. // Actual médica de planta del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. // Médica y propietaria del laboratorio de Anatomía Patológica CEDAP.

ÍNDICE

Materiales y Metodos[5 7]

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo comprendido entre los años 2022 y 2024 teniendo como base de análisis las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón primario en el Hospital Dr. Guillermo Rawson. Se recolectaron datos de forma anónima a partir de la historia clínica digital provista por el sistema MHO los cuales fueron procesados en planillas de Microsoft Excel.

Criterios de inclusión:

Pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de pulmón (por anatomía patológica o informe clínico validado) registrados en el sistema MHO entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2024 con información clínica y epidemiológica suficiente. Mayores de 18 años al momento del diagnóstico.

Criterios de exclusión:

Casos con diagnóstico incierto o sin confirmación histológica ni radiológica compatible, como así también pacientes con historias clínicas incompletas o ilegibles que impidan el análisis de variables clave.

Reingresos o duplicados (se considerará solo el primer episodio diagnóstico por paciente).

Pacientes con cáncer metastásico en pulmón de otro primario extratorácico.

Las variables de estudio:

Sexo, tabaquismo, otros factores de riesgo[2], estadio TNM, localización departamental, edad y paquetes/año.

Estimamos la incidencia y prevalencia para el periodo con el fin de reconocer la situación epidemiológica local y comparar la misma con registros nacionales[3].

Resultados

Se analizaron 21 pacientes. La edad media fue 65,2 años (DE 9,2), mediana 66, rango 46–83.

Sexo. 18 varones (85,7%) y 3 mujeres (14,3%).

Tabaquismo. Sí: 19 (90,5%); No: 1 (4,8%); No declara: 1 (4,8%).

Factores de riesgo. Tabaquismo 12 (57,1%); EPOC 3 (14,3%); EPOC enfisematoso severo 2 (9,5%); ocupacionales (pintor 1, minero 1, ferroviario 1) = 3 (14,3% en conjunto); no declara 1 (4,8%).

Tipo histológico. Escamoso 8 (38,1%), adenocarcinoma 7 (33,3%), células pequeñas 4 (19,0%), no células pequeñas 1 (4,8%), neuroendocrino 1 (4,8%).

Estadificación T (disponible en 19/21). T4: 11 (57,9%); T3: 3 (15,8%); T2/2a/2b: 5 (26,3%).

Metástasis a distancia M (disponible en 19/21). M1: 12 (63,2%); M0: 7 (36,8%).

Localización departamental. Chimbas 4 (19,0%); Caucete 3 (14,3%); Rivadavia 3 (14,3%); Capital 3 (14,3%); Angaco 2 (9,5%); 9 de Julio, San Martín, Jáchal, Santa Lucía, Pocito y Calingasta 1 cada uno (4,8% c/u).

La prevalencia para el periodo fue de 9,5%, mientras que la incidencia para el periodo fue de 6.34 pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón por cada 100.000 habitantes de la población de referencia hospitalaria y de 5.13 para el año 2024.

Discusión

Nuestra serie unicéntrica (2022–2024) muestra predominio masculino, elevada exposición tabáquica y diagnóstico en estadios avanzados (T4/M1), con histologías escamosa y adenocarcinoma como más frecuentes. Este patrón es consistente con reportes nacionales y sugiere demoras en reconocimiento, derivación y confirmación diagnóstica.

La alta carga de tabaquismo reafirma su rol causal y la necesidad de intensificar intervenciones de cesación (consejería breve y farmacoterapia). La concentración de casos en departamentos urbanos podría reflejar mayor densidad poblacional y mejor acceso al hospital de referencia; habilitan acciones focalizadas en APS y campañas locales.

Fortalezas y limitaciones. Uso de base institucional homogénea y criterios explícitos. Limitaciones: diseño retrospectivo, tamaño muestral reducido, unicentricidad y subregistro potencial. La incidencia y prevalencia son hospitalarias y no extrapolables a la población.

