

Evolución de la mortalidad por cáncer gástrico en el adulto mayor Cuba 1987-2015

Evolution of mortality due to gastric cancer in the elderly. Cuba. 1987-2015

Donelia Gámez Sánchez*, Odeite Dueñas Moreira, Karen Alfonso Saguet, Patricia Varona Pérez, Dianellys Pérez Jiménez y Beatriz Corona Miranda

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana. Cuba.
*donelia@inhem.sld.cu

Artículo original
Recibido: 14-03-2018
Aceptado: 23-08-2018

Resumen

El cáncer gástrico afecta principalmente a las personas de edad avanzada. Con el objetivo de caracterizar la evolución de la mortalidad por cáncer gástrico en el adulto mayor en Cuba durante los años 1987-2015, según variables sociodemográficas seleccionadas, se realizó un estudio ecológico de series temporales. El universo estuvo conformado por 16713 fallecidos mayores de 60 años en Cuba, cuya causa de muerte registrada en el certificado de defunción fue el cáncer gástrico. Se analizaron tasas anuales crudas y ajustadas por grupos de edad y sexo. Predominó el sexo masculino con 62,3 % y el grupo de edad de 70-79 años con 37,1 %, mayor frecuencia de morir en hombre 1,6:1. El 38,6 % de los fallecidos tenía color de la piel blanca, más frecuente en el sexo masculino. Fue evidente que a la hora de la muerte predominó la condición de fallecidos sin parejas estables en 57,4 %. Las tasas de mortalidad ajustadas por grupos de edad aumentan después de la octava década de la vida. La evolución de la mortalidad por cáncer gástrico durante los últimos 28 años muestra una tendencia ascendente a predominio del sexo masculino, se hace necesario diseñar e implementar programas de detección precoz que vayan dirigidos a la disminución de la mortalidad en los adultos mayores.

Palabras clave: Cáncer gástrico, adulto mayor, tasa de mortalidad, tasa bruta de mortalidad y tasa ajustada de mortalidad.

Abstract

Gastric cancer affects mainly the elderly. Objective: to characterize the evolution of mortality due to gastric cancer in the elderly. Cuba 1987-2015 according to selected sociodemographic variables. Method: ecological study of time series. Universe: 16713 deaths in the country over 60 years whose basic cause of death recorded in the death certificate was gastric cancer. Crude annual rates adjusted for age and sex groups were analyzed. Results: male sex predominated with 62.3 % and the age group of 70-79 years with 37.1 %, higher frequency of death in male 1.6: 1. 38.6 % of the deceased had white

skin color, more frequent in the male sex. It was evident that at the time of death the condition of deceased without stable partners predominated in 57.4 %. Mortality rates adjusted for age groups increase after the eighth decade of life. Conclusion: the evolution of mortality from gastric cancer during the last 28 years shows an ascending tendency to predominance of the male sex, it is necessary to design and implement early detection programs that are aimed at reducing mortality in the elderly.

Keywords: Gastric cancer, older adult, mortality rate, crude and adjusted rates.

Introducción

Una de las causas más frecuente de muerte en el mundo es el cáncer gástrico, el cual presenta una incidencia variable en los distintos países y regiones del planeta. La más alta incidencia de cáncer de estómago es registrada en Japón, América del Sur y Europa del Este con cifras de alrededor de 85/100 000 habitantes. En contraste, las áreas de baja incidencia como Estados Unidos, Israel y Kuwait según reportes en esos países, oscilan entre ocho y diez casos por 100 000 habitantes¹⁻².

El aumento en la esperanza de vida de la población en general puede considerarse como un éxito en el ámbito científico. Sin embargo, este aumento en la longevidad viene acompañado de retos para las políticas públicas, estas deben ser evaluadas y rediseñadas, ya que dibuja cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad que modifican los servicios sociales y de salud. El aumento del porcentaje de personas mayores es cada vez más significativo en los países de la región. Se estima que hacia 2050 las personas de la tercera edad representarán aproximadamente el 24 % de la población, de tal manera que una de cada cuatro personas tendrá 60 años o más³.

