

## Tasas de Supervivencia del cáncer en Cuba - 1982

Lic. MARGARITA GRAUPERA BOSCHMONAR<sup>1</sup>; Dr. JUAN J. LENCE ANTA<sup>2</sup>; Dra. CARMEN L. CÁCERES DÍAZ<sup>3</sup>; Lic. MARÍA ELENA ABASCAL RUIZ<sup>4</sup>; Lic. MARGARITA CHACÓN ROGER<sup>5</sup>

### Resumen

*Tanto el diagnóstico del cáncer como su terapéutica están determinados en alto grado por la especialización oncológica del centro hospitalario. En un análisis de supervivencia poblacional de los casos de cáncer reportados al Registro Nacional de Cáncer de Cuba en 1982 se compararon las tasas de supervivencia a cinco años con las reportadas internacionalmente encontrándose que el cáncer de mama y de cuello de útero presentaban cifras inferiores en un 15 y 24%, respectivamente. Se analizaron las curvas de supervivencia por etapas y total de estas dos localizaciones encontrándose diferencias estadísticamente significativas en relación a la especialización oncológica. Las tasas de ambas localizaciones obtenidas por las pacientes tratadas en hospitales oncológicos resultaron de 62% para el cáncer de mama y de 50% para el de cuello de útero, siendo comparables con las cifras internacionales.*

**Palabras claves:** Cáncer / Supervivencia / Diagnostico / Tratamiento

### Introducción

Las tasas de supervivencia poblacional son representativas del patrón general de supervivencia del cáncer en una región o país [1] lo que, teóricamente al menos, permite la posibilidad de evaluar la cobertura de atención médica del cáncer en dichas regiones [2,3].

Un análisis de supervivencia realizado en base a datos tomados del Registro Nacional de Cáncer de Cuba (RNC) es de gran utilidad para la estrategia de vigilancia epidemiológica del Programa Nacional de Control del Cáncer de Cuba brindando información tanto respecto a la precocidad del diagnóstico, como a la efectividad terapéutica [4].

La detección de una enfermedad maligna en un paciente no la realiza frecuentemente un especialista en cáncer, ya que esta es usualmente realizada por el médico de familia, un internista, un ginecólogo o un cirujano general. Al presentar el paciente síntomas que no son obvios, lo cual ocurre con frecuencia, la detección temprana requiere del médico un amplio conocimiento sobre oncología. La velocidad con que se establece el diagnóstico es crítica para el pronóstico de la enfermedad. Una vez detectada la presencia de la neoplasia debe realizarse un diagnóstico histopatológico exacto seguido de un estadiamiento cuidadoso, de forma que el médico pueda definir una estrategia terapéutica adecuada [5]. En todo este proceso también son requisitos indispensables un dominio de la especialidad

oncológica y el tener acceso a las técnicas adecuadas.

Por todo lo expuesto es que, en este artículo, al presentar algunos de los resultados del análisis de supervivencia poblacional de los casos reportados al RNC en el año 1982, se avalúa entre otros aspectos la eficacia de la atención médica oncológica en los hospitales oncológicos vs hospitales no oncológicos en base a las tasas de supervivencia.

### Materiales y Metodos

Se utilizaron como datos primarios los correspondientes a los casos de cáncer de las principales localizaciones en cuanto a incidencia en Cuba en el último decenio (pulmón, mama, cuello de útero, próstata y colon), reportados al RNC en 1982.

La información de supervivencia se derivó de las estadísticas de mortalidad y se completó mediante la actualización del estatus vital hasta julio de 1989 de los casos aparentemente no fallecidos a través de un seguimiento activo basado en una coordinación con la Dirección Nacional del Carné de Identidad y Registro de Población de Cuba.

Fueron eliminados del estudio los datos de: Los casos registrados "solo por certificado de defunción" (DCO) (42%), por no poseer una fecha de diagnóstico, y los perdidos del seguimiento (12%), por no conocerse su fecha de última noticia.