Conclusión

En esta serie hospitalaria se observó predominio de varones, edad media de 65 años, alta prevalencia de tabaquismo y presentación en estadios avanzados (T4 y M1), con histología principalmente escamosa y adenocarcinoma. Estos hallazgos son concordantes con reportes nacionales y refuerzan la prioridad de intervenciones de cesación tabáquica, acceso oportuno a diagnóstico (imagen y anatomía patológica) y rutas de derivación rápidas para sospecha clínica. La distribución geográfica sugiere focos de concentración en departamentos urbanos (Chimbas, Capital, Rivadavia), que ameritan acciones de prevención y tamizaje focalizadas. Se recomienda consolidar un registro hospitalario continuo y estandarizado y ampliar el tamaño muestral para estimar incidencia y prevalencia con mayor precisión.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2022). Incidencia de cáncer en la Argentina 2022. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: argentina.gob.ar/sites/default/files/incidencia-de-cancer-argentina-2022-pdf.pdf
González, L., et al. (2024). Epidemiología y factores de riesgo asociados al cáncer de pulmón en los países de Latinoamérica y Europa. Public Health, 228, 25–36. DOI: doi.org/10.1016/j.puhe.2024.04.012

2. Navarro, M., et al. (2023). Epidemiología del cáncer de pulmón en un Plan de Salud de un Hospital de Comunidad. Digital Commons FIU. Disponible en: digitalcommons.fiu.edu

3. Curado, M. P., et al. (2007). Registros de cáncer de base poblacional. Lyon, Francia: International Agency for Research on Cancer (IARC). DOI: doi.org/10.1002/9780470694948

4. Organización Panamericana de la Salud. (2001). Epidemiología del cáncer: Principios y métodos. Washington, D.C.: OPS.

5. Disponible en: iris.paho.org/handle/10665.2/6480

6. Chaudhary, R., et al. (2016). Epidemiology of lung cancer and approaches for its prediction: A systematic review and analysis. JCO Clinical Cancer Informatics, 2, 1–20. DOI: doi.org/10.1200/CCI.17.00001

7. Blettner, M., & Sauerbrei, W. (2018). Design of retrospective and case-control studies in oncology. In M. Feuerstein (Ed.), Handbook of Cancer Survivorship (pp. 143–155). Springer. DOI: doi.org/10.1007/978-3-319-65271-5_10

8. Chouaid, C., et al. (2020). Ten-year patient journey of stage III non-small cell lung cancer: A retrospective observational study. Lung Cancer, 146, 248–254. DOI: doi.org/10.1016/j.lungcan.2020.06.019

9. Wojas-Krawczyk, K., & Sulek, S. (2023). Lung cancer—Epidemiology, pathogenesis, treatment and molecular aspects (review of literature). International Journal of Molecular Sciences, 26(5), 2049. DOI: doi.org/10.3390/ijms26052049

