

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“DR. AGOSTINHO NETO”
PROVINCIA DE GUANTANAMO**

**TUMORES MALIGNOS.
EVALUACION DE LA CALIDAD DE LOS
DIAGNOSTICOS PRE MORTEM. 1993-1999.**

Dr. Alexis Fuentes Peláez¹, Dr. Eduardo Andalia Ricardo², Dr. José Hurtado de Mendoza Amat³, Dra. Josefa Jiménez Hernández⁴, Dra. Ivette Fulgueira Fernández⁵.

RESUMEN

Se realizó un estudio en el cual se procesaron 5359 necropsias realizadas de forma consecutiva en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” de Guantánamo, en el período comprendido desde el último trimestre de 1993 hasta diciembre de 1999, para valorar el comportamiento de los tumores malignos y la calidad de los diagnósticos pre mortem. Se utilizó para ello, el Sistema Automatizado de Registro y Control en Anatomía Patológica (SARCAP). Se hallaron 926 fallecidos con cáncer. El grupo de edad es con más afectados fue el de 65-74 años, con predominio del sexo masculino. Los tumores malignos de mayor incidencia fueron los de pulmón, próstata y cuello uterino. La bronco neumonía resultó ser la causa directa de muerte mas frecuente. Al evaluar la calidad del diagnóstico, el cáncer mostró una discrepancia de 11.5 % , y en sus causas directas el 35.5 %.

Palabras clave: NEOPLASMAS/ diagnóstico; NEOPLASMAS/ patología; NEOPLASMAS PRIMARIOS SECUNDARIOS/ diagnóstico.

INTRODUCCION

El cáncer constituye en la actualidad un amplio y complejo grupo de enfermedades que puede afectar a casi todas las especies biológicas desarrolladas, pero que tiene en

1 Especialista de I Grado en Anatomía Patológica.

2 Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Profesor Asistente, Facultad de Ciencias Médicas, Guantánamo.

3 Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular, Instituto Superior de Medicina Militar “Luis Díaz Soto”, Ciudad de la Habana.

4 Especialista de I Grado en Anatomía Patológica.

5 Especialista de I Grado en Anatomía Patológica.

el ser humano su expresión más dramática. Sus causas y mecanismos patogénicos son muy variados y afectan en todas las razas, sexos y edades.^{1,2}

La evolución natural de la enfermedad es de carácter progresivo, hasta terminar con la vida del paciente, y la única forma de combatirlo es mediante la labor preventiva, en los casos en que esto es posible, o por medio de un diagnóstico precoz, en que puede establecerse una terapia eficaz y curativa.³

En Cuba se considera un problema de salud nacional por ocupar la segunda causa de muerte del país, y el objetivo primordial de nuestro sistema de salud es prolongar en cantidad y calidad la vida del hombre; la muerte es su mayor fracaso, por lo que analizarla y aprender de ella debe convertirse en actividad sistemática, y la autopsia ha sido y seguirá siendo una fuente inagotable de nuevos conocimientos sobre el enfermo y la naturaleza exacta de la mayor parte de las enfermedades. Además, la evaluación de los datos aportados por las autopsias en relación con los diagnósticos efectuados en vida del paciente se convierte en un indicador de la calidad de la atención médica y fuente importante de retroalimentación.²⁻⁴

Teniendo en cuenta las posibilidades que brinda el Sistema Automatizado de Registro y Control en Anatomía Patológica (SARCAP)⁴, y ante el reto de conocer una enfermedad tan letal, se decidió realizar el presente trabajo en fallecidos con cáncer a quienes se les realizó necropsia, con el fin de responder a algunas interrogantes sobre las características generales, sus causas de muerte y discrepancias diagnósticas, para ponerlos en función de la vida.

METODO

Se realizó un estudio de los fallecidos necropsiados en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", de la provincia de Guantánamo, en el periodo comprendido desde noviembre de 1993 hasta diciembre de 1999, ambos inclusive.

De un total de 5359 necropsias, en 926 fueron diagnosticados tumores malignos como causa básica de muerte, lo que constituyó nuestro universo de estudio.

