

Medicent Electrón. 2018 jul.- sep.;22(3)

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

Incidencia de tumores malignos en el Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico «Cmdte. Manuel Fajardo Rivero»

Incidence of malignant tumors at "Comandante Manuel Fajardo Rivero" Clinico-Surgical University Hospital

Ygnacio Ygualada Correa, María Obdulia Benítez Pérez, Reinaldo Gómez Pacheco, Jorge Alain Victores Moya

Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: mobdulia@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio transversal de las 2 480 autopsias de la base de datos del Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico «Cmdte. Manuel Fajardo Rivero», entre los años 1991-2016, con el objetivo de determinar la incidencia de los tumores malignos y sus causas directas de muerte; 395 tenían diagnóstico de cáncer y en 276 historias clínicas esta enfermedad se diagnosticó como causa básica de muerte. Entre los resultados del estudio, se diagnosticaron 395 tumores malignos y 276 constituyeron la causa básica de muerte (69,8 %). Las edades estuvieron entre 17 y 99 años, con promedio de 71 años; los mayores de 65 años tuvieron una incidencia del 70,2 %. Los tumores malignos de pulmón y colon fueron más frecuentes en ambos sexos. La bronconeumonía fue la causa directa de muerte que predominó. La discrepancia diagnóstica fue de un 23,2 % y en sus causas directas de muerte del 27,5 %.

DeCS: neoplasias/epidemiología, causa básica de muerte.

ABSTRACT

A cross-sectional study of the 2 480 biopsies from the database of "Comandante Manuel Fajardo Rivero" Clinico-Surgical University Hospital was carried out between 1991 and 2016 with the objective of determining the incidence of malignant tumors and their direct causes of death; 395 had a diagnosis of cancer and in 276 clinical records this disease was diagnosed as basic cause of death. A number of 395 malignant tumors were diagnosed in this study, and 276 constituted the

basic cause of death (69.8 %). The age range was 17 to 99 years, being 71 the average age; people older than 65 years had an incidence of 70.2 %. Malignant colon and lung tumors were the most common in both sexes. Bronchopneumonia was the predominant direct cause of death. Diagnostic discrepancy was of 23.2 % and in its direct causes of death was 27.5 %.

DeCS: neoplasms/epidemiology, underlying cause of death.

El cáncer constituye la segunda causa de muerte en el mundo y ocasionó 8,8 millones de defunciones en el año 2015. Se plantea que uno de cada seis fallecimientos se debe a esta enfermedad y en países de ingresos medios y bajos se registran cerca del 70% de las muertes por cáncer.¹ Cada año se diagnostican 12,7 millones de nuevos pacientes con cáncer en el mundo y se prevé que, para el año 2030, esta cifra se elevará a 21,3 millones. Los pobladores de América Latina y la región del Caribe presentan un 60 % más de probabilidad de padecer esta enfermedad que los norteamericanos y europeos. Se estima que para el 2030 se diagnosticarán 1,7 millones de enfermos de cáncer y que se producirán más de un millón de muertes cada año en esta región.² El objetivo primordial de un 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 una actividad sistemática. La autopsia continúa siendo una fuente inagotable de conocimientos sobre las enfermedades. La evaluación de los diagnósticos efectuados en vida del paciente con los datos aportados por las autopsias se convierte en un indicador de calidad de la atención médica y una fuente importante de retroalimentación.³

En Cuba, el Dr. C. Hurtado de Mendoza ha investigado la mortalidad por tumores –basado en estudios de necropsias– y se destaca la investigación multicéntrica conocida como Sistema Automatizado de Registro y Control en Anatomía Patológica (SARCAP), con cerca de 100 000 necropsias, y la investigación Cáncer en Cuba. La evaluación de la calidad de los diagnósticos *premortem* según el SARCAP, representados por 51 instituciones de las 15 provincias del país y el municipio especial Isla de la Juventud, manifiesta el ascenso en la mortalidad por estas enfermedades y también las discrepancias y coincidencias diagnósticas, en las que sobresale el cáncer de páncreas con mayor discordancia clínico-patológica.¹

