

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA

Mortalidad por carcinoma de pulmón en el Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola" de enero de 1994 a diciembre del 2006

Mortality caused by lung carcinoma, Provincial Hospital "Dr. Antonio Luaces Iraola", January 1994 to December 2006

Adoración Duarte Vilariño (1), Zucely Pujol Ortiz (2), Miriam B. Sánchez Ramos (3).

RESUMEN

Se realizó un estudio, longitudinal, retrospectivo, descriptivo de 6999 autopsias de fallecidos mayores de 15 años, en el Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila, en el período de enero de 1994 a diciembre del 2006, donde se diagnosticaron 254 fallecidos con algún tipo de carcinoma pulmonar (3,62%). La edad promedio fue de 68 años, el mayor grupo de fallecidos tenía más de 65 años (65,64%). Las principales especialidades de egreso fueron, Medicina Interna (46,46%), Extra hospitalarias (20,47%) y Medicinas Intensivas (19,29%). Egresan en las primeras 72 horas el 66,93% de los fallecidos. Las principales causas directas de muerte unidas a las causas intermedias de muerte, fueron la Bronconeumonía (74,01%), la Diseminación extensa del tumor (56,69%) y la Insuficiencia Respiratoria Aguda (38,98%). Los tipos histológicos de tumores diagnosticados fueron el carcinoma de células escamosas (67,7) el adenocarcinoma (25,5%) y el carcinoma indiferenciado de células pequeñas (5,51%). Las coincidencias diagnósticas en las causas directas de muerte fueron totales en el 55,9% de los casos y en las causas básicas en el 37,8%.

Palabras clave: NEOPLASIAS PULMONARES/mortalidad.

1. Especialista de 2do Grado en Anatomía Patológica. Profesor Asistente
2. Especialista de 1er Grado en M.G.I. Profesor Instructor.
3. Especialista de 1er de Grado en MGI.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de pulmón fue descrito por Laennec a principios del siglo XIX como una neoplasia relativamente infrecuente, manteniéndose como una enfermedad rara hasta los albores del siglo XX, pero en los últimos años el desarrollo del cáncer de pulmón ha alcanzado una frecuencia alarmante (1-2).

En el pulmón puede originarse una serie de tumores benignos y malignos, pero la inmensa mayoría (90 al 95%) son carcinomas broncogénos. Aproximadamente, el 5% son carcinoides bronquiales y el 2 al 5% son tumores mesenquimales de diversos tipos. El término broncogénico indica que el origen de estos tumores malignos es el epitelio bronquial (y en ocasiones, el bronquiolar). Se han propuestos muchas clasificaciones histológicas del carcinoma broncogénico, pero algunas de los más conocidas, basadas en las clasificaciones de la OMS son las que dividen a estos tumores en cuatro categorías principales: Carcinoma Epidermoide (25 al 40%); Adenocarcinoma (25 al 40%), Carcinoma de Células Pequeñas (20 al 25%) y el Carcinoma de Células Grandes (10 al 15%) (3-4).

Para los países de América Latina y el Caribe las tres últimas décadas han traído cambios demográficos y epidemiológicos importantes, con el consiguiente cambio en la incidencia de diferentes enfermedades, donde se muestra un aumento absoluto de las enfermedades no transmisibles, entre ellos el cáncer, correlacionándose el incremento de la incidencia de cáncer de pulmón con el aumento desmedido del consumo de tabaco, situación muy similar a la que ha ocurrido en Cuba (5). Con la evaluación de estos datos estadísticos podremos tomar conciencia del alcance o magnitud del problema cáncer de pulmón en el mundo y en Cuba y lo que se avizora para los

próximos años. A pesar del progreso de la ciencia en general y en particular, de las ciencias médicas y del perfeccionamiento sostenido del conocimiento humano, el cáncer continúa siendo un grave problema de salud para el hombre (6).

La finalidad de la lucha contra el cáncer de pulmón es reducir tanto la incidencia de la enfermedad como la morbilidad y mortalidad resultantes. Las estrategias de lucha contra el cáncer de pulmón comprende cinco aspectos fundamentales: promoción y prevención, diagnóstico precoz, pronóstico, tratamiento y asistencia paliativa. Apareciendo conflictos éticos, en cada uno de ellos (7).

La primera vacuna terapéutica para el tratamiento del cáncer de pulmón avanzado fue registrada en Cuba y es la única inscrita en el mundo para ese tipo de tumor maligno.