Se revisaron los datos finales de las necropsias codificadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS)/ 9 ed (CIE/9)⁵ y procesadas según el SARCAP, para analizar las siguientes variables: grupo de edades, sexo, topografía más exacta, completadas con los ejes topográficos y morfológicos del Sistema de Nomenclatura Médica del Colegio de Patólogos de los Estados Unidos (SNOMed).⁶

Se utilizaron los criterios de la OMS para causas de muerte, y se analizaron las causas básica y directa de muerte, las cuales se seleccionaron sobre la base de una

profunda correlación clínico-patológica, incluyendo, en ocasiones, algún trastorno funcional o alteración bioquímica como causa directa de muerte.⁵

Se precisaron las coincidencias en causa básica y directa de muerte. Se utilizaron los indicadores: *Total (T)*, *Parcial (P)*, *No coincidencia (N)* e *Insuficiente (I)*. Las coincidencias T se establecieron automáticamente al coincidir los diagnósticos pre mortem y post mortem; de modo similar se obtuvieron las I, cuando se utilizaron los códigos 7999C y 7999M que equivalen a "*Diagnóstico no precisado clínicamente*" y "*Diagnóstico no precisado morfológicamente*", respectivamente. Las coincidencias P ó N fueron establecidas por los patólogos que participaron en este trabajo.

La recolección de la información se realizó mediante un formulario, cuyos datos fueron introducidos en computadoras Pentium 3 marca ACER.

Para el análisis y discusión se compararon entre sí los resultados a partir de un marco teórico. Se revisó la literatura nacional y extranjera, para arribar a conclusiones.

RESULTADOS Y DISCUSION

En el período comprendido desde octubre de 1993 hasta diciembre de 1999, se realizaron en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", de la provincia de Guantánamo, 5359 necropsias, de las cuales 926 pertenecieron a fallecidos por tumores malignos (17.2%), los que ocupan el segundo lugar entre las principales causas de muerte, en coincidencia con la literatura revisada.^{7,8}

Se observó que la década de 65-74 años fue la de mayor número de casos. El 64,8 % tenía entre 55 y 84 años, el 10,9 % entre 85 y más de 95, y sólo el 24,2 % por debajo de los 54 años. El límite de edades varió entre 15 y 111 años, y el promedio de edad fue de 65 años. La proporción según sexo fue de 1:4 hombres por cada mujer, lo que supone el 54,4 % para el sexo masculino y el 40,6 % para el femenino, datos que concuerdan con lo informado por autores nacionales^{2,8} y extranjeros¹, lo que indica que, a pesar de ser Guantánamo una región con bajos niveles de desarrollo, los tumores malignos se comportan como ocurre en todos aquellos países donde las infecciones no ocupan este lugar preponderante, gracias a los programas del Sistema Nacional de Salud para la prevención de la enfermedades infecciosas con alcance para toda la población, que han hecho que predominen las enfermedades de más difícil prevención y control.

Al analizar las localizaciones del tumor primario en relación con el total de fallecidos (Tabla 1), se encontró que entre los diez primeros sitios de origen, el pulmón ocupó el primer lugar, con la cuarta parte de los casos, y la próstata como segunda causa de enfermar y morir por cáncer, en coincidencia con lo que plantean diversos autores.^{9,10}

Aspecto importante de este estudio fue observar el cuello uterino como tercera localización más frecuente, lo que se corresponde con lo planteado por Fuentes² y no así con los resultados expuestos por otros autores.^{7,8,11,12}

Se considera que la distribución geográfica de esta enfermedad está relacionada con algunos factores del medio ambiente y estilos de vida inadecuados, como: relaciones sexuales precoces, multiparidad, bajo niveles socioeconómicos y educativos, conductas sexuales promiscuas, tanto en la mujer como en el compañero sexual, según plantea Lence en su estudio⁸, así como su probable asociación con las infecciones por virus del papiloma humano (VPH) y el herpes virus tipo II, de alta incidencia en nuestro medio.¹³

Basados en estas premisas, los autores llaman a la reflexión sobre el efectivo cumplimiento del Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Cervicouterino desde el nivel de la atención primaria, por ser esta la localización que ofrece ventajas curativas respecto a otras formas de cáncer.