La incidencia de algunos tumores aumentó de forma progresiva en los últimos años, y se prevé un alza en las cifras, que reflejan el envejecimiento de la población, un aumento de los factores de riesgo acumulado y un descenso de los mecanismos de reparación celular, así como de las técnicas que son capaces de detectar la enfermedad en estadios iniciales.⁴

El empleo del SARCAP permitió la utilización de una base de datos de autopsias (BDA) que facilitó la realización de este trabajo, con el propósito de mostrar las características generales, las causas de muerte y discrepancias diagnósticas que se presentaron en los fallecidos por cáncer a los que se realizó autopsia.⁵ En Cuba, esta enfermedad se considera un problema de salud nacional y la segunda causa de muerte del país; al finalizar el año 2016 se registraron 24 303 fallecidos de ambos sexos y en la provincia de Villa Clara fue igualmente la segunda causa de muerte con 1 630 defunciones; según el Anuario Estadístico.⁶⁻⁸

Se realizó esta investigación con el objetivo de determinar la incidencia de los tumores malignos en el Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico «Cmdte. Manuel Fajardo Rivero», lo que contribuirá a un mayor conocimiento sobre la enfermedad oncológica en los pacientes atendidos en este centro hospitalario.

Se realizó un estudio transversal de las 2 480 autopsias existentes en la BDA del Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico «Cmdte. Manuel Fajardo Rivero», en el período comprendido entre los años 1991 al 2016, de las cuales; se extrajeron 395 con diagnóstico de cáncer. El estudio se realizó fundamentalmente con las 276 historias clínicas en las que el cáncer se diagnosticó como causa básica de muerte.

Se revisaron los datos finales de las autopsias, codificadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, 9na. revisión (CIE/9) (OPS/OMS, 1978) y los ejes topográficos y morfológicos del Sistema de Nomenclatura Médica del Colegio de Patólogos de los Estados Unidos (SNOMED), procesadas según el SARCAP. Se analizaron las variables: localización, grupo de edades, sexo, causas de muerte y calidad del diagnóstico *premortem* del

cáncer en general. Se utilizaron los criterios de la OMS (OPS/OMS, 1978), para causas de muerte, se analizó la causa básica (CBM), intermedia (CIM) y directa de muerte (CDM), seleccionadas de acuerdo con la correlación clínico-patológica.

Se precisaron las coincidencias en CBM y CDM y se tomó como válido el diagnóstico anatomopatológico. Se utilizaron los indicadores de coincidencia diagnóstica: Total (T), Parcial (P), No coincidencia (N) e Insuficiente (I). Las coincidencias T se establecieron automáticamente, en su mayor parte, al coincidir los diagnósticos *premortem* y *postmortem*; de modo similar se obtuvieron las I, cuando se utilizaron los códigos 7999C y 7999M equivalentes a «diagnóstico no precisado clínicamente» y «diagnóstico no precisado morfológicamente», respectivamente. Las coincidencias P y N fueron establecidas directamente por los autores en el transcurso de la investigación. Se tomó como criterio P cuando el diagnóstico coincidía en lo general y discrepaba en lo particular (ejemplo: diagnóstico clínico de cáncer de encéfalo y el diagnóstico morfológico resultó ser cáncer del pulmón) o de varios diagnósticos si se acertaba en uno, y cuando no hubo coincidencias se evaluó de N. Esta a su vez equivalía a la discrepancia diagnóstica. Los casos Insuficientes se excluyeron del análisis. Los porcentajes se obtuvieron de los casos realmente evaluados, una vez restados los casos Insuficientes.

Las 2 480 autopsias contenidas en la BDA del hospital comprenden desde el año 1991 hasta el 2016, de las cuales se diagnosticaron 395 tumores malignos que representan el 15,9 %; de ellos, 276 constituyeron la causa básica de muerte para un 69,8 % del total de tumores malignos diagnosticados y el 11,12 % del total de la BDA.

El rango de edades estuvo entre 17 y 99 años, con un promedio de 71 años; y en los mayores de 65 hubo mayor incidencia de los tumores malignos (70,2 %).