En el mundo, la edad promedio de los afectados por cáncer gástrico oscila entre 60 y 70 años, afectando principalmente a las personas de edad avanzada. Al momento del diagnóstico, la edad promedio de las personas es de 69 años. Alrededor de 6 de cada 10 personas diagnosticadas con cáncer de estómago cada año tienen 65 años o más⁴⁻⁷.

Los tumores malignos en Cuba ocupan el segundo lugar en el cuadro de mortalidad general reportando 24.303 defunciones en el año 2016 para una tasa de mortalidad de 216,3/100.000 habitantes contra 24.333 en el año 2015 y tasa de 216,8/10.000 habitantes, incrementándose en 0,1 %. En el año 2016 ocurrieron 889 decesos para una tasa de 7,9/100.000 habitantes similar a la del 2015. De ellos, 521 fallecidos pertenecían al sexo masculino y tuvieron un riesgo de morir de 9,3/100.000 habitantes (aportan el 58,6 % del total de los fallecidos) y 368 al sexo femenino con una tasa de 6,5/100.000 habitantes y un (41,4 %), la razón de tasas entre hombres y mujeres fue 1,4. En el sexo masculino el cáncer gástrico ocupó la octava causa de muerte según reporte de la mortalidad por localización y sexo del anuario estadístico, incrementándose las tasas en el sexo masculino a partir de los mayores de 60 años, de 34,6/100.000 habitantes hasta 71,3/100.000 habitantes en los mayores de 80 años⁸.

Basados en las últimas estadísticas sobre la incidencia del cáncer gástrico y sus tasas de mortalidad en el mundo, las cuales van en ascenso, y teniendo en cuenta que nuestra pirámide poblacional tiene tendencia al envejecimiento, siendo en estas edades donde

mayor frecuencia de aparición se presenta esta enfermedad, fue el motivo de hacer esta investigación para buscar urgentemente estrategias eficaces de prevención e intervención para disminuir la incidencia. El objetivo de la investigación ha sido caracterizar la evolución de la mortalidad por cáncer gástrico en el adulto mayor en Cuba desde 1987 al 2015 según variables sociodemográficas seleccionadas.

Metodología

Se realizó un estudio ecológico de series temporales para caracterizar la evolución de la mortalidad por cáncer gástrico en adultos mayores de 60 años durante el período 1987 al 2015. El universo de estudio conformado por 16.713 fallecidos del país, cuya causa básica de muerte referida en el certificado de defunción fue cáncer gástrico.

Las fuentes de información fueron las bases de datos estadísticos nacionales de mortalidad por cáncer gástrico, según la novena y décima Clasificación Internacional de Enfermedades⁹⁻¹⁰, de la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticos de Salud del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) de la República de Cuba. Los datos de las poblaciones y sus estimados para realizar los cálculos estadísticos fueron obtenidos en la Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI), y la población que se tomó para estandarizar las tasas fue la correspondiente al Censo de Población y Vivienda del año 2012.

Los datos se procesaron de forma automatizada, se elaboró una base de datos en el paquete de programas *Microsoft Office Excel*. El ajuste de las tasas se realizó por edad y se empleó el método directo. Se calcularon porcentajes, tasas brutas y ajustadas, tasas proporcionales por sexo, así como tasas de mortalidad específicas por años, grupos de edad, sexo, color de la piel, estado civil y ocupación por 100.000 habitantes.

Resultados y discusión

La Organización Mundial de la Salud señala que el cáncer gástrico es una de las neoplasias más frecuentes en el mundo contemporáneo¹. En la casuística se analizó un total de 16.713 adultos mayores fallecidos por cáncer gástrico, con tasa bruta de 36,6/100.000 habitantes. En Cuba el 46,7 % (16.713) de los fallecidos por cáncer gástrico corresponden a los adultos mayores de 60 años. En los sujetos de estudio predominó el sexo masculino con 62,3 % y el grupo de edad de 70-79 años con 37,1 %, seguido del grupo de 80 y más años con 32,9 %. Siendo la relación hombre mujer de 1,6:1.

