

TRABAJO ORIGINAL

Factores de riesgo de neoplasias prioritarias en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo

DR. MG. VÍCTOR SOTO-CÁCERES¹, LIC. MG. ELIZABETH NECIOSUP-PUICAN², DR. CARLOS ASCURRA-REVILLA³

RESUMEN

Objetivos. Determinar los factores asociados a las neoplasias prioritarias en red asistencial Lambayeque Essalud. **Métodos.** Diseño de casos y controles. Se tomaron los casos confirmados de las cuatro neoplasias prioritarias: cáncer de mama, cuello uterino, próstata y estómago. Quedaron finalmente como tamaño de muestra de casos: 25, cáncer de próstata, 38 cáncer de cuello uterino, 62 cáncer de mama y 30 cáncer de estómago. Se tomó un control por cada caso con características similares de edad y sexo. **Resultados.** En cáncer de cuello uterino hubo asociación con: antecedente familiar de cáncer, OR 3,59; raza hispana, OR 3,48; grado de instrucción, OR 3,1. En cáncer de mama: quistes de mama, OR 4,78 y antecedente familiar, OR 2,41. En cáncer de estómago: consumo de carnes rojas ahumadas, OR 12,43; consumo de licor, OR 8,11; consumo de tabaco, OR 6,0 y consumo de alimentos condimentados, OR 3,45. En cáncer de próstata solo antecedente familiar, OR 4,85. **Conclusiones.** El antecedente familiar de cáncer es factor de riesgo presente en tres de las cuatro neoplasias estudiadas. El consumo de carnes rojas ahumadas y licor estuvieron asociados a cáncer de estómago y antecedente de quistes mamarios con cáncer de mama.

Palabras clave: Factores de riesgo, Neoplasias, Seguridad social.

ABSTRACT

Objectives. To determine factors associated with tumors affecting the priority neoplastic diseases in Lambayeque network welfare Essalud. **Methods.** We used the analytical design of cases and controls. It took all of the four cases identified as priorities in Essalud malignancies: breast cancer, cervix, prostate and stomach confirmed in the two years preceding the survey, finally sample size of cases were: 25 prostate, cervix 38, 62 breast and 30 stomach. It took a control in each case with similar age and sex. **Results.** In cervical cancer was obtained by association: family cancer OR = 3,59; race Hispanic OR = 3,48; education OR = 3,11. In breast cancer: breast cysts OR = 4,78 and family history OR = 2,41. Stomach cancer: consumption of red meat and smoked OR = 12,43; liquor consumption OR = 8,11; snuff consumption OR = 6,0 and spicy food consumption OR = 3,45. In prostate cancer the only factor was family history OR = 4,85. **Conclusions.** The family history of cancer is a risk factor in three of the four tumors studied. The consumption of smoked meat and liquor were associated with stomach cancer and a history of breast cysts with breast cancer.

Keywords: risk factors, neoplastic, social security

Red Asistencial Lambayeque

1. Médico Epidemiólogo, Ex Jefe Oficina Inteligencia Sanitaria
2. Enfermera Vigilante de Cáncer Institucional. Oficina Inteligencia Sanitaria
3. Médico General

Financiación recibida por: capacitación EsSalud

Correspondencia a Dr. Mg. Víctor Soto Cáceres: vicsoca@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En la Red Asistencial Lambayeque de la seguridad social, cuyo hospital base es el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA), se consideraron como neoplasias prioritarias el cáncer de cuello uterino, de mama, de próstata y de estómago según indicaciones del nivel central.

Para poder dirigir nuestros esfuerzos a la prevención debemos precisar los factores de riesgo de estas neoplasias por lo que nos planteamos el siguiente problema científico:

¿Cuáles son los principales factores de riesgo de neoplasias prioritarias en la red asistencial Lambayeque de Essalud en el 2007?

Objetivos

- Determinar los factores asociados a las principales neoplasias que afectan a la población asegurada del departamento de Lambayeque en el 2007.
- Determinar los factores de riesgo de cáncer de próstata en la población masculina de la RAL.
- Determinar los factores de riesgo de cáncer de cuello uterino y Mama en la población femenina de la RAL.
- Determinar los factores de riesgo de cáncer de estómago en la población adulta de la RAL.