Anexos

Tabla 1. Distribución por sexo

Sexo	N	%
Masculino	18	86%
Femenino	3	14%

Figura 1. Distribución por sexo

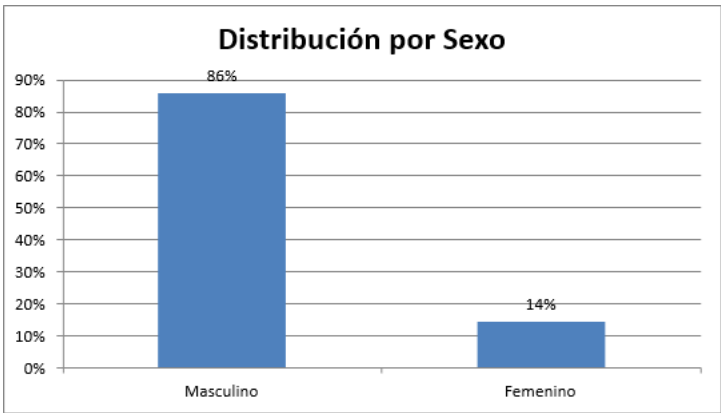


Tabla 2. Distribución por tabaquista

Tabaquista	N	%
Si	19	90%
No	2	10%

Figura 2. Distribución por tabaquista

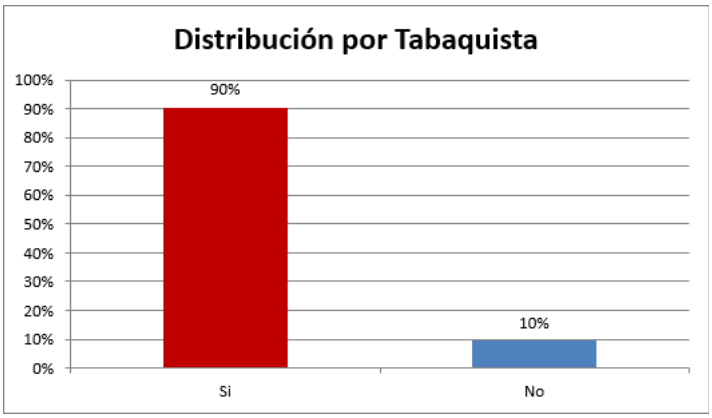


Tabla 3. Distribución por localización

Localización	N	%
Chimbas	4	19%

REVISTA CUADERNOS Año 11 Nº 15 ISBN: 2545-6180

Rivadavia	3	14%
Capital	3	14%
Caucete	3	14%
Angaco	2	10%
Santa Lucia	1	5%
San Martin	1	5%
Calingasta	1	5%
9 de Julio	1	5%
Jachal	1	5%
Pocito	1	5%

Figura 3. Distribución por localización

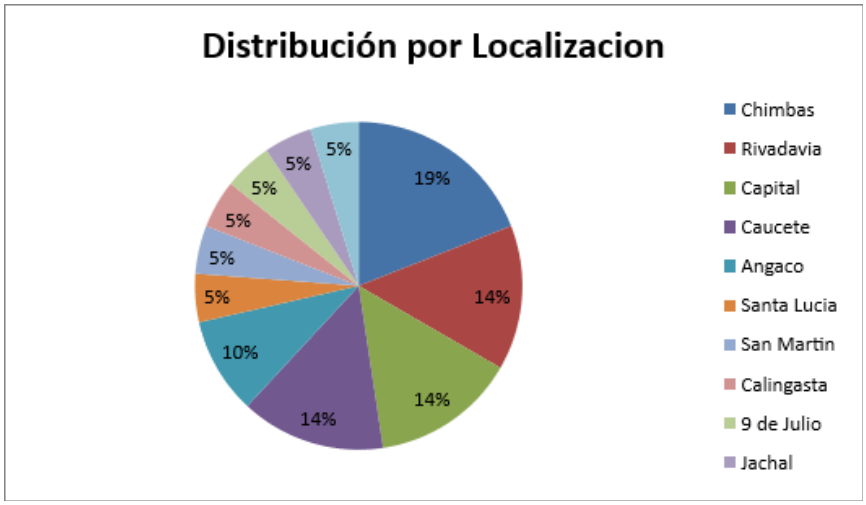


Tabla 4. Distribución por tipo histológico

Tipo Histológico	N	%
Carcinoma escamoso	8	38%
Adenocarcinoma	7	33%
Carcinoma de células pequeñas	4	19%
Carcinoma indiferenciado	1	5%
Carcinoma neuroendocrino	1	5%