Se calcularon las tasas de supervivencia observadas o crudas [3], considerando como fallecidos todos los casos que murieron independientemente de

1 Investigadora Auxiliar. Registro Nacional Cáncer de Cuba

2 Especialista 1º grado en Bioestadísticas. Programa Nacional de Control del Cáncer de Cuba.

3 Especialista de 2º grado en Oncología. Sec. Programa Nacional de Control del Cáncer de Cuba.

4 Investigadora Agregada. Programa Nacional de Control de Cáncer de Cuba.

5 Licenciada en Enfermería. Programa Nacional de Control del Cáncer de Cuba.

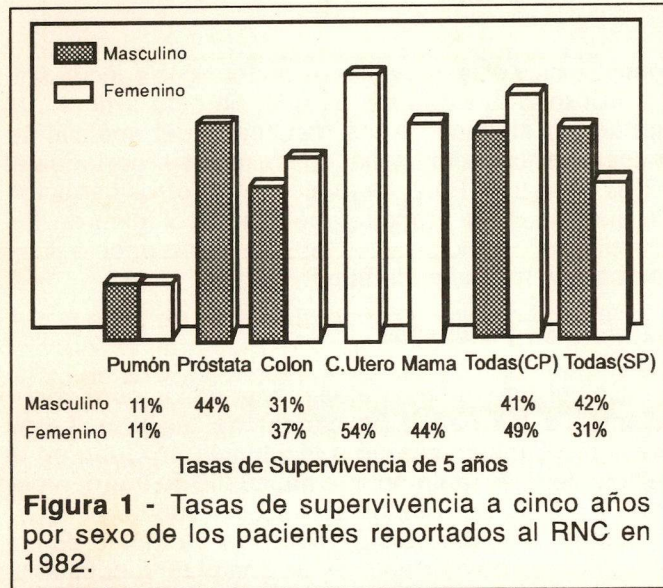
la causa.

La confirmación histológica se valoró como factor pronóstico y como indicador de la calidad de la atención médica oncológica. Esta última se evalúa comparando curvas de supervivencia por etapas y total. El análisis de supervivencia se realizó por computación utilizando el Método del Producto Límite o de Kaplan-Meier y la comparación de las curvas por el de Log-Rank, que incluye los índices de Wilcoxon y de Mantel Haezel [6].

De las localizaciones estudiadas se presentan en este reporte algunas de las principales en cuanto a incidencia, en Cuba en el último decenio: pulmón, mama, cuello de útero, colon, próstata.

**Resultados**

Los resultados de las tasas de supervivencia a cinco años por sexo para las localizaciones estudiadas, se presentan en la Figura 1.



También se calcularon las tasas según la confirmación histológica, para esas cinco localizaciones. En la Tabla I se muestran las cifras obtenidas y se observa como las tasas correspondientes a los casos sin confirmación histológica son inferiores excepto para el cáncer cérvico uterino en que ambas cifras se igualan. Respecto a los porcentajes por localización de casos sin diagnósticos histológico, encontramos que el cáncer de pulmón es el que presenta una cifra superior siendo el de cuello de útero el menor (5%).

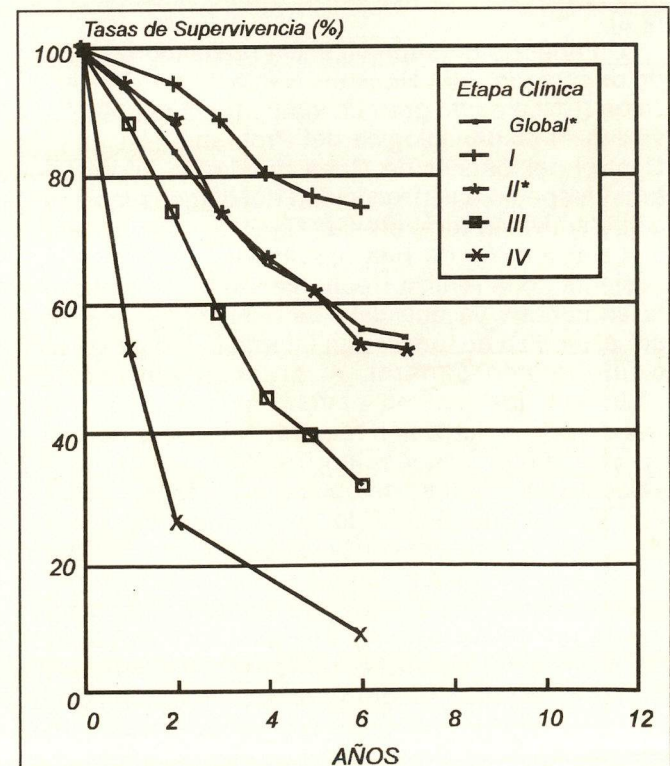
Además, se analizaron las curvas de supervivencia en relación a la especialización oncológica de los hospitales en los que fueron tratados los pacientes para los cánceres de mama y de cuello de útero (Figura 2-5). En primer lugar se compararon las curvas de supervivencia para los casos de cáncer de mama (Figura 2 y 3), encontrándose cifras inferiores para los hospitales no oncológicos (HNO). Solo se hallaron diferencias estadísticamente significativas (conf. 90%) entre las curvas de supervivencia correspondientes