Antecedentes

La mortalidad proporcional por cáncer se ha elevado en todos los países. En América Latina y el Caribe, los cánceres más frecuentes son de cuello uterino, estómago, orofaringe, esófago, mama, pulmón, hígado y colon-recto, y linfomas y leucemias.⁽¹⁾

La Comisión Técnica del cáncer de Essalud, en el 2006, refiere que varios de los principales factores de riesgo evitables presentan una elevada prevalencia en los estudios iniciales en la población general a nivel nacional. En ellos se señala una proporción importante de tabaquismo en las mujeres y de la dieta 'chatarra' en los adolescentes.⁽²⁾

Minsa informa que según estratos de pobreza para el estrato I constituye la primera causa de muerte y para el estrato V la tercera causa, siendo las neoplasias malignas más frecuentes en el hombre: estómago, próstata y pulmón y en las mujeres: útero, mama y estómago⁽³⁾.

León Álvarez, en Cajamarca, encontró que en hombres las localizaciones de cáncer más frecuentes son estómago, próstata y ganglios linfáticos. En mujeres, en cuello uterino y mama⁽⁴⁾.

La OMS considera entre otros factores de riesgo, que el consumo de tabaco es la causa de cáncer más fácilmente prevenible en todo el mundo. Además del cáncer de pulmón, el consumo de tabaco provoca tumores de laringe, páncreas, riñón, vejiga⁽⁵⁾.

A nivel mundial, los casos más frecuentes de cáncer en varones son de pulmón, estómago, próstata, colon/recto e hígado; y en mujeres, de mama, cuello uterino, colon/recto, pulmón y estómago.⁽⁶⁾ En América Latina, en los últimos años, las tasas de mortalidad por cáncer han sido muy elevadas, con un mayor riesgo de mortalidad el varón.⁽⁷⁾ En el Perú, ha habido un aumento de la incidencia de estadios avanzados de las neoplasias.⁽⁸⁾

Se estima que alrededor del 43% de las defunciones por cáncer se deben al consumo de tabaco, la alimentación malsana, el consumo de alcohol, el sedentarismo y las infecciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuantitativo, prospectivo, observacional.

Los casos son los pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer y residente en el departamento de Lambayeque, y los controles, las personas o pacientes que no tienen cáncer, pareados por edad y sexo.

Población y muestra

Se tomó la totalidad de casos de las cuatro neoplasias prioritarias para Essalud (cáncer de mama, cuello uterino, próstata y estómago) confirmadas en los años 2006 y 2007 y se tomó un control con las características similares de edad (más menos 5 años) y sexo.

Por razones de fallecimiento o cambio de domicilio quedaron finalmente como tamaño de muestra: 25 casos Ca de próstata, 38 casos de Ca de cuello uterino, 62 casos de Ca de mama y 30 casos de Ca de estómago.

Recolección de datos

A través del Servicio de Anatomía Patológica del HNAAA se obtuvo la información de los casos nuevos diagnosticados.

Se utilizó como instrumento una encuesta, tipo entrevista, validada previa a su ejecución, a través de un estudio piloto aplicado en 30 historias clínicas, por un encuestador profesional de salud (médico y enfermera), previamente capacitados, tanto a los casos como los controles, además de una ficha epidemiológica, la que fue llenada con apoyo de la historia clínica.

La búsqueda del paciente (caso) se realizó en su residencia o en el hospital, los controles fueron ubicados en forma apareada de sexo y edad en consulta externa u hospitalización del HNAAA.

Para salvaguardar el aspecto ético de nuestros pacientes se utilizó un consentimiento informado firmado.

Análisis estadístico y tabulación

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 13.0 para Windows.

Se utilizó primero la prueba de ji cuadrado para establecer asociación de variables, a los factores que se encontraron asociados se aplicó *odds ratio* (OR) para enfoque de riesgo.

RESULTADOS

Los principales factores asociados a cáncer de cérvix fueron el antecedente en familiares en primer grado de algún tipo de cáncer (OR = 3,59), la raza hispana (OR = 3,48) y un bajo grado de instrucción (OR = 3,11). Tabla 1.

Los factores de riesgo significativo asociados a cáncer de mama fueron el antecedente en las pacientes de quistes mamaros benignos (OR = 4,78) y el antecedente de algún tipo de cáncer en la familia (OR = 2,41). Tabla 2.

Tabla 1. Factores asociados a cáncer de cérvix. Red Asistencial Lambayeque Essalud

Factor de riesgo	Ji cuadrado	P	Odds ratio	Intervalo de confianza
• Antecedente familiar de cáncer	6,09	0,01	3,59	1,14-11,63
• Raza hispana	5,23	0,02	3,48	1,05-11,9
• Grado de instrucción	5,51	0,01	3,11	1,07-9,18
• Alto número de hijos	4,83	0,002	3,04	1,0-9,4
• Relación sexual precoz	4,39	0,03	2,68	0,95-11,63

Tabla 2. Factores asociados a cáncer de mama Red Asistencial Lambayeque Essalud

Factor de riesgo	Ji cuadrado	P	Odds ratio	Intervalo de confianza
• Quistes de mama	10,65	0,001	4,78	1,63-14,64
• Antecedente familiar de cáncer	5,63	0,01	2,41	1,09-5,39
• Consumo de tabaco	4,21	0,04	3,78	0,89-18,4

Los factores de riesgo significativo asociados a cáncer gástrico fueron el alto consumo de carnes rojas ahumadas (OR = 12,43), la alta ingesta de alimentos condimentados (OR = 3,45), el elevado consumo de licor (OR = 8,11) y el alto consumo de tabaco (OR = 6). Tabla 3.