Con el nombre de CIMAVAX EGF, el inmunógeno es de probada eficacia e incrementa la supervivencia y la calidad de los pacientes con esa enfermedad. Fue desarrollado en el Centro de Inmunología Molecular (CIM), una de las instituciones insignias del Polo Científico de la Habana, Cuba. Entre las ventajas del fármaco figuran la disminución o desaparición de la falta de aire, los enfermos ganan en peso corporal, mejoran su apetito, el dolor resulta controlable, y así pueden incorporarse a la vida social. La vacuna, que provoca una respuesta inmune y no tiene efectos severos, está compuesta por dos proteínas, una por el factor de crecimiento epidérmico, y la P-64 K, de la membrana, ambas obtenidas por vía recombinante (8).

En este trabajo nos planteamos estudiar las características generales de los carcinomas pulmonares, diagnosticados en el Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila, en el período de Enero de 1994 a Diciembre del 2006. Así como describir en pacientes con Carcinoma Pulmonar: Los grupos etéreos, especialidades de egreso, la estadía hospitalaria, las causas directas e intermedias de muerte, las causas básicas de muerte, las coincidencias diagnósticas en las causas directas e intermedias de muerte y las coincidencias diagnósticas en las causas básicas de muerte.

METODO

Se realizó un estudio longitudinal, retrospectivo, descriptivo a 213 pacientes mayores de 15 años, diagnosticados como carcinoma pulmonar en el Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila, en el período de Enero de 1994 a Diciembre del 2006.

Se utilizó la base de datos creada con el Sistema Automatizado de Registro y Control en Anatomía Patológica (SARCAP), el que ordena las causas de muerte desde el punto clínico y anatomopatológico y nos permite posteriormente interrogar los diferentes parámetros a estudiar.

Control semántico:

Causa directa de muerte (CDM): La enfermedad que causa la muerte del paciente.

Causa intermedia de muerte (CIM): Enfermedad que se relaciona directamente con la CDM y la causa básica de muerte.

Causa Básica de Muerte (CBM): Enfermedad que inicia el cronopatograma que finalmente lleva a la CDM.

Para la evaluación de las coincidencias diagnósticas se utilizaron los siguientes conceptos.

TOTAL (T):_ Cuando los diagnósticos clínicos coinciden totalmente con los morfológicos.

PARCIAL (P):_ Cuando algunos de los diagnósticos morfológicos no fueron reflejados dentro de los diagnósticos clínicos.

NO COINCIDEN (N):_ Ninguno de los diagnósticos morfológicos fueron planteados como causa de muerte clínica.

INSUFICIENTE (I):_ Cuando no se precisa la causa de muerte tanto clínica como morfológicamente.

El diagnóstico clínico se tomó de los certificados de defunción, en tanto los diagnósticos morfológicos son los emitidos por Anatomía Patológica. La recolección de los datos se realizó y procesó mediante el SARCAP y los diagnósticos se codificaron por la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS.

RESULTADOS

TABLA 1. Grupos etáreos.

Edad promedio: 68 Rango: 36-91 >65: 66,64 Sin edad: 2 (0,79%)

	35-44	44-54	55-64	65-74	75-84	85-94
Sexo M	4	17	33	54	39	20
Sexo F	8	14	13	20	23	8
Total (252)	11	31	46	74	62	28
Porciento	4,3	12,3	18,2	29,3	24,6	11,1

Fuente: SARCAP

TABLA 2. Especialidades de egreso.

Esp. Egreso	Número de casos	%
Medicina Interna	118	46,46
Extra hospitalaria	52	20,47
Medicina intensiva	49	19,29
Cuerpo de Guardia	29	11,42
Cirugía General	4	1,57
Otorrinolaringología	1	0,39
Ortopedia	1	0,39

Fuente: SARCAP

TABLA 3. Estadía hospitalaria.

DIAS	FRECUENCIA	%	ACUMULADO	%
>24h	106	41,73	106	41,73
1-3	64	25,20	170	66,93
4-7	19	7,48	189	74,41
8-14	29	11,42	218	85,83
15-21	12	4,72	230	90,55
22-30	9	3,54	239	94,09
31-60	13	5,12	252	99,21
+60	2	0,79	254	100

Fuente: SARCAP

TABLA 4. Causa directa e intermedia de muerte.