Figura 4. Distribución por tipo histológico

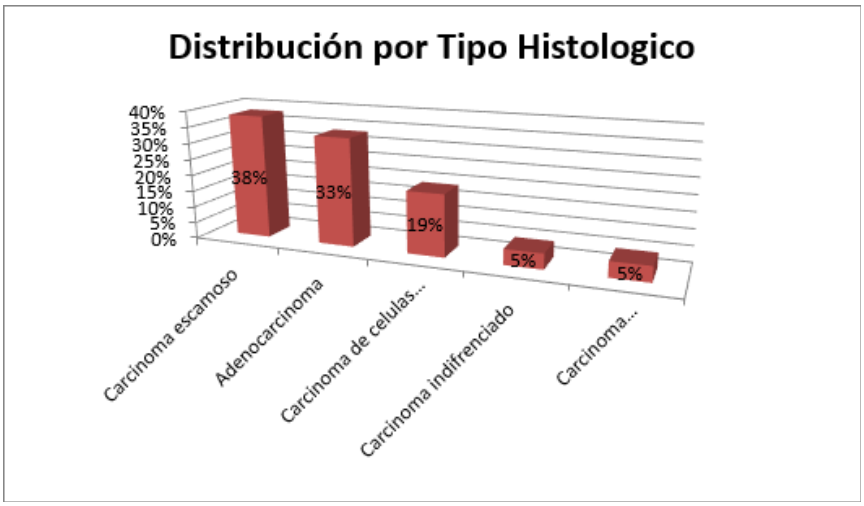


Tabla 5. Distribución por T

T	n	%
T4	11	52%
T2	5	24%
T3	3	14%
No declara	2	10%

Figura 5. Distribución por T

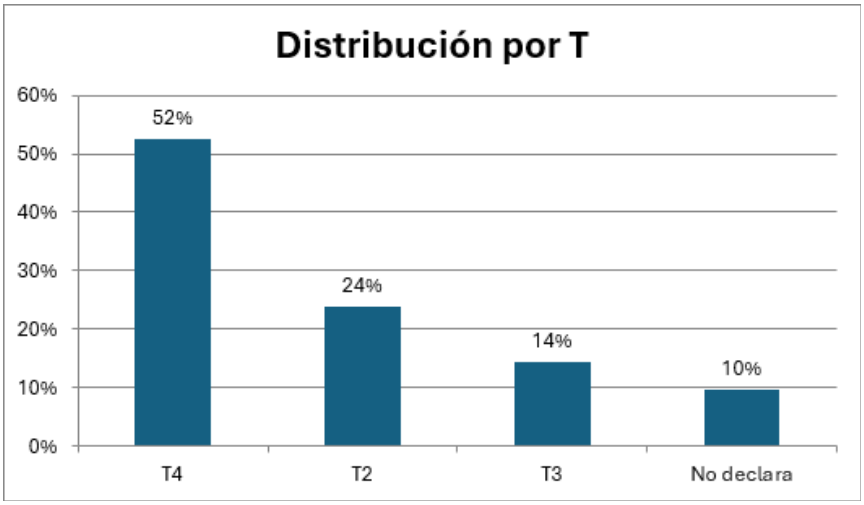


Tabla 6. Distribución por N

REVISTA CUADERNOS Año 11 N° 15 ISBN: 2545-6180

N	n	%
No declara	2	18%
N0	3	27%
N1	3	27%
N2	7	64%
N3	6	55%

Figura 6. Distribución por N

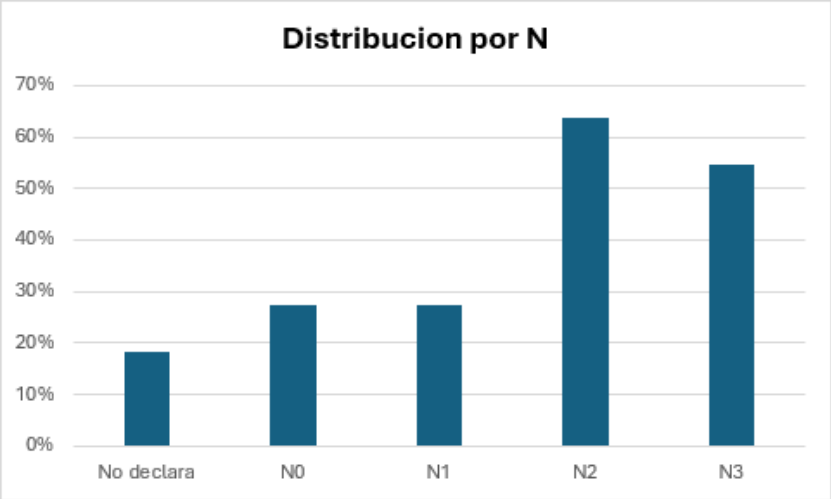


Tabla 7. Distribución por M

M	n	%
M1	12	57%
M0	7	33%
No declara	2	10%

Figura 7. Distribución por M