al estadio II, con tasas a cinco años de 52% para los HNO y 62% para los hospitales oncológicos. También se encontró una diferencia estadísticamente significativa (conf. 99%) entre las curvas del cáncer global de mama con tasas a cinco años de 48% para los HNO y 62% para los HO. Es de señalar, que los hospitales especializados presentan un porcentaje de etapas tempranas de 76%, muy superior a los no especializados, que presentaron la cifra de 59%.

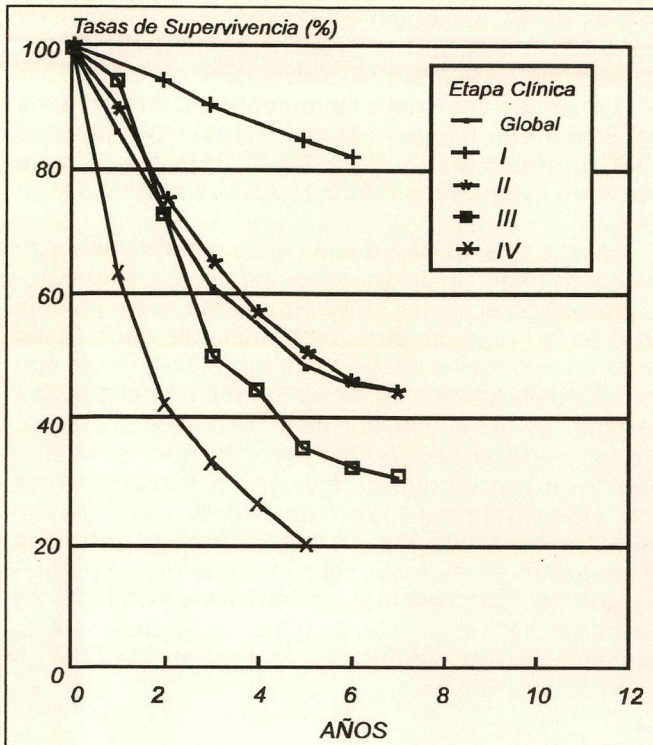
**Tabla I** – Tasas de Supervivencia a cinco años según diagnostico histologico

Localización	Histología			
	Si		No	
	Frec (%)	T. Sup (%)	Frec (%)	T. Sup (%)
Pulmón	26	14	74	10
Próstata	74	46	26	40
Colon	63	42	37	21
Mama	91	55	9	44
C. Utero	95	44	5	44