El único factor significativo asociado con el cáncer de próstata fue el antecedente familiar de algún tipo de cáncer (OR = 4,87).

DISCUSIÓN

Se han considerado como factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino: el inicio de relaciones sexuales menor de 18 años, compañeros sexuales múltiples, parejas con múltiples compañeras sexuales.⁽⁹⁾ Se ha considerado estadísticamente otros factores de riesgo local, como la anticoncepción con hormonas orales.⁽¹⁰⁾

Estos datos difieren de los encontrados en nuestro estudio en el que los principales factores fueron:

- La raza hispana (OR=3,48), lo que difiere con datos donde se ha visto que existe mayor incidencia en la raza negra, los factores raciales y fundamentalmente culturales, explican una baja incidencia de cáncer de cérvix en mujeres judías y alta incidencia en la raza negra americana e hispana⁽¹¹⁾.
- El antecedente en familiares en primer grado de algún tipo de cáncer (OR = 3,59) esto podría deberse a que las mujeres con ciertos detalles genéticos son menos capaces de combatir el VPH comparado con otras⁽¹²⁾.
- Un bajo grado de instrucción como factor (OR = 3,11) que se corrobora con otros estudios, donde se evidenció que a mayor grado de instrucción había más probabilidad de

tener mayor nivel de conocimiento y una actitud favorable frente al cáncer de cérvix y que la escolaridad de las mujeres puede considerarse un elemento decisivo para determinar grupos de riesgo con respecto a este cáncer^(13,14).

Se encontró otros factores que son estadísticamente significativos, pero que los intervalos de confianza de su OR no permiten afirmar una asociación causal con la enfermedad, siendo estos la edad precoz de inicio de relaciones sexuales (menores de 19 años), el alto número de hijos y el uso de anticonceptivos orales.

Respecto al cáncer de mama nuestro estudio ha considerado como factor de riesgo significativo el antecedente en las pacientes de quistes mamaros benignos (OR = 4,78). El antecedente de enfermedad mamaria benigna es factor asociado para cáncer de mama y varía según sus características histológicas: es mayor en las formas proliferativas y más aún si hay atipia⁽¹⁵⁾, en un estudio en Lima se detectó que un 8,10% de pacientes con cáncer tuvieron el antecedente de patología mamaria personal benigna.⁽¹⁶⁾

Otro factor significativamente estadístico es el antecedente de algún tipo de cáncer en la familia (OR = 2,41). Al factor genético se le atribuye ser responsable de aproximadamente 5-10% de todos los carcinomas de mama.⁽¹⁷⁾

Otros factores estudiados pero que no tuvieron asociación significativa para cáncer de mama fueron: tipo de raza, nivel socioeconómico, antecedente de cáncer de mama, edad precoz de menarquia, ausencia de lactancia, consumo de licor, terapia de reemplazo hormonal o uso de anticonceptivos orales cómo si lo fueron en el estudio de Chacaltana.⁽¹⁶⁾

Entre los factores reconocidos de riesgo en el cáncer gástrico en la literatura: la gastritis crónica atrófica con metaplasia intestinal,

Tabla 3. Factores asociados a cáncer de estomago. Red Asistencial Lambayeque Essalud

Factor de riesgo	Ji cuadrado	P	Odds ratio	Intervalo de confianza
• Consumo de carnes rojas ahumadas	7,68	0,005	12,43	1,40-28,3
• Consumo de licor	7,95	0,004	8,11	1,43-60,0
• Consumo de tabaco	7,20	0,007	6,0	1,3-31,5
• Consumo de alimentos condimentados	5,41	0,02	3,45	1,06-11,59
• Etnia hispana	3,77	0,05	3,06	0,85-11,39
• Antecedente familiar de cáncer	3,77	0,05	3,06	0,85-11,39

la infección por *Helicobacter pylori*, las dietas ricas en alimentos salados, ahumados o secos, el tabaquismo, la anemia perniciosa, la poliposis familiar, el sexo masculino y la edad avanzada, asociada con una alimentación pobre en frutas y verduras y un nivel socioeconómico bajo. Un estudio realizado en Colombia sobre susceptibilidad genética observó una asociación importante entre el genotipo de delección de la enzima GSTM1 y el cáncer gástrico (65,2%, en los casos y 37,5%, en los controles).⁽¹⁷⁾

En el presente estudio se encontró asociación del cáncer gástrico con el alto consumo de carnes rojas ahumadas (OR = 12,43), alta ingesta de alimentos condimentados (OR = 3,45), elevado consumo de licor (OR = 8,11) y alto consumo de tabaco (OR = 6). En Colombia, también hallaron similares asociaciones.