En todos los períodos de estudios, la tasa de mortalidad por sexo para el cáncer de estómago muestra que los hombres fueron quienes más muertes presentaron, las féminas en todos los años analizados mostraron tasas inferiores. La relación hombre mujer es consistente con los estudios revisados, tal como el que se reporta en Chile donde encuentran una relación hombre mujer 2,6:1 y Colombia una relación de 1,5:1^{11,12}. El predominio de los mayores de 70 años coincide con el estudio de Crespo Ramírez y col.,¹³ que encontraron que el 25 % estaban en estos grupos de edad.

En cuanto al sexo, el cáncer gástrico tiende a afectar más al sexo masculino, con una proporción dos veces más frecuente en hombres que en mujeres, se podría explicar en parte por el hecho de que los hombres están más expuestos a factores ambientales nocivos, ya sean ocupacionales o sus estilos de vida (mascar tabaco, el consumo de alcohol, dieta), y porque poseen mayor masa corporal hepática. En tejidos gástricos normales femeninos se ha encontrado mayor actividad de las enzimas detoxificadoras, esto confiere a las mujeres mayor capacidad de eliminar toxinas¹⁴.

El 38,6 % de los fallecidos tenía color de la piel blanca, más frecuente en el sexo masculino (Tabla1). En cuanto al estado civil, fue evidente que a la hora de la muerte predominó la condición de fallecidos sin parejas estables en 57,4 %, para el sexo masculino, pues las féminas con parejas estables estuvieron representadas en el 52,3 %.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores fallecidos por cáncer gástrico. Cuba 1987-2015.

Características	Masculino		Femenino		Total	
	N°	Por ciento	N°	Por ciento	N°	Porcentaje
Edad						
60 a 69	3241	64,7	1770	35,3	5011	30,0
70-79	4009	64,7	2188	35,3	6197	37,1
80 y más	3163	57,5	2342	42,5	5505	32,9
Total	10413	62,3	6300	37,7	16713	100,0
Color de la piel*						
Blanca	2103	39,3	1287	37,5	3390	38,6
Negra	613	11,5	391	11,4	1004	11,4
Mestiza	564	10,5	361	10,5	925	10,5
Ignorada	2069	38,7	1390	40,5	3459	39,4
Estado civil*						
Con pareja estable	2047	35,4	1937	52,3	3984	42
Sin pareja estable	3316	57,4	1331	35,9	4647	49
Ignorado	418	7,2	435	11,7	853	9
Ocupación						
Desocupados	2	0,0	0	0	2	0,0
Jubilados/pensionad	8819	84,7	2312	36,7	11131	66,6
Qh del hogar	4	0,0	3680	58,4	3684	22,0
Otras situac.	47	0,5	4	0,1	51	0,3
Discapacitados	18	0,2	5	0,1	23	0,1
NDEL	547	5,3	205	3,3	752	4,5
Dirigentes	43	0,4	4	0,1	47	0,3
CfcosilIntelect.	60	0,6	10	0,2	70	0,4
Prof/Técn NM	17	0,2	12	0,2	29	0,2
Empleados oficina	11	0,1	5	0,1	16	0,1
Trab servicios	72	0,7	31	0,5	103	0,6
Agric/pesc	534	5,1	14	0,2	548	3,3
Otros OC	128	1,2	5	0,1	133	0,8
Operario	32	0,3	1	0,0	33	0,2
Trab no calif	78	0,7	12	0,2	90	0,5
Ignorado	1	0,0			1	0,0

Nota: Los porcentajes se calcularon del total de filas.

* La variable color de la piel solo está recogida para los años 2001-2009

Los resultados obtenidos en este estudio con relación al estado civil con pareja inestable difieren del estudio realizado por Bustamante¹² en Medellín, quien encontró predominio del estado civil casado seguido de la viudez 41 % y 37,4 %, respectivamente.