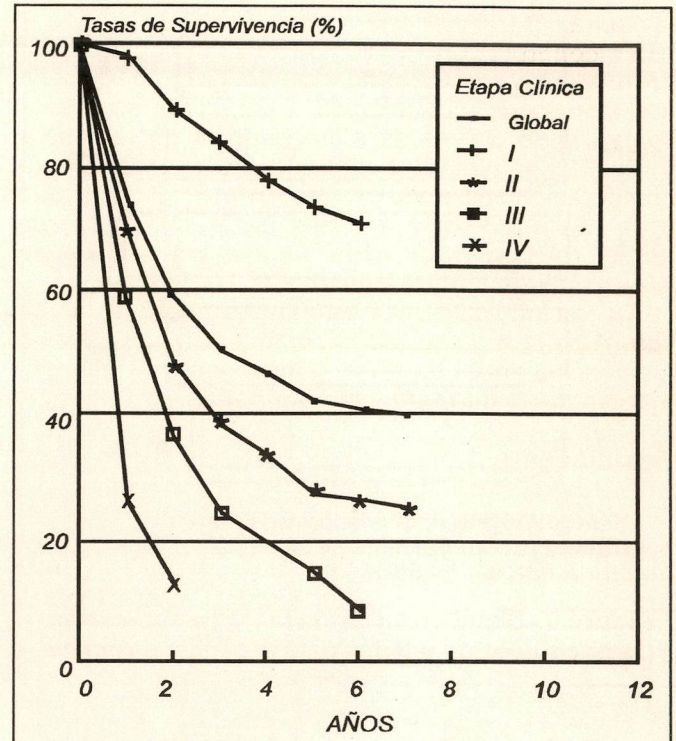
Frec: Frecuencia  
T. Sup: Tasa de Supervivencia



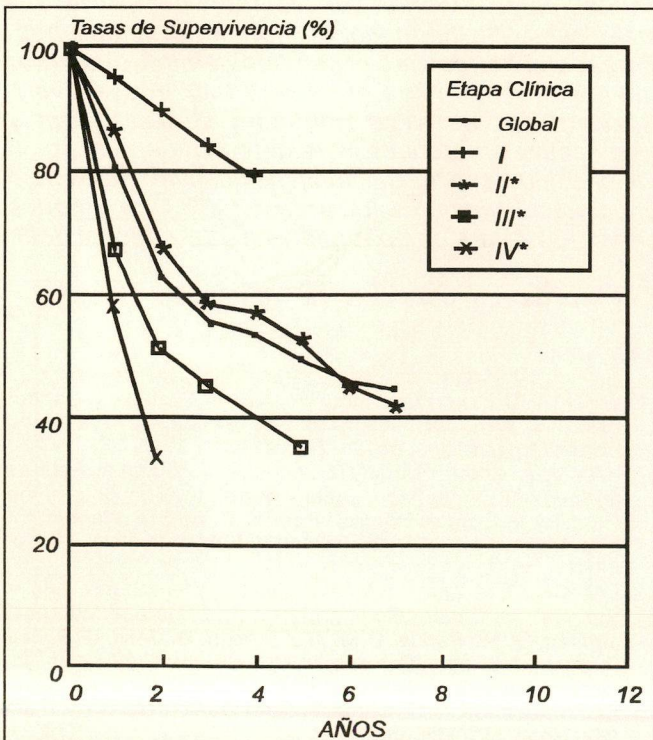
\* Diferencia estadísticamente signific.