Los tumores malignos de pulmón, tráquea y bronquios fueron los más frecuentes, seguidos por los de colon y páncreas. Los de pulmón y colon resultaron ser los más frecuentes en ambos sexos. En tercer lugar, se identificaron los tumores de mama en el sexo femenino y en el masculino, los de próstata.

Las principales causas directas de muerte fueron la bronconeumonía, en primer lugar, seguida del daño múltiple de órganos (DMO) y el tromboembolismo pulmonar; completan las seis primeras causas directas de muerte la insuficiencia respiratoria aguda, el choque y el estadio terminal de enfermedad cancerosa.

Las discrepancias diagnósticas de los tumores malignos, como causa básica de muerte, fueron de 23,2 % por debajo de la media nacional, que es el 25 %, y para las enfermedades que constituyeron la causa directa de muerte fue de 27,5 %, por encima de la media nacional, pero dentro del rango permisible que es del 10 % al 40 % en Cuba.

A pesar de que el cáncer se considera entre las enfermedades con menores índices de discrepancias diagnósticas, hay aspectos a tener en cuenta: las discrepancias diagnósticas de sus CDM son tanto o más elevadas que las que se encuentran en trabajos de autopsias en general. Las discrepancias diagnósticas de CBM, el error diagnóstico del cáncer como tal o de su sitio de origen, alcanzan cifras iguales o mayores en los tumores malignos de páncreas, estómago y pulmón. Finalmente, es necesario resaltar la importancia del estudio multicausal, pues permite precisar las causas de muerte y conocer la real trascendencia de estos procesos, para facilitar una mejor atención a estos pacientes, no solo al tratar de prevenir el cáncer, sino también sus posibles complicaciones, lo que permitiría ganar tiempo en la lucha por la vida. Estos resultados reafirman el papel de la autopsia como el estudio más completo del enfermo y la enfermedad, lo que contribuye, además, a garantizar la calidad del trabajo médico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses en el presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vega Jiménez J. La correlación clinicopatológica como indicador de calidad en la atención al paciente con cáncer. Rev Finlay [internet]. 2017 dic. [citado 21 dic. 2017];7(4):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/543>
2. Caballero García J, Cruz García O, Morales Pérez I, Pérez La O P, Hernández Díaz Z, Salazar Rodríguez S. Características clínico-patológicas y de neuroimagen de las metástasis encefálicas. Rev Cubana Neurol Neurocir [internet]. 2015 [citado 16 ene. 2018];5(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4790479.pdf>
3. Fuentes Peláez A, Andalia Ricardo E, Hurtado de Mendoza Amat J, Jiménez Hernández J, Fulgueira Fernández I. Tumores Malignos. Evaluación de la calidad de los diagnósticos pre mortem. 1993-1999. Rev Inform Cient [internet]. 2002 [citado 16 ene. 2018];34(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1628/3038>
4. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España 2016 [internet]. España: SEOM; 14 ene. 2016 [citado 16 ene. 2018]. Disponible en: http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESP_2016.pdf
5. 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 Milit. 1995;24:123-30.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2016. Mortalidad [internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2017 [citado 16 ene. 2018]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Estad%C3%ADstico_de_Salud_e_2016_edici%C3%B3n_2017.pdf
7. Ballesteros I, Limardo L, Abriata G. Vigilancia epidemiológica del cáncer. Análisis de Situación de Salud por Cáncer. Argentina, 2016 [internet]. Argentina: Instituto Nacional del Cáncer; 21 dic. 2016 [citado 16 ene. 2018]. Disponible en: <http://docplayer.es/55639758-Vigilancia-epidemiologica-del-cancer.html>
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer (4 de febrero). Comunicado de prensa Núm. 61/18 [internet]. Aguascalientes: INEGI; 2 feb. 2018 [citado 5 mar. 2018]. Disponible en: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018_Nal.pdf

Recibido: 19 de febrero de 2018

Aprobado: 30 de abril de 2018

Ygnacio Ygualada Correa. Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: mobdulia@infomed.sld.cu