En cuanto a la ocupación el 84,7 % de los fallecidos del sexo masculino estaban jubilados, sin embargo, el 58,4 % de las fallecidas estaban vinculadas a los quehaceres domésticos. El 3,3 % de los fallecidos eran agricultores. En los últimos 28 años, la tasa bruta de mortalidad refleja que por 100.000 habitantes mayores de 60 años mueren 47 hombres y 26 mujeres; los fallecidos del sexo masculino duplican la tasa de las féminas pues fallecen por cada 100.000 habitantes más de 40 hombres (Figura 1 y 2).

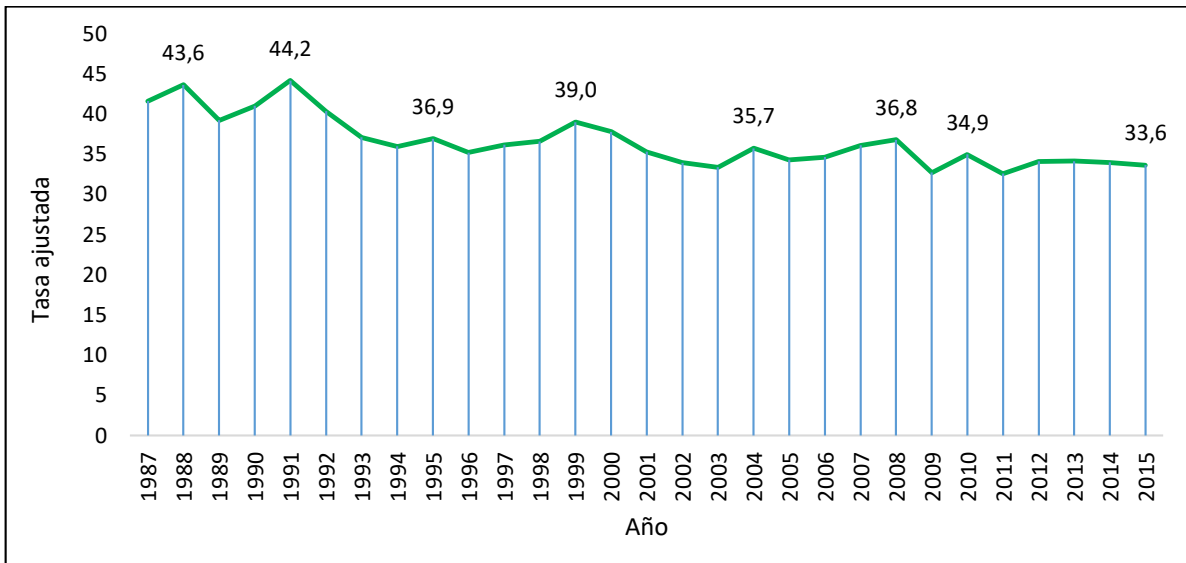


Figura 1. Tasa bruta de mortalidad en adultos mayores de 60 años. Cuba, 1987-2015.