**Figura 3** - Curvas de supervivencia de casos de cáncer de mama tratados en hospitales oncológicos de Cuba.



**Figura 5** - Curvas de supervivencia de casos de cáncer de cuello de útero tratados en hospitales oncológicos de Cuba.



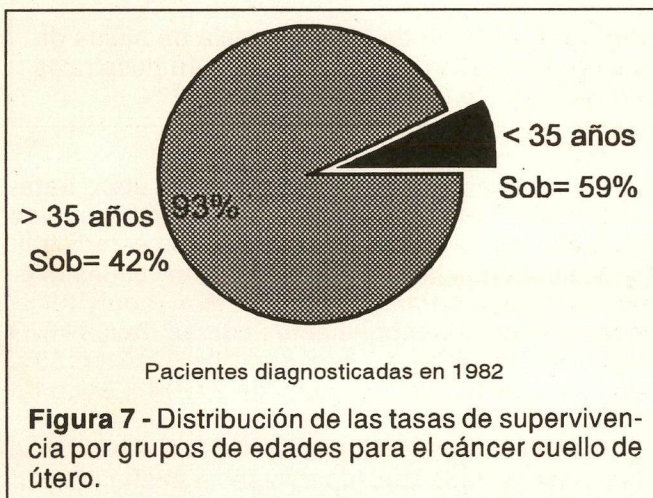
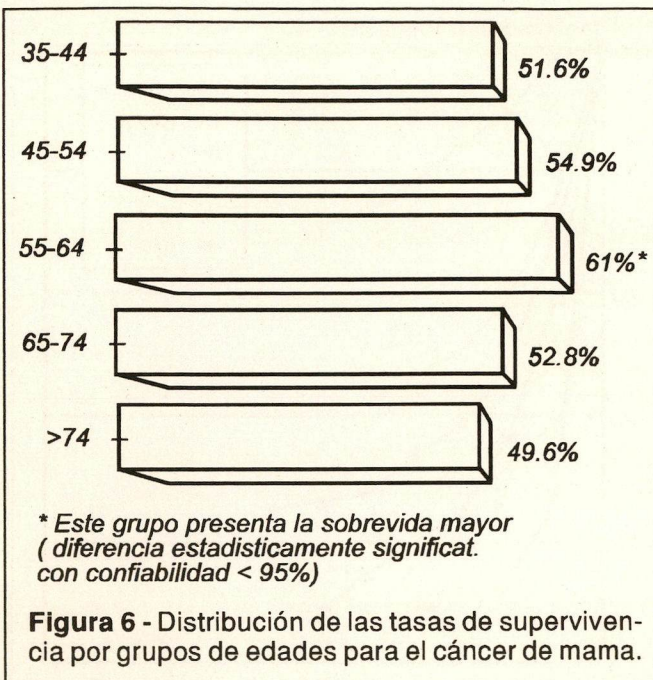
**Figura 4** - Curvas de supervivencia de casos de cáncer de cuello de útero tratados en hospitales oncológicos de Cuba.

Para los casos de cáncer de cuello de útero tratados en los HO, en la figura 4 se muestran las curvas de supervivencia y se ven señalados los estadios II, III y IV, en los que la especialización implica una diferencia estadísticamente significativa (conf. 99%) respecto a las correspondientes curvas de los HNO (Figura 5) con cifras a cinco años de 53, 36 y 33% respectivamente para los HO y de 27, 14 y 9% para los HNO.

Para estas localizaciones se realizó además un análisis de las tasas de supervivencia según los grupos de edad. Se encontró para el cáncer de mama una distribución de tasas que se muestra en la Figura 6, resaltando la tasa correspondiente al grupo etáreo de 55 a 64 años. Para el cáncer cérvico uterino se analizaron los grupos de mujeres menores y mayores de 35 años y la distribución encontrada se presenta en la Figura 7 en la cual se observa un peor pronóstico para el segundo grupo.

**Discusión**

En general, las tasas de supervivencia en la población de Cuba son comparables con las cifras publicadas tanto en América del Norte [7, 8, 9] como en Europa [10, 11, 12, 13], excepto para mamas y cuello de útero que son sustancialmente inferiores a la media internacional en un 15 y 24% respectivamente. Estas diferencias pueden ser debidas a deficiencias en la calidad tanto del diagnóstico precoz como de los



tratamientos empleados. En Cuba en 1986, se creó el Programa Nacional de Control del Cáncer que engloba, entre otros, a los subprogramas de detección precoz de estos tipos de cáncer; también se viene realizando una labor de elevación del nivel de especialización oncológica en los HNO.

La necesidad de esto último se puede apreciar en la comparación de curvas de supervivencia (Figuras 2-5) según la especialización oncológica donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas que señalan una superioridad, tanto diagnóstica como terapéutica, en los HO. Las tasas de supervivencia a cinco años correspondientes a estos hospitales sí son comparables a las internacionales, en especial para el cáncer de mama, este presenta un valor de 62%, igual al del Registro de Vaud, Suiza (1974-1980) [11] y comparable con el de Puerto Rico (1980-1985) [9],

que es de 61% y el del Surveillance, Epidemiology and End Results (S.E.E.R / E.U. 19173-1979) [8] con un valor de 64%. Para el cáncer cérvico uterino los HO presentan una tasa de supervivencia a cinco años del 50% que es igual a la del Estudio Longitudinal (OPCS / Reino Unido, 1971-1983) [11] y comparable con la de Puerto Rico (1980-1985) que resultó ser de 54%.