CODIGO	ENFERMEDAD	Número de casos	%
485	Bronconeumonía	188	74,01
199	Diseminación Tumoral	144	56,69
786	Insuficiencia Respiratoria Aguda	99	38,98
415	Tromboembolismo pulmonar	12	4,72
518	Atelectasia pulmonar	9	3,54
423	Hemopericardio	7	2,76
799	Daño múltiple de órganos	5	1,97
511	Pleuresía	4	1,57
348	Edema cerebral	4	1,57
285	Anemia aguda	4	1,57

Fuente: SARCAP

TABLA 5. Causa básica.

CODIGO	ENFERMEDAD	TOTAL	%
1629C	Carcinoma células escamosas.	172	67,7
1629A	Adenocarcinoma	65	25,5
1629PC	Carcinoma indiferenciado de células pequeñas	14	5,51
1629YB	Carcinoma células grandes	3	1,18

Fuente: SARCAP

TABLA 6. Coincidencias diagnósticas en causa directa e intermedia de muerte.

	T	P	N	I	Total
Número	142	19	63	30	254
%	55,9	7,5	24,8	11,8	100

Fuente: SARCAP

TABLA 7. Coincidencias diagnósticas en causa básica de la muerte.

	T	P	N	I	Total
Número	96	2	71	85	254
%	37,8	0,8	28,0	33,5	100

Fuente: SARCAP

DISCUSIÓN

Las neoplasias de pulmón significan por su alta morbilidad y mortalidad un problema de salud en el mundo y nuestro país. Es una enfermedad muy agresiva y mortal. La supervivencia a 5 años es del 5% independientemente del tratamiento que se utilice.

Aunque se presenta en cualquier edad el cáncer es una enfermedad del anciano, más del 65 % de todas las enfermedades malignas ocurren en este grupo, lo que se corresponde con nuestros resultados ya que el 65,66% se diagnostica en mayores de 65 años (tabla 1). Decece en las edades de 80 años por una baja calidad en su diagnóstico y existencia de subregistros (9). El sexo masculino es el más afectado por la enfermedad con un 66,26% lo que se corresponde con la bibliografía revisada (10).

El estudio de las especialidades de egreso, así como la estadía nos demuestra claramente que la autopsia es un medio indiscutible de medir la calidad médica en la atención médica en servicios hospitalarios e incluso en áreas de salud, por todos los datos que nos brinda entre las primeras especialidades de egreso después de las medicinas internas los fallecidos extrahospitalarios (tabla 2). son el 20,47% de los estudiados. Fallecen antes de las 72 horas el 66,93% de los casos estudiados (tabla 3).

La bronconeumonía aparece como la primera causa de muerte en este grupo de fallecidos, seguido por la diseminación extensa tumoral de la enfermedad y la insuficiencia respiratoria que es consecuencia directa en la mayoría de las ocasiones de la asociación del tumor, la diseminación y la bronconeumonía (tabla 4)., los procesos inflamatorios del pulmón son enfermedades muy frecuentes en la ancianidad y en los procesos debilitantes del organismo como lo son las enfermedades neoplásicas (11). La diseminación extensa del tumor, es una característica muy frecuente en el cáncer de pulmón ya que cuando este es diagnosticado se encuentra ampliamente diseminado, pues cursa durante mucho tiempo de forma asintomática y al diagnóstico ya está ampliamente diseminado, descubriéndose en una radiología ocasional.

Todos los casos estudiados se trataron de carcinomas broncogénos en sus diferentes grupos de clasificación, el más frecuentemente diagnosticado es el carcinoma epidermoide o de células escamosas, seguido del adenocarcinoma y el carcinoma indiferenciado de células pequeñas (tabla 5), estos tres tumores son considerados como los tumores más frecuentes en la práctica médica, aunque no siempre en ese orden de frecuencia. Así en un trabajo de diagnóstico de cáncer del pulmón en un quinquenio en Camaguey, resulta más frecuente el adenocarcinoma, seguido del carcinoma epidermoide y el carcinoma indiferenciado de células pequeñas (12).

Los índices de discrepancias diagnósticas y coincidencias en las causas de muerte, entre el diagnóstico clínico y morfológico constituyen de forma indirecta un indicador de calidad de la atención médica prestada (13), y la automatización de estos datos nos facilita la información para estos análisis (14).

Las coincidencias diagnósticas encontradas al comparar las causas de muerte asignadas en el certificado de defunción y comparadas con el resultado de la autopsia (tablas 6 y 7), en la causa directa en el 55,9% son coincidentes los diagnósticos y no coinciden en el 24,8%. En relación con la causa básica en el 37,8% son coincidentes y en el 28,0% no coinciden. Estos resultados están entre los límites señalados por los autores que refieren que la concordancia se mueve entre el 10,70% y el 64%, cifras que no han variado incluso con los avances tecnológicos introducidos en la práctica médica actual (15-16).