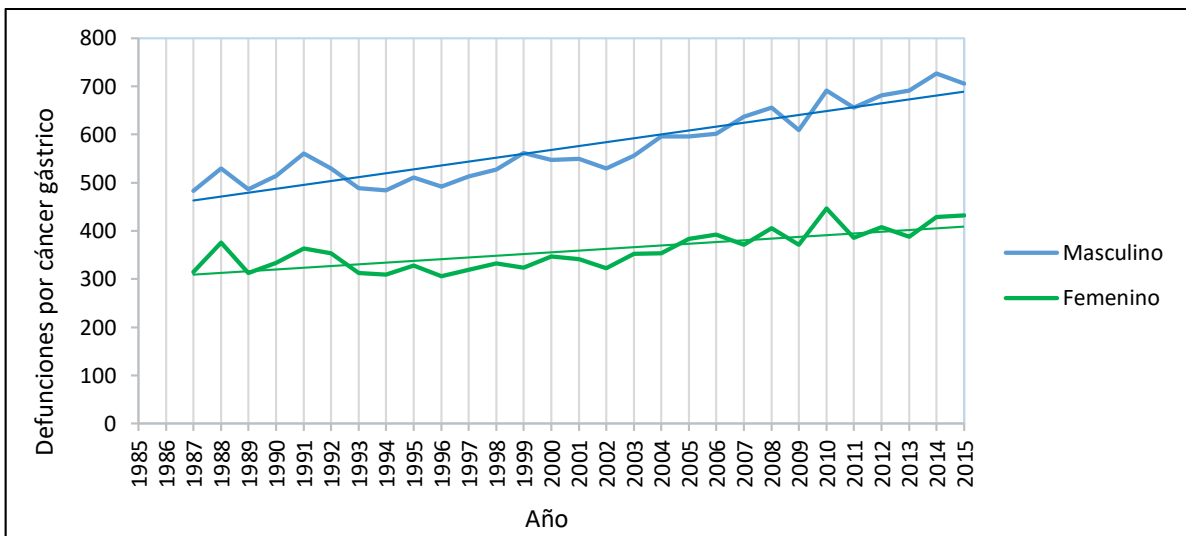


Figura 2. Defunciones por cáncer gástrico en los mayores de 60 años por sexo y edad.

Las tasas de mortalidad ajustadas por grupos de edad aumentan después de la octava década de la vida (Figura 3). A medida que aumenta la edad fallecen más ancianos con cáncer gástrico. La evolución de la mortalidad fue ascendente para el periodo estudiado; la tasa bruta mostró una tendencia al incremento en el último decenio, alcanzó el nivel más alto en el año 2007 (74,2 defunciones por 100.000 habitantes) para los mayores de 80 años. El promedio de fallecidos en los 28 años analizados fue 576,3. La tendencia a fallecer por cáncer gástrico en los últimos 15 años es ascendente para ambos sexos, aunque predomina el sexo masculino. Los incrementos de las defunciones por cáncer gástrico en Cuba en los adultos mayores de 60 años han aumentado en el período de estudio, paralelo con el incremento de este grupo poblacional. Una edad avanzada no es un riesgo para desarrollar una neoplasia maligna, pero es evidente que en esta edad hay una mayor exposición a factores vulnerables y una acumulación a lo largo de la vida que puede incrementar el padecimiento de cáncer.

