

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

Caracterización de los pacientes fallecidos por cáncer en el período 1994-2012

Characterization of deceased patients by cancer in the period 1994-2012

Yoselin Ruiz Collado (1), Esther M. Estrada Espinosa (2), Adoración Duarte Vilariño (3), Aray Álvarez Rodríguez (4), Gueormila Ávila Mijares (4), Orlando García Martínez (5).

RESUMEN

Con el objetivo de conocer el comportamiento de las neoplasias malignas en el centro hospitalario se realizó un estudio transversal descriptivo de 1477 fallecidos autopsiados mayores de 15 años y con el diagnóstico de un tumor maligno en diversas localizaciones, en el servicio de Anatomía Patológica del Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila en el período comprendido entre enero de 1994 y diciembre de 2012. Se utilizaron para el estudio los datos acumulados en el Sistema Automatizado de Registro y Control en Anatomía Patológica; los resultados se exponen en tablas y por ciento. La edad oscila el rango entre 15 y 103 años, predominó el grupo de fallecidos mayores de 65 años. Egresan principalmente del servicio de Medicina Interna, extrahospitalarios y la Terapia Intermedia. En las primeras 72 horas de ingresados fallece el mayor número de pacientes, el grupo mayor de egresados con esta patología fueron del sexo masculino. Los tres tumores más frecuentes fueron el carcinoma pulmonar, el carcinoma de colon y el de próstata. Las principales causas directas de muerte incluyeron la bronconeumonía, las metástasis múltiples y el tromboembolismo pulmonar. Las coincidencias totales en causa directa de muerte son de un 51,71% y en las básicas del 42,76%.

Palabras clave: NEOPLASIAS MALIGNAS, COINCIDENCIAS DIAGNÓSTICAS.

1. Especialista de 1er Grado de Anatomía Patológica. Profesor Instructor
2. Especialista de 2do Grado de Anatomía Patológica. Máster en Educación Médica Superior. Profesor Asistente.
3. Especialista de 2do Grado en Anatomía Patológica. Profesor Asistente.
4. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.
5. Estudiante de 6to año de Medicina.

INTRODUCCION

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) señaló que para el 2030 serán diagnosticados casi 21,4 millones de nuevos casos anuales.

En el lanzamiento de una nueva base de datos sobre la incidencia global del cáncer en 2008, el último año para el que existen cifras disponibles, la agencia indicó que la "carga de la enfermedad se está trasladando desde los países más ricos a los más pobres". "El cáncer no es raro en ninguna parte del mundo ni está confinado a los países de mayores recursos", según reporte.

En total 7,6 millones de personas murieron por la condición en el año 2008 y se diagnosticaron aproximadamente 12,7 millones de nuevos casos. Alrededor del 56% de los pacientes diagnosticados declarados -en 2008- a nivel mundial se registraron en países en vías de desarrollo, que a su vez sufrieron el 63% de todas las tasas de mortalidad por cáncer.

El director de la IARC, Christopher Wild, precisó que la información representa la evaluación más precisa acerca de los problemas que genera el cáncer en el mundo y que ayudará a las autoridades a desarrollar sus respuestas.

En 2008, los cánceres más diagnosticados en el mundo fueron: cáncer de pulmón (1,61 millones de casos); de mama (1,38 millones); y colorrectal (1,23 millones). Las causas más comunes de muerte fueron: cáncer de pulmón (1,38 millones), de estómago (0,74 millones) y hepático (0,69 millones). La proyección de la tasa anual de mortalidad (13,2 millones) y de diagnósticos (21,4 millones), se basó en el supuesto de que las cifras subyacentes del cáncer se mantendrán en las próximas dos décadas, explicó la IARC (1).

Se estima que en 20 años aproximadamente, el número de defunciones a consecuencia de esta enfermedad aumentará anualmente de 6 a 10 millones. Entre los principales factores que contribuirán a esto figuran: mayor proporción de personas de edad avanzada en el mundo, disminución general de la mortalidad por enfermedades transmisibles y por afecciones cardiovasculares en algunos países, así como la incidencia creciente de ciertas formas de neoplasia.

La lucha contra el cáncer es una tarea de todos, y así han de transmitirlo los profesionales de la salud y actuar en consecuencia las autoridades políticas responsables. Un gran porcentaje de los tumores se puede atribuir en parte a los hábitos de vida y a factores medioambientales y por tanto son susceptibles de modificarse (2).

En Cuba los tumores malignos constituyen la segunda causa de muerte y la primera en 9 de las 14 provincias. En Ciego de Ávila constituye la primera causa de muerte tanto en la población femenina como en la masculina lo que representa un alto riesgo de morir a causa de ello, razón que sirvió de motivación para realizar el presente estudio con el objetivo de estudiar las características demográficas y patológicas de los fallecidos autopsiados con cualquier tipo de cáncer diagnosticado. Los resultados permitirán dirigir en un futuro más acertadamente las acciones de salud, en cuanto a prevención y tratamiento de esta patología.

MÉTODO

Se realizó un estudio transversal descriptivo donde se estudiaron 1477 autopsias del servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Docente Dr. Antonio Luaces Iraola en Ciego de Ávila en el período comprendido entre enero de 1994 y diciembre de 2012, en adultos mayores de 15 años y autopsiados en este periodo.

Para el estudio se creó una base de datos con las facilidades que brinda el Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica (SARCAP) (3), se presentan los resultados en tablas y por ciento.

En el caso de las especialidades de egreso se expresaron todas las especialidades médicas del centro donde egresó algún paciente fallecido por cáncer, no importa en que localización se presenta el tumor, en caso de las lesiones tumorales se tomaron los 10 tumores más frecuentes. La correlación clínico-patológica se realizó con la utilización de los datos obtenidos por causa de muerte del certificado de defunción y las conclusiones anatomopatológicas.

RESULTADOS Y DISCUSION

El cáncer comienza en una célula. La transformación de una célula normal en tumoral es un proceso multifásico y suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Estas alteraciones son el resultado de la interacción entre los factores genéticos del paciente y tres categorías de agentes externos, a saber: carcinógenos químicos, físicos y biológicos (4).

La edad promedio en esta casuística es de 67 años, las edades entre 15 y 103 años, el mayor número de pacientes está en los mayores de 65 años (Tabla No.1) lo que se corresponde con la literatura revisada (5) donde el cáncer es más frecuente en pacientes adultos, ya que se refiere en la literatura que la mayor frecuencia de cáncer está muy relacionada con el aumento de la edad. El sexo predominante fue el masculino con un 59,4% de los fallecidos. El envejecimiento es un factor fundamental en la aparición del cáncer. La incidencia de esta enfermedad aumenta muchísimo con la edad, probablemente porque se acumulan factores de riesgo de determinados tipos de cáncer. La acumulación general de factores de riesgo se combina con la tendencia que tienen los mecanismos de reparación celular a perder eficacia con la edad (5-6).

En la provincia y la nación el cáncer constituye la segunda causa de muerte, solo precedido por las enfermedades cardiovasculares y anteceden a las cerebrovasculares. Según la localización de las lesiones y en ambos sexos las tres primeras fueron la próstata, el pulmón y la mama femenina (7-8). Los pacientes egresan de todas las especialidades hospitalarias (Tabla No.2), las más frecuentes fueron los servicios de Medicina Interna, los fallecidos fuera del centro o en el trayecto al hospital y la Terapia Intermedia Polivalente.

Es significativo que el mayor número de pacientes fallece en salas de cuidados mínimos, algo que es necesario revertir y que no coincide con trabajos revisados (9-10).

La estadía hospitalaria que predomina es en las primeras 72 horas con un 62,22%, quizás motivado por los sitios de ingreso, sobre todo el alto porcentaje de fallecidos en su casa o el trayecto (21,25%) y el cuerpo de guardia médica (11,91%), que en conjunto hacen un 33,16% de los fallecidos en la base de datos (Tabla No.3).

Las lesiones tumorales más frecuentemente diagnosticadas como causas básicas de muerte (CBM) fueron las de localización pulmonar, colon y próstata (11-12) (Tabla No.4). Llama poderosamente la atención que si se unen los tumores de origen en el sistema hemolinfopoyético esto arroja una cifra del 10,38% de los tumores diagnosticados. En trabajos revisados las localizaciones más frecuentes es el pulmón, lo que coincide con la estadística de esta investigación (13-14) así como los de mama, estómago, próstata y vejiga que, aunque no aparecen en las 10 primeras localizaciones, sí son parte de las lesiones tumorales de esta investigación.

Las causas directas de muerte (CDM) (Tabla No.5) que más se diagnosticaron fueron la bronconeumonía, las metástasis múltiples y el tromboembolismo pulmonar, patologías que con frecuencia se asocian a las enfermedades neoplásicas malignas. La bronconeumonía es una patología que con mucha frecuencia aparece como causa de muerte en fallecidos ingresados o no, quizás motivado porque se trata de pacientes en edades extremas de la vida y con una patología inmunodepresora. En publicaciones consultadas se considera, como en el presente trabajo, la primera CDM (15).

Las coincidencias diagnósticas clínico-patológicas (Tabla No.6) sobre todo en las causas básicas de muerte se comportan muy bajas, puesto que hay serias dificultades en la confección de los certificados de defunción, de donde se toman los datos clínicos.

Estudios similares como los realizados por Llombart-Bosch, con una base de datos de 8 años en España, obtienen valores superiores tanto en las directas como en las básicas (9), autores cubanos como Hurtado de Mendoza con una base de datos nacional obtiene valores superiores a los obtenidos en esta investigación (14).

CONCLUSIONES

Los tumores malignos en diversas localizaciones son en la actualidad una causa importante de mortalidad en el país, al ser las principales localizaciones pulmón y próstata en el hombre y en la mujer la mama y el pulmón. El hábito de fumar es en el cáncer de pulmón el agente etiológico más estudiado y confirmado epidemiológicamente.

Al estudiar solo los confirmados por autopsias, la regla de oro para un diagnóstico confirmativo de cáncer, son las lesiones de pulmón, colon y próstata, las localizaciones más frecuentes, aunque llama la atención que los linfomas y las leucemias unidas son neoplasias muy frecuentes. Muchos de los casos ingresan en estados terminales, por lo que fallecen en las primeras 72 horas del ingreso, proceden de todos los servicios hospitalarios e incluso de las áreas de salud.

El mayor número de pacientes es del sexo masculino y en general son fallecidos con más de 65 años de edad. El evento final que produce el fallecimiento es la sepsis respiratoria evento que en toda una serie de estudios realizados en el centro y nacionalmente coinciden, si se tiene en cuenta que se trata de pacientes ancianos, portadores de una enfermedad terminal.

El estudio de las coincidencias diagnósticas, es bajo, sobre todo en las causas básicas de muerte, lo que se explica porque el médico que cierra la historia en la mayoría de los casos no es el de asistencia y desconoce los antecedentes del fallecido.

ABSTRACT

With the target to know the behavior of neoplasms in our hospital center a descriptive transverse study of 1477 deceased patients older than 15 years and with the diagnosis of a malignant tumor in diverse locations, in the Pathological Anatomy service at Dr. Antonio Luaces Iraola Provincial General Teaching Hospital of Ciego de Ávila, between January, 1994 and December, 2012. The information accumulated in the Automated System of Record and Control in Pathological Anatomy (SARCAP); were used for the study. The results are exhibited in tables and per cent. The age ranges the status between 15 and 103 years, the group of deceased was older than 65 years. They are discharged principally from the Internal Medicine unit, Out-of-Hospital and the Intermediate Care Unit. In the first 72 hours, the biggest number of patients dies, the masculine sex were the major group of discharge with this pathology. The most frequent tumors were lung neoplasms, colon carcinoma and prostatic neoplasms. The main direct causes of death included the bronchopneumonia, the multiple metastatic and the pulmonary thromboembolism. Total coincidences in direct cause of death are 51.71% and in the basic ones 42.76%.

Key words: MALIGNANT TUMOR, DIAGNOSTIC COINCIDENCES.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. López Abente G, Pollán M, Aragonés N, Pérez Gómez B, Hernández Barrera V, Lope V, et al. Situación del cáncer en España: incidencia. An Sist Sanit Navarra [Internet]. 2004 [citado 2 Oct 2013]; 27(2): 165-173. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000300001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272004000300001>.
2. Boletín al Día. Algunos datos sobre el cáncer en todo el mundo [Internet]. febrero 4, 2010 [citado 12 Sep 2013] [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2010/02/04/algunos-datos-sobre-el-cancer-en-todo-el-mundo/>
3. Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras sobre el cáncer [Internet]. Geneva: ©OMS; 2013 [citado 12 Oct 2013] [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
4. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. Datos y cifras. Nota descriptiva No. 297 [Internet]. Geneva: ©OMS; 2013 [citado 12 Feb 2013] [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es>
5. Rojas LT, Martínez LM, Leyva NM, Pérez RS, Batista VS. Caracterización clínico epidemiológica del cáncer en el adulto mayor en el municipio Mayarí. Correo Cient Méd [Internet]. 2012 [citado 2 Oct 2013]; 16(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/download/633/127>
6. Contran RS, Kumar V, Colins TR. Robbins. Patología estructural y funcional. 7 ed. Madrid: Elsevier; 2005.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de estadísticas. Anuario Estadístico 2011 [citado 12 Sep 2013] [aprox. 89 pantallas]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2012/04/anuario-2011-e.pdf>
8. Llombart Bosch A, Hurtado de Mendoza Amat J, Álvarez Santana R, Fernández Izquierdo A, Borrajero Martínez I. Evaluación de la calidad de los diagnósticos premortem de causas de muerte en las autopsias del Hospital Clínico Universitario de Valencia (1985-1992). Rev Esp Patol [Internet]. 2009 [citado 2 Oct 2013]; 42(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/297/297v42n03a13149439pdf001.pdf>
10. Maris C, Martin B, Creteur J, Rimmelink M, Piagnerelli M, Salmon I, et al. Comparison of clinical and post-mortem findings in intensive care unit patients. Virch Arch. 2007; 450: 329-33.
11. Merlán Pérez AI, Aguilar Hernández I, Biart Hernández O, Perera Milián LS. Comportamiento de la mortalidad por tumores malignos. Rev Cienc Méd Habana [Internet]. 2011 [citado 12 Feb 2013]; 17(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol17_2_11/hab03211.html
12. Jorge IL, Gutiérrez NC, Donis AM, Gamazo JA, Rodríguez MM, Jiménez IR. Comportamiento de la mortalidad por tumores malignos. Medicentro Electr [Internet]. 2007 [citado 12 Feb 2013]; 11(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/607>

13. Hurtado de Mendoza AJ, Fuentes Peláez A, Montero González T, Álvarez Santana R, Coello Salazar RA. Cáncer en Cuba. Evaluación de la calidad de los diagnósticos premortem según el Sistema Automatizado de Registro y Control en Anatomía Patológica. Rev Cubana Med [Internet]. 2004 [citado 2 Oct 2013]; 43(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000100005&lng=es
14. Abascal Cabrera M, González Rubio R, La Rosa Domínguez A, Ulloa Quintanilla F. Repercusión de la bronconeumonía en la mortalidad hospitalaria. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2001 [citado 2 Oct 2013]; 30(2):99-105. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572001000200005&lng=es

ANEXOS

Tabla No.1. Grupos de edades.

| | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL | % |
|-------|-----------|----------|-------|-------|
| 15-24 | 11 | 3 | 14 | 0,9 |
| 25-34 | 9 | 15 | 24 | 1,65 |
| 35-44 | 29 | 36 | 65 | 4,47 |
| 45-54 | 77 | 74 | 151 | 10,39 |
| 55-64 | 142 | 125 | 267 | 18,37 |
| 65-74 | 224 | 144 | 368 | 25,32 |
| 75-84 | 249 | 132 | 381 | 26,22 |
| 85-94 | 128 | 43 | 171 | 11,76 |
| +95 | 9 | 3 | 12 | 0,82 |
| TOTAL | 878 | 575 | 1454 | 100 |
| % | 60,38 | 39,52 | 100 | 100 |

Edad Promedio: 67 Rango: 15-103 +65: 64,35% Sin edad: 24 (1,62)

Fuente: SARCAP

Tabla No.2. Especialidades de Egreso.

| SERVICIO | No. Casos | % |
|-------------------|-----------|-------|
| Medicina Interna | 491 | 33,24 |
| Extrahospitalaria | 314 | 21,25 |
| UCIMP | 247 | 16,72 |
| Cuerpo de Guardia | 176 | 11,91 |
| UCI | 113 | 7,65 |
| Cirugía General | 81 | 5,48 |
| UCIE | 22 | 1,48 |
| Urología | 17 | 1,15 |
| ORL | 5 | 0,33 |
| Ortopedia | 3 | 0,20 |

Fuente: SARCAP

Tabla No.3. Estadía hospitalaria.

| Tiempo | No. pacientes | % | Acumulado | % |
|-----------|---------------|-------|-----------|-------|
| -24 horas | 614 | 41,57 | 614 | 41,57 |
| 1-3 | 305 | 20,64 | 919 | 62,22 |
| 4-7 | 188 | 12,72 | 1107 | 74,94 |
| 8-14 | 170 | 11,5 | 1277 | 86,45 |
| 15-21 | 85 | 5,74 | 1362 | 92,21 |
| 22-30 | 54 | 3,65 | 1416 | 95,87 |
| 31-60 | 51 | 3,45 | 1467 | 99,32 |
| +60 | 10 | 0,67 | 1477 | 100 |

Fuente: SARCAP

Tabla No.4. Causas básicas de muerte.

| Localización del tumor | No. Casos | % |
|-------------------------------|-----------|-------|
| Carcinoma de pulmón | 296 | 20,04 |
| Adenocarcinoma de colon | 142 | 9,71 |
| Adenocarcinoma de próstata | 116 | 7,85 |
| Leucemias | 94 | 6,36 |
| Adenocarcinoma de páncreas | 84 | 5,68 |
| Adenocarcinoma gástrico | 75 | 5,07 |
| Linfoma no Hodgkin | 59 | 3,99 |
| Carcinoma de la mama femenina | 46 | 3,14 |
| Carcinoma de vejiga | 38 | 2,57 |
| Carcinoma de cuello uterino | 37 | 2,50 |

Fuente: SARCAP

Tabla No.5. Causa directa de muerte+causa intermedia.

| Enfermedad | No de casos | % |
|--------------------------------|-------------|-------|
| Bronconeumonía bacteriana | 711 | 48,13 |
| Metástasis múltiples | 534 | 36,15 |
| Tromboembolismo pulmonar | 105 | 7,10 |
| Peritonitis supurativa | 94 | 6,36 |
| Choque séptico | 91 | 6,16 |
| Sepsis generalizada | 49 | 3,31 |
| Trastornos hidroelectrolíticos | 43 | 2,91 |
| Anemia aguda | 34 | 2,30 |
| Edema cerebral | 30 | 2,03 |
| Pulmón distress respiratorio | 10 | 0,67 |

Fuente: SARCAP

Tabla No.6. Coincidencias diagnósticas en causas directas de muerte.

| | <u>I</u> | <u>P</u> | <u>N</u> | <u>I</u> |
|-------|----------|----------|----------|----------|
| Total | 749 | 116 | 456 | 156 |
| % | 50,71 | 7,85 | 30,87 | 10,56 |

Fuente: SARCAP

Tabla No.7. Coincidencias diagnósticas en causas intermedias de muerte.

| | <u>I</u> | <u>P</u> | <u>N</u> | <u>I</u> |
|-------|----------|----------|----------|----------|
| Total | 623 | 80 | 369 | 405 |
| % | 42,26 | 5,41 | 24,98 | 27,42 |

Fuente: SARCAP