Otros sitios de origen de tumores malignos fueron el estómago, el páncreas y el colon, en orden decreciente de frecuencia, seguido por otras localizaciones que representan, de forma individual, el 3%, entre los que se encontró la mama femenina, como aspecto discordante con otros informes.⁷

Cuando se analizan las principales causas directas de muerte (Tabla 2), con el tumor maligno como la causa básica, se observa que las diez primeras causas de muerte representan el 89,8 % del total de los fallecidos, mientras que la bronconeumonía, el tromboembolismo pulmonar y el estadio terminal de enfermedad cancerosa representó, en orden de frecuencia, más de la mitad de los fallecidos, en los que la bronconeumonía, por sí sola, afectó a más de la tercera parte. Estos hallazgos fueron similares a los registrados por Fuentes y Montero.^{2,8}

El 10.2% restante comprendió otros trastornos que, agrupados, alcanzan este porcentaje, pero individualmente representan menos del 1%, por lo que no se consideró necesario relacionarlos a todos debido a que harían muy extenso el texto y su valor sería escaso.

Al tener en cuenta las coincidencias de las causas de muerte (Tabla 3) se observan los elevados porcentajes de discrepancias diagnósticas que se obtienen al evaluar cada caso individualmente, similares a la mayor parte de los trabajos realizados al respecto en el ámbito nacional^{2,3,8} y extranjero.¹⁴

Los valores de discrepancias diagnósticas fueron 87 casos (9.4%) y 206 (22.2%) para la causa básica y directa de muerte, respectivamente, valores que aumentaron al restar los casos insuficientes al 11.5% para la causa básica, y 35.5% para la causa directa. Es menester señalar que hubo 138 casos (14.9%) de coincidencia parcial para la causa básica de muerte; es decir, que se diagnosticó cáncer pero no se localizó el

tumor primitivo en el órgano exacto. Si se suman las coincidencias parciales y las no coincidencias, alcanzan el 24.3%. Esto puede explicar las cifras elevadas de otros autores que consideran como discrepancias todos los casos en que la coincidencia no es total.³

Con el análisis realizado y los resultados obtenidos se resalta la importancia del estudio multicausal que permite precisar las causas de muerte y conocer la real trascendencia de estos fenómenos.

Todo lo anterior lo expresan Veress y Alafuzoff⁴⁵ en un trabajo en el que muestran las tres funciones principales de la necropsia: La primera es brindar información para conocer la patogenia de las enfermedades; en segundo lugar, el estudio epidémico al prevenirnos acerca de la ocurrencia de la enfermedades y, en tercer lugar, revelar los errores diagnósticos que le sirvan al médico de asistencia para corregirlos en la práctica y llevar a cabo la labor preventiva y de tratamiento adecuado con los que pudieran salvarse o, al menos, prolongar numerosas vidas humanas.

CONCLUSIONES

- El grupo de edades mayormente representado fue el de 65-74 años, el cual eleva su incidencia en las del sexo masculino.
- Los tumores malignos de pulmón, próstata y del cuello uterino fueron los más frecuentes.
- La bronconeumonía resultó ser la principal causa directa de muerte.
- Existió menor porcentaje de discrepancia diagnóstica clínico-patológica para la causa básica de muerte, no así para la causa directa de muerte.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cotran RS, Kumar V, Collins T. Neoplasia. En: Patología Estructural y Funcional de Robbins. 6 ed. España: Mc Graw-Hill, Interamericana; 1999: 287-91.
2. Fuentes Peláez A. Tumores Malignos. Evaluación de la Calidad de los Diagnósticos Premortem. 1994-1996. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Trabajo para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Anatomía Patológica. Guantánamo; 1997.
3. Carriles Martínez-Pinillos R. Cáncer del Pulmón. Evaluación de la Calidad de los Diagnósticos Premortem en el Instituto Superior de Medicina Militar "Luis Daz Soto". Trabajo para

- optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Anatomía Patológica. Ciudad de la Habana; 1997.
4. Hurtado de Mendoza Amat J, Alvarez Santana R, Jiménez López A, Fernández Pérez LG. El SARCAP, Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica. *Rev Cub Med Milit* 1995; 24:123-30.
 5. OPS/OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. Novena Revisión. Washington DC; 1978.
 6. Cote R. Systematized Nomenclature of Medicine (SNOMed). 2 ed. Skokie: College of American Pathologists; 1979.
 7. MI NSAP. Informe Anual 1999. Datos estadísticos. La Habana. Cuba. 2000.
 8. Montero González T. Tumores Malignos en 1925 autopsias. I SMM "Luis Díaz Soto" 1962-1995. Trabajo presentado en el IV Congreso de Ciencias Morfológicas. Santiago de Cuba, 1997.
 9. Chávez Martínez FJ, Romero Pérez T, González Marinello S, Lence Anta JJ, Santos Martí T. Riesgo de Morir por Cáncer en Cuba. *Rev Cub Oncol* 1997; 13: 5-11.
 10. Martínez González J, Alemán Souz G, Veitia R, Fernández R, Ros JJ, Cordies Justin N. Mortalidad por Tumores Malignos. 1981-1985. Estudio necrópsico. Hospital Provincial Docente " Celia Sánchez Manduley", Manzanillo, Grama. *Rev Cub Oncol* 1987; 3(2): 168-174.
 11. Hurtado de Mendoza Amat J, Alvarez Santana R, Hurtado de Mendoza Fernández S, Puente Rodríguez M. Evaluación de la calidad de los diagnósticos de causa de muerte y morbilidad asociada en adultos cubanos fallecidos en 1994. XI Forum Nacional de Ciencias y Técnica. La Habana; 1996.
 12. Marinello Z. Nociones y reflexiones sobre el cáncer. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnica; 1983: 5-34.
 13. Lence Anta JJ, Fernández Garrote L, Lezcano M, Martín García A, Marinello S. El riesgo de enfermar y morir por cáncer en las diferentes provincias de Cuba. *Rev Cub Oncol* 1991; 7: 42-56.
 14. Britton M. Diagnostic errors discovered at autopsy. *Acta Med Scand* 1974; 196:1020.
 15. Veress B, Alafuzoff Y. A retrospective analysis of clinical diagnoses and autopsy findings in 3,042 cases during two different time periods. *Hum Pathol* 1994: 1405.

TABLA 1. PRINCIPALES LOCALIZACIONES PRIMARIAS.

LOCALIZACIONES PRIMARIAS	No.	%*
Pulmón	228	24.6
Próstata	89	9.6
Cuello uterino	64	6.9
Estómago	62	6.6
Páncreas	49	5.2
Colon	32	3.4
Linfomas	29	3.1
Mama femenina	29	3.1
Encéfalo	28	3.0
Hígado	28	3.0

** Porcentaje calculado a partir del total de fallecidos (N = 926).*

TABLA 2. PRINCIPALES CAUSAS DIRECTAS DE MUERTE.

ENFERMEDADES	No.	%*
Bronconeumonía	348	37.5
Tromboembolismo pulmonar	114	12.3
Estadio terminal de cáncer	104	11.2
Insuf. respiratoria aguda	98	10.5
Edema cerebral	56	6.0
Choque	42	4.5
Sepsis generalizada	25	2.7
Daño multiorgánico	17	1.8
Peritonitis	16	1.7
Edema pulmonar	15	1.6

** Porcentaje calculado a partir del total de fallecidos (N = 926).*

TABLA 3. COINCIDENCIAS DIAGNOSTICAS DE CAUSAS DE MUERTE.

COINCIDENCIA	CAUSAS DE MUERTE			
	BASICAS		DIRECTAS	
	No.	%	No.	%
Total	534	57.7	391	42.2
Parcial	138	14.9	18	1.9
No coincidencia	87	9.4 (11.5)*	206	22.2 (35.5)*
Insuficiente	167	18.0	311	33.6
Total de casos	926	100.0	926	100.0

** Discrepancias al restar los casos insuficientes para el análisis.*