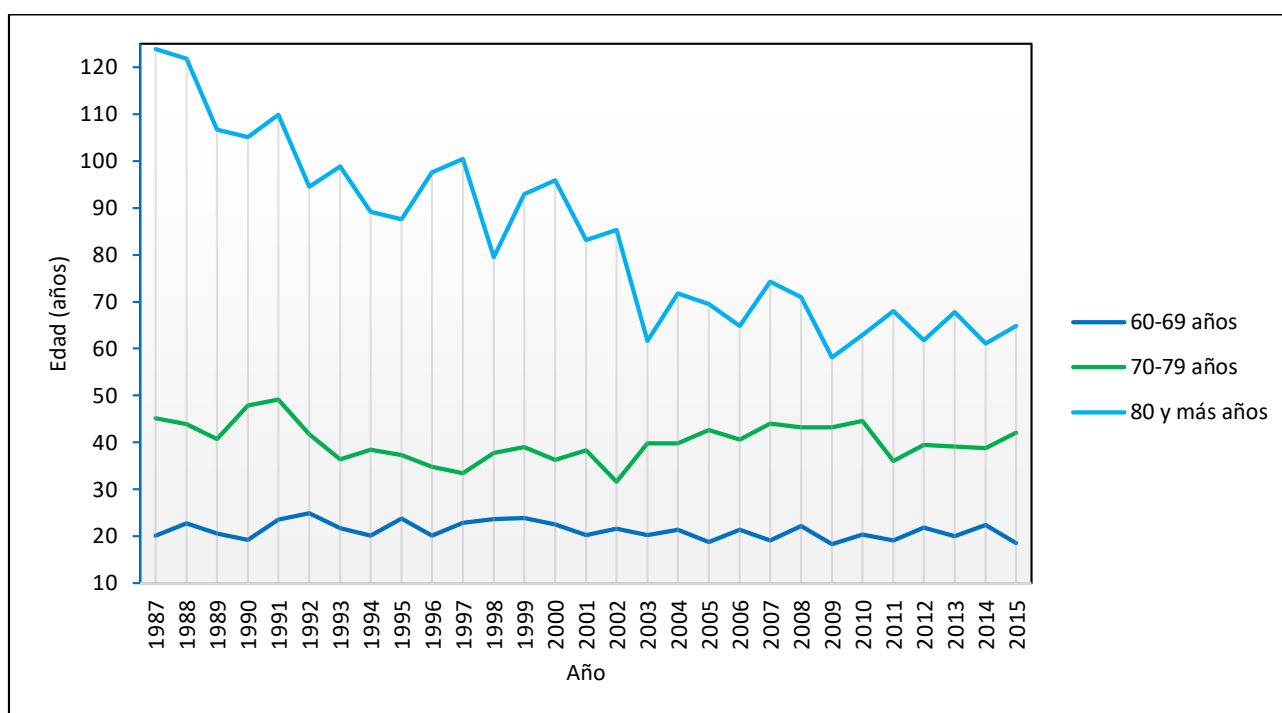


Figura 3. Tasa ajustada de mortalidad por grupos etarios.

En el quinquenio 1988 al 1991 las tasas brutas de mortalidad en los adultos mayores de 80 años triplicaban las tasas de los fallecidos cuyas edades tenían entre 60 y 79 años, pues se reportaron por cada 100.000 habitantes más de 100 ancianos mayores de 80 años fallecidos. Se duplican las tasas brutas de mortalidad en los mayores de 70 años al compararlas con las tasas de los adultos comprendidos entre 60-69 años de edad. En el trienio 2012-2015 las tasas superan los 55 fallecidos por 100.000 habitantes por año a expensas del mayor de 80 años. El riesgo de morir por cáncer gástrico en el sexo femenino decreció en 4,3 % en el año 2015 al compararlo con el año 1987. La tasa bruta de mortalidad en el mayor de 80 años mostró momentos importantes ya que en el año 2010 superan los 60 fallecidos por 100.000 habitantes, cifra muy superior a las tasas reportadas para los grupos de edad entre 60 y 79 años, sin embargo, existió una reducción significativa al comparar las tasas de los años 1990 con las tasas de defunción después del año 2000, existiendo una marcada reducción de 16,7 % en este último decenio.

En Cuba, las defunciones por cáncer gástrico han aumentado en el período de estudio, al pasar de 483 fallecidos en el 1987 a 706 en el año 2015; las muertes de los mayores de 60 años por esta patología se incrementaron en 31,5 %. Para evaluar el riesgo de desarrollar un cáncer gástrico en los diferentes países, se emplea la cifra de *Age Standardized Incidence Rate*, que cataloga una región de alto riesgo cuando la tasa de mortalidad por cáncer gástrico es mayor de 20/100.000 habitantes, riesgo intermedio cuando está entre 10-20/100.000 habitantes, y de riesgo bajo cuando la tasa de mortalidad es menor de 10/100.000 habitantes⁹.

Por los resultados encontrados en este estudio sobre la mortalidad por cáncer gástrico en el adulto mayor de 60 años, Cuba se clasifica como riesgo alto reportando tasa bruta de 33,6/100.000 habitantes. Con todo lo revisado ¿Se podrá prevenir el cáncer de estómago? Se puede afirmar que no existe una manera segura de prevenir el cáncer de estómago, sin embargo, hay medidas que se pueden tomar y que podrían reducir el riesgo de padecerlo: Tipo de alimentación, nutrición, peso corporal y actividad física. La Sociedad Americana Contra el Cáncer¹⁵⁻¹⁷ recomienda comer alimentos saludables, enfatizando en aquéllos de fuente vegetal. Esto incluye comer al menos una cantidad de frutas y verduras equivalente a 2½ tazas todos los días. Escoger panes, pastas y cereales de granos enteros (productos integrales) en lugar de granos refinados, así como comer pescado, aves o habas en lugar de carnes rojas y procesadas puede que también sea útil para reducir el riesgo de cáncer gástrico.

Conclusiones

La evolución de la mortalidad por cáncer gástrico en los adultos mayores de 60 años, en Cuba durante los últimos 28 años, muestra una tendencia ascendente, predominando el sexo masculino, por lo cual es necesario diseñar e implementar programas de detección precoz que vayan dirigidos al control de la mortalidad en el adulto mayor.

Referencias bibliográficas

1. Chávez Vega R. Tumores benignos y malignos de estómago y duodeno. En: Paniagua Esteves ME, Piñol Jiménez FN. Tumores benignos y malignos de estómago, Gastroenterología y hepatología clínica. La Habana: Ciencias Médicas; 2015:968-92. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v21n5/rpr08517.pdf>
2. Guggenheim DE, Shah MA. Gastric cancer epidemiology and risk factors. J Surg Oncol [Internet]. 2013 [citado 23 Dic 2016]; 107(3):230-6. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jso.23262/full>
3. Cáncer gástrico: América Latina, zona de riesgo. OPS. 2015
4. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Gastric Cancer. 2013; (2). Accessed at: www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/gastric.pdf on April 24, 2014.
5. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2016. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2016.
6. American Joint Committee on Cancer. Stomach Cancer. In: AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer; 2010: 117–121.

7. Pérez Rodríguez S, Rodríguez Rubinos R, González Hernández A, Álvarez Delgado M. Caracterización del cáncer gástrico en pacientes del municipio Caimito. RevCub de Med Militar. 2012;41(2):143-150 <http://scielo.sld.cu>
8. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2016. La Habana: ONE; 2017.
9. Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión, Modificación Clínica (CIE - 9 – MC) [Internet]. [citado 2 julio 2014]. Disponible en: <http://www.iasist.com/es/recursos/glosario/clasificacion-internacional-de-enfermedades-9-revision-modificacion-clinica-cie-9->
10. Clasificación Internacional de Enfermedades. Med Ciclopedia. 21. Caídas y accidentes diversos W00-X59.] [Internet]. [Citado 9 julio 2014]. Disponible en: http://www.igb.es/patologia/e20_015.htm
11. Sánchez R Hugo, Albala B Cecilia, Lera M Lydia. Años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP) en adultos del Gran Santiago: ¿Hemos ganado con equidad?. Rev. méd. Chile [Internet]. 2005 Mayo [citado Nov 23 2017] ; 133(5):575-582. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000500010&lng=es.
12. Daza Duque DE. Cáncer gástrico en Colombia entre 2000 y 2009. Universidad del Rosario–Rev Univ CES Bogotá. 2012:23-4.
13. Crespo Ramírez E, González Pérez S, López Vásquez N, Pagarizabal Núñez S. Cáncer gástrico en pacientes atendidos en servicio de endoscopia digestiva. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2017 Oct [citado 2018 Feb 18] ; 21(5): 46-53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000500008&lng=es.
14. Bustamante LM, Marín SJ, Cardona D. Mortalidad por cáncer: segunda causa de muerte del adulto mayor en Medellín, 2002-2006. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(1): 17-25. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a03.pdf>
15. Congreso SCB. Cuba Salud 2018. El diagnóstico temprano del cáncer es posible y salva vidas. OMS. 2017 Disponible en <http://www.granma.cu/todo-salud/2017-02-03/el-diagnostico-temprano-del-cancer-es-posible-y-salva-vidas>.
16. Rodríguez Montero F. Cáncer gástrico, diagnóstico y manejo. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica [Internet]. 2014 [citado 23 Dic 2016]; 73(610):339-42. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=51298>
17. Reina Alfonso BE, Lebroc PérezD, Massip Ramírez M. Comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer gástrico en el Departamento de Gastroenterología del Hospital Provincial de Ciego de Ávila. MEDICIEGO[Internet].2011[citado23Dic 2016];17(2): Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17-02-2011/art>