En cuanto a las diferencias en la supervivencia de los casos según el diagnóstico histológico, la literatura plantea [2] el mismo comportamiento que se refleja en la tabla I para nuestros resultados, es decir, tasas superiores para los casos con confirmación histológica. La posible inclusión de pacientes no cancerosos carentes de un diagnóstico histológico pudiera elevar las tasas de supervivencia, pero lo que realmente parece ocurrir es que se incluyan a menudo casos con enfermedades más avanzadas o que hayan recibido cuidados insatisfactorios causando una disminución en estas. En el cáncer de cuello de útero, además de presentar un muy bajo porcentaje de casos sin confirmación histológica, no se observa esta situación, probablemente por la confiabilidad del diagnóstico citológico.

## Summary

*The oncological specialization of a hospital is of importance for the quality of diagnosis and therapy. A survival analysis of data from cancer cases incident in 1982 at the Cancer Registry of Cuba was made and the comparison of survival rates per sex for the major sites with international figures was established. Breast and uterine cervix cancers had in Cuba lower rates with differences of 15 and 24% respectively. Survival curves were analysed and statistically significant differences were detected depending on the oncologic specialization of the hospital. Rates from oncological hospitals for breast (62%) and uterine cervix (50%) are comparable with international data.*

**Key words:** cancer / survival / diagnosis / therapy

## Bibliografía

1. WHO/IARC Expert Committee on Cancer Statistics. Cancer Statistics. WHO Technical Report Series 632, Geneva, World Health Organization, pp. 24-26, 1979.
2. HANAI, A. and I. FUJIMOTO. Chapter 7. Survival Rate as an Index in Evaluating Cancer Control. In: The Role of the Registry in Cancer Control. Parkin, D. and C. Wagner, C. Eds. Lyon, France. IARC Scientific Publication No. 66, pp. 87-105, 1985.
3. PARKIN, D. M. and T. HAKULINEN. Chapter 12. Analysis of Survival. In: Cancer Registration: Principles and Methods. Jensen, O. M.; Parkin, D.M.; Mc. Leman, R.; Muir, C. S. and R. Skeet, Eds. Lyon France. IARC Scientific Publication No. 95, pp. 159-176, 1991.
4. NCI. - Appendix A. Use of Models for Cancer Mortality in the Year 2000. NCI Monographs 1988; (2):59-67.
5. HALLER, D. G. and J. H. GLICK. Therapeutic Decision-making in Patients with Cancer. In: Concepts in Cancer Medicine. Kahn, S. B.; Love, R. R.; Sherman, C. and Chakravorty, R. Eds. Grune and Stratton, New York, pp. 289-302, 1983.
6. PROPERT, K. J. and C. R. PALMER. An Introduction to Sta-

- tistical Inference. *Advances in Oncology* 1989; 5(2):2-16.
7. ALBERTA CANCER BOARD. Incidence, Survival and Distribution of Cancer in Alberta. 1964-1988. Alberta Cancer Registry, Coronet Printing Ltd. Alberta, Canada. 1990.
  8. YOUNG J. L.; GLOECKLER-RIES, L. and E. S. POLLACK. Cancer Patient Survival among Ethnic Groups in the United States. *J. National Cancer Institute* 1984; 73:341-352.
  9. REGISTRO CENTRAL DE CANCER DO PUERTO RICO. Cáncer en Puerto Rico. Library Congress Catalog Published Data, Puerto Rico. pp. 135-142, 1988.
  10. FRENCH NATIONAL FEDERATION OF COMPREHENSIVE CANCER CENTERS. Results and Analysis of Survival. Permanent Cancer Survey 1975-1981. Doin Eds. Paris. France, 1987.
  11. LEVI, F.; MEZZANOTTE, G.; TE, V. C. and C. La Vecchia. Cancer Survival from the Incident Cases of the Registry of Vaud, Switzerland. *Tumori* 1989; 75:83-89.
  12. KOGEVINAS, E. Sociodemographic Differences in Cancer Survival. The OPCS Longitudinal Study 1971-1983. Doctoral Thesis. university College, London, pp.47-58, 1989.
  13. HAKULINEN, T. A comparison of Nationwide Cancer Survival Statistics in Finland and Norway. *World Health stat. Q.* 1983; 36:35-46.