Los tumores malignos del pulmón están asociados a factores ambientales y estilos de vida por lo tanto son potencialmente prevenibles. La relación envejecimiento-cáncer que existe, enfatiza en la necesidad de mantener un alto índice de sospecha de neoplasias malignas en pacientes ancianos.

ABSTRACT

A longitudinal, retrospective, descriptive study of 6999 autopsies to deceased people with more than 15 years old was realised, in the Provincial Hospital "Dr. Antonio Luaces Iraola" of Ciego de Ávila, in the period from January 1994 to December of 2006, where 254 dead people with some type of pulmonary carcinoma were diagnosed (3.62%). The average age was 68; the greater group of deceased patients had more than 65 years of age (65.64%). The majority of patients were discharged to Internal Medicine (46, 46%), Community services (20, 47%), and Intensive care (19, 29%). The 66.93% of the patients, who died, left in the first 72 hours. The main direct causes of death along with other intermediate causes were the Bronchopneumonia (74.01%), the extensive Dissemination of tumor (56.69%) and the Acute Respiratory Insufficiency (38.98%). The histological types of diagnosed tumors were the carcinoma of flaky cells (67, 7) the adenocarcinoma (25.5%) and the Small Cell Undifferentiated Carcinoma (5.51%).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suárez Vera D. Recorrido histórico del interés por los aspectos psicosociales del cáncer. En: Núñez de Villavicencio M. Psicología y Salud. 1er ed. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2001. p. 83-84.
2. Monteagudo Canto A, Mora MA. Las relaciones ciencia-tecnología-sociedad en el diagnóstico temprano del cáncer del pulmón. Humanid Méd. 2004; 4(11): 11-15.
3. González-Longoria Boada L. Mortalidad por cáncer en Dominica (1995-1998). Rev Cubana Oncol. 2001; 17(1): 26-9.
4. Kobzik L. Tumores. En: Robbins. Patología Estructural y Funcional. 6ta ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 774-758.
5. Alan Denver GE. Tabaco, ambiente y salud. Ginebra: OMS; 2003.
6. Soriano García JL. Incidencia en Cuba del cáncer en la tercera edad. Rev Cubana Oncol. 1998; 14(2): 121-28.
7. Parsons AM, Detterbeck FC, Parker LA. Accuracy of helical CT in the detection of pulmonary metastases: is intraoperative palpation still necessary? Ann Thorac Surg. 2004; 78:1910-8.
8. Armas I. Registra Cuba vacuna terapéutica contra cáncer de pulmón. Ciencia y tecnología. La Habana. Junio 2008. Disponible en: <http://www.granma.cu>
9. Soriano García JL, Carrillo Franco G, Arrebola Suárez JA, Martín García A. El cáncer en la tercera edad. Rev Cubana Oncol. [serie en Internet] 1995 [citado 10 Feb 2008] 11(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol11_1_95/onc14195.htm
10. Suárez Díaz M, Ortiz Zayas E, Sánchez Freeman M, Barreda Pavón JL. Cáncer de pulmón: su comportamiento en el Hospital "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" durante 3 años. Rev Electr. 2007; 32(4):11-18.
11. Villanueva VJ. Neumonías en el anciano. Rev Postgr Cáted Med 2003; (127): 1-5.

12. Monteagudo Canto A, Salazar Cueto C, Wilson Estévez GA, Villalonga Mora Y. Diagnóstico del cáncer de pulmón en un quinquenio. Arch Méd Camaguey [serie en Internet]. 2003 [citado 21 Dic 2007]; 7(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2003/v7n4/820.htm>
13. Van den Tweel JG. Autopsies as an important indicator for quality control. Ned Tijdschr Geneesk. 2000; 144: 54-5.
14. Hurtado de Mendoza Amat J, Álvarez Santana R, Jiménez López A, Fernández Pérez LG. El SARCAP, Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica. Rev Cubana Med Mil. 1995; 24: 123-30.
15. Haheim LL. Valitation of causes of death by age. Tidsskr Laegefonen. 2006; 119(6): 826-30.
16. San Derengger IK, Burger S, Muntwyler Salomon F. Diagnostic errors in the medical eras: a necropsy study. Lancet. 2000; 355: 2027-31.