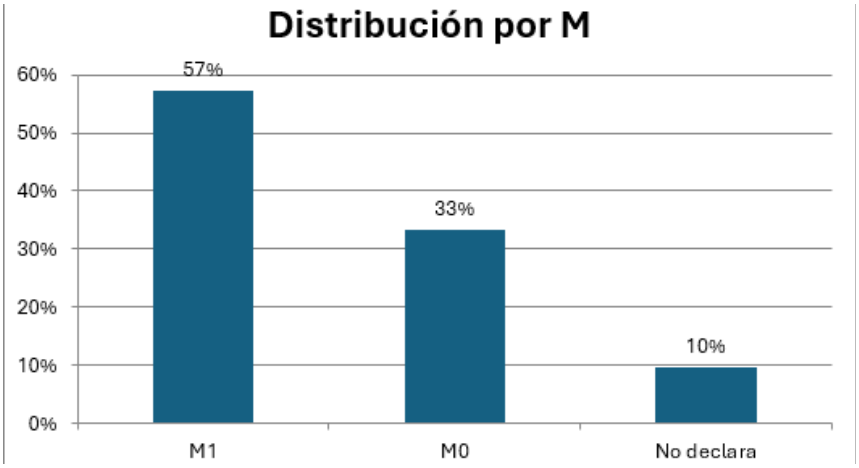


Tabla 8. Distribución por factores de riesgo

Factor de riesgo	n	%
Tabaquismo	19	90%
EPOC	5	24%
Ocupacional / Ferroviario	1	5%
Ocupacional / Minero	1	5%
Ocupacional / Pintor	1	5%
No declara	1	5%
Total	21	

Figura 8. Distribución por factores de riesgo

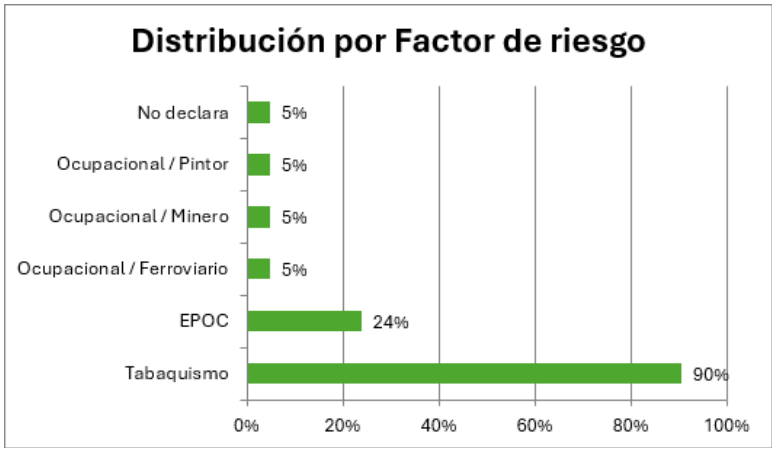


Tabla 9. Distribución por edad al diagnostico

Distribución de edad al diagnóstico
73
66
50
66
62
83
69
60
68
46
59
62
67
72
51
68
73

REVISTA CUADERNOS Año 11 Nº 15 ISBN: 2545-6180

64
62
66
82

Figura 9. Distribución de edad al diagnostico