En el hospital Honorio Delgado se realizó un estudio donde el 65% de los pacientes refirieron el hábito de la ingesta alcohólica, el 56% el uso frecuente de picantes en sus alimentos y el 38% el uso diario de café.⁽¹⁸⁾

Para cáncer de próstata, el único factor significativo asociado fue el antecedente familiar de algún tipo de cáncer, con un OR = 4,87. En Europa informan que los hombres con un hermano o padre que había desarrollado cáncer de próstata fueron 2.5 veces más propensos a desarrollar cáncer de próstata que los hombres sin antecedentes familiares. El consumo de alcohol, fumar y el número de hijos no estuvo asociado con el riesgo de cáncer de próstata⁽¹⁹⁾, lo mismo que concuerda con nuestros hallazgos, por su parte el CDC resalta que solo tres factores de riesgo han sido considerados: la edad, antecedente familiar y la raza y están investigando respecto a alimentación rica en grasa poliinsaturada, niveles de hormonas masculinos y agentes ambientales (residuos de pesticidas en alimentos, exposición industrial y ocupacional).⁽²⁰⁾

En resumen, el análisis de los datos obtenidos en nuestro estudio evidencia que la raza hispana, el antecedente familiar de cáncer y el grado de instrucción son factores de riesgo en cáncer de cérvix. Los factores asociados al riesgo de cáncer de mama son el antecedente familiar de cáncer en general y la presencia de quistes de mama. El alto consumo de carnes rojas ahumadas, elevada ingesta de alimentos condimentados, frecuente consumo de licor y presencia de consumo de tabaco, son factores asociados con cáncer gástrico y sólo el antecedente de algún tipo de cáncer en la familia está significativamente asociado al cáncer de próstata.

CONCLUSIONES

- El antecedente familiar de cáncer en general es un factor de riesgo presente en tres de las cuatro neoplasias estudiadas.

- El consumo de carnes rojas ahumadas y de licor fueron los principales factores asociados a cáncer de estómago.
- El antecedente de quistes mamarios tuvieron asociación con el cáncer de mama.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS. La actividad de la OPS en el campo de las enfermedades no transmisibles. Rev Panam Salud Pública. 1997;2(6).
2. Comisión Técnica del cáncer en Essalud. Plan de Atención Integral del Cáncer en Essalud 2006-2010. Gerencia de División de Prestaciones. Lima. 2006.
3. Minsa. OGE. Análisis de la situación de salud del Perú. 2001. Enero 2002.
4. León P. El cáncer en Cajamarca 2001: Incidencia y Mortalidad. Informe N° 1: Registro de Cáncer de Base Poblacional de Cajamarca. Noviembre del 2003. Cajamarca. P. 6.
5. OMS. Control del cáncer. Informe de la Secretaría. Consejo Ejecutivo. 114ª reunión. Punto 4.1 del orden del día provisional. 1 de abril de 2004.
6. Ferlay J. Globocan 2000: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Lyon: IARC. 2001.
7. OPS. Análisis de la situación de Salud y sus tendencias en las Américas por subregión, 1980-1998. Boletín Epidemiológico 1999;20(1):6.
8. Poquioma E. Tendencias en la incidencia del cáncer en Lima Metropolitana 1968-1991. Acta Cancerología. 1997;25(4):147-66.
9. Borja VG. Factores de riesgo que pronostican el hallazgo de citologías cervicales en dos poblaciones de mujeres en la Posta Médica Construcción Civil Essalud de junio a setiembre 2000. Tesis (Licenciatura en Tecnología Médica) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. 2001.
10. Pacheco J. Ginecología y Obstetricia. Lima: MAD Corp. S.A.; 1999.
11. Sociedad Americana de Cáncer. Cáncer de cuello uterino. EE UU. 2007.
12. Rodríguez A, Echevarría A, Muriá P, Vásquez S. Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el Municipio Cerro. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 1999;37(1):40-46.
13. Bazán F, Posso M, Gutiérrez C. Conocimiento, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. Anales de la Facultad de Medicