

**POLICLINICO UNIVERSITARIO
"MARTIRES DEL 4 DE AGOSTO"
GUANTANAMO**

MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS

Dra. Karelis Castillo Albier¹, Dra. Miladys Noa Garbey¹, Dra. Mayelín Medina Fernández¹, Dra. Dianella Frómeta Ordúñez¹, Dra. Ernestina Amelia Colás Ballesteros¹, Dra. Lianis Fiel Iglesias¹, Dra. Pilar Amparo González García.¹

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo transversal de los fallecidos por tumores malignos seleccionados, pertenecientes al Policlínico Universitario "Mártires del 4 de Agosto" de la ciudad de Guantánamo en el quinquenio 2000-2004, con el objetivo de determinar la magnitud de los mismos, los años de vida potencial y laboralmente perdidos, así como su comportamiento. El universo lo conforman los 236 fallecidos por cáncer en este período, de los cuales se tomó una muestra de 196 (n=96). Para cumplir con los objetivos propuestos y representar los resultados se utilizan tablas. Los tumores pulmonares, hepatobiliares y linfomas muestran una alta letalidad. La bronconeumonía como causa directa ocasiona casi la mitad de las defunciones. Existe una baja correlación clínico-necrópsica. Las neoplasias pulmonares provocan mayor pérdida de años de vida potencial y laboralmente, con tendencia ascendente los de pulmón, mama, cervicouterino y hepatobiliar.

Palabras clave: NEOPLASMAS/ epidemiología; NEOPLASMA/ mortalidad; NEOPLASMAS/ complicaciones.

INTRODUCCION

Si las condiciones socioeconómicas ambientales no varían, la enfermedad cancerosa será en el siglo XXI la primera causa de muerte en el mundo, constituye ya, hoy día, la segunda causa en una inmensa mayoría de países de las Américas.^{1,2}

¹ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral.*

En nuestro país, el cáncer es un importante problema de salud, por su alto índice de mortalidad y morbilidad, así como por el impacto emocional que tiene en la población³; ha sido históricamente una de las primeras causas de muerte.

En 1910 se situaba en octavo lugar; desde 1958 se ubica como la segunda causa de muerte. Esta situación pudiera agravarse en los años venideros debido a la influencia que ejercen los cambios ocurridos en algunos indicadores demográficos que tienen relación con esta enfermedad.

En los objetivos, pronósticos y directivas que se trazan por parte del MINSAP se plantea que debe existir una reducción del 10 % en mortalidad por estas enfermedades. La base fundamental que permite acciones de salud encaminadas a cumplimentar ésto, sin dudas, el nivel primario de atención.

Por lo que se propone caracterizar el comportamiento de la mortalidad por tumores malignos seleccionados en nuestra área de salud durante un quinquenio.

METODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal de los fallecidos por tumores malignos seleccionados, pertenecientes al Policlínico Universitario "Mártires del 4 de Agosto" de la ciudad de Guantánamo, en el quinquenio 2000-2004, con el propósito de caracterizar el comportamiento de la mortalidad por tumores malignos seleccionados.

El universo quedó conformado por los 236 adultos fallecidos por cáncer en este período y de los cuales se tomó una muestra de 196 por resultados necrópsicos causados por: cáncer de pulmón, próstata, mama, cervicouterino, esofágico, hepatobiliar, colon y linfomas.

Para la realización de este estudio se coordinó con los departamentos de estadística del policlínico y del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto".

La obtención del dato primario para la realización del mismo se obtuvo de los registros de dispensarización y de fallecidos del policlínico, así como del protocolo de necropsias del hospital, en coordinación con el departamento de anatomía patológica.

Se abordó letalidad por tipo de tumor y años, tasa de mortalidad general por grupos básicos de trabajo (GBT), principales causas directas de muerte, realización de necropsias y correlación clínico-necrósica, así como los años de vida potencial (AVPP) y laboralmente perdidos (AVLP).

RESULTADOS Y DISCUSION

La tasa de letalidad por tipo de tumor y años se analizó por cada 100 habitantes, lo cual está representado en la Tabla 1. En el año 2000, la letalidad más significativa fue neoplasia de esófago (66.6) y la menos significativa fue neoplasia de mama (13.3).

Este comportamiento se debe a que las neoplasias de esófago se presentan con mayor frecuencia que las neoplasias de mamas. Entre los años 2001-2004, incidió en mayor medida el cáncer de pulmón, hepatobiliar y linfoma. Este último en primer lugar con tasas de 100, 66.6, 66.6 y 75 en los respectivos años.

El cáncer de mama se comportó como la afección de menor incidencia; con lo cual se corrobora que los tumores que se presentaron cada año son diferentes en cuanto a frecuencia de aparición. Coincidimos con algunos autores.⁴⁻⁸

Al analizar la tasa de mortalidad general por grupos básicos de trabajo quedó demostrado que el GBT III presentó la mayor mortalidad por tumores malignos (40.8), en relación al GBT II (28.6); pensamos que esto guarda relación a que este grupo tiene mayor cantidad de habitantes. Otros autores coinciden con este aspecto.^{5,6,9,10}

La bronconeumonía predomina como la principal causa de muerte (48.5%), seguida por edema pulmonar (2.6 %) (Tabla 2). Se observa la alta incidencia que tienen los agentes infecciosos, ya que no es frecuente que el tumor maligno ocasione la muerte por sí mismo. Resultados similares registrados por otros autores coinciden con nosotros.^{9,11-14}

El 59.7 % de los fallecidos fueron necropsiados y el 40.3 %, no (Tabla 3). Existe correlación clínico-patológica en el 23.9% de los casos, por lo que se considera que el índice de correlación es bajo; esto se debe a que en muchos casos no se realizó necropsia por la no autorización de la familia debido a tabúes fundamentalmente. Otros autores en similares estudios encontraron

cifras muy superiores a la nuestra, mientras que otros coinciden con nuestros resultados.^{9,11,13,15-17}

La mayor cantidad de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) correspondieron a neoplasias de pulmón (2.1), mama (1,.) y cervicouterino (1.8) y las que menor cantidad: cáncer esofágico y hepatobiliar con tasa de 0.4 (Tabla 4).

Estas mismas neoplasias originaron la mayor parte de los años de vida laboralmente perdidos (AVLP), con 3.3, el cáncer de pulmón y 3 años percápita el de mama y cervicouterino, por igual.

En sentido general los tumores malignos estudiados ocasionaron pérdidas de 9.9 y 16.3 años de vida potencial y laboral, respectivamente. Otros autores informan resultados semejantes.^{5,6,9,16,18-20}

CONCLUSIONES

1. Existió una mayor letalidad por neoplasias de pulmón, hepatobiliar y linfomas.
2. La bronconeumonía como causa directa de muerte originó casi la mitad de las defunciones (48.5 %)
3. Existió una baja correlación clínico-necrópsica.
4. Las neoplasias pulmonares provocaron la mayor pérdida de años de vida potenciales y laborales.

RECOMENDACIONES

Continuar la realización de pesquisajes a toda la población, de manera que se puedan detectar en forma precoz los procesos malignos, para con tratamiento oportuno incrementar la calidad de vida de estos pacientes y disminuir los años de vida potenciales y laboralmente perdidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Claork WR, *et al.* Cancer: Clinical Assessment of Patients. New York. Oncol 2000; 1(4):9-14.
2. OPS. El progreso en la salud de la población mundial. Washigton, D.C. Organización Panamericana de la salud 2001:68.
3. Guibert Reyes W, Grau Abalo J, *et al.* Procesos psicosociales en la educación de la salud y en la prevención del cáncer. Rev Cub Med Gen Integr 2000; 16(2):186-93.
4. Revista Cubana de Medicina ISSN. Características generales de la mortalidad por tumores malignos .Vol 41 No.6 Ciudad Habana 2002.
5. Anuario Estadístico. MINSAP 2000.
6. Srautss GM, Mayo Lung Cohort. A regression analysis focusing on lung cancer incidence and mortality. Rev.J Clin Oncol 2002 apr; 20(8):1959.
7. Colangelo LA, Gapstur SM, Liv K. Mortality from esophageal cancer in selected countries, 1998. J Nation Cancer Inst 2002; 3(7):477.
8. Levi F, Luchivi F, Negri E, la Vicchia C. Cancer mortality in the European Union 1988-1997. The Fall Mary approach 80,000 deaths year. Int cancer 2002 apr; 98(4):636-7.
9. Castillo Ávila Y. Mortalidad por tumores malignos seleccionados. Policlínico "Mártires del 4 de Agosto". 1999-2000, TTR 2000.
10. Hallal AI. Evolucau da mortalidade por neoplasias malignas no Rio Grande do Sur. 1979-1995. Sao Paulo 2000; 80:17.
11. Mortalidad por tumores malignos en la policlínica El Salvador. Enero-diciembre 2000/López Faure. Guantánamo 2002.
12. Comportamiento de los tumores malignos en fallecidos necropsiados en el servicio de anatomía patológica/ Vásquez Molina S. Guantánamo 2002.
13. Tumores malignos en autopsias realizadas. Octubre 1993-diciembre 2002/ Velásquez Bello. Guantánamo 2002.
14. Broga PE, La Torre MD. Cancer. A comparative analysis of incidence, mortality and tendence in goinia (Brasil) and other countries. Cad Saude Publica 2002, jan-feb; 18(1);133-44.
15. Ron E, Carter R, Jablon S. Agreement between death certificate and autopsy diagnosis study. Epidemiology 2002; 1:16-22.

16. Koning HJ, Lien MK, Baan CA. Prostate cancer reduction by screening. *Int J Cancer* 2002, mar; 98(2):268-73.
17. Oliver S. Trends in prostate cancer mortality in England, Wales and the USA. *Lancet Oncol* 200, sep; 1(1):14.
18. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana. Editorial de ciencias medicas, La Habana 2000.
19. Perron L, *et al.* PSA screening and prostate cancer mortality. *CMAJ* 2002, mar; 166(5):586-91.
20. Wand H, Horvind S, *et al.* Does organized mamogram screening reduce breast cancer mortality? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002, jan; 122(2):211-3.

TABLA1. TASAS DE LETALIDAD POR TIPO DE TUMOR Y AÑOS.

TIPO DE TUMOR	2000		2001		2002		2003		2004	
	No.	TASA	No.	TASA	No.	TASA	No.	TASA	No.	TASA
Pulmón	7	41.1	6	40	8	66.6	8	72.7	13	65
Próstata	7	35	6	33.3	9	42.8	7	41.1	9	42.8
Mama	2	13.3	1	7.6	4	30.7	4	30.7	6	31.5
Cervicouterino	6	35.2	5	35.7	8	40.1	9	42.8	11	44
Esofágico	4	66.6	1	33.3	4	57.1	1	50	3	60
Hepatobiliar	1	14.2	4	66.6	3	100	3	100	5	83.3
Colon	3	33.3	3	50	3	60	2	50	6	66.6
Linfoma	3	60	3	100	2	66.6	2	66.6	3	75

TABLA 2. PRINCIPALES CAUSAS DIRECTAS DE MUERTE

CAUSAS	No.	%
Bronconeumonía	95	48.5
Tromboembolismo	44	22.4
Insuficiencia respiratoria	21	10.7
Septicemia	13	6.6
Choque	8	4.1
Edema Cerebral	10	5.1
Edema Pulmonar	5	2.6
TOTAL	196	100

TABLA 3. REALIZACION DE NECROPSIAS Y CORRELACION CLINICO-NECROPSICA

REALIZACIÓN Y CORRELACION	No.	%
Sin necropsia	79	40.3
Con necropsia	117	59.7
Con correlación	28	23.9
Sin correlación	64	54.7
Sin resultados	25	21.4

**TABLA 4. AÑOS DE VIDA POTENCIAL (AVPP)
Y LABORALMENTE PERDIDOS (AVLP).**

TIPO DE TUMOR	AVPP	AVLP
Pulmón	2.1	3.3
Próstata	0.9	1.5
Mama	1.9	3.0
Cervicouterino	1.8	3.0
Esofágico	0.4	0.8
Hepatobiliar	0.4	0.7
Colon	1.0	1.6
Linfoma	1.4	2.4
TOTAL	9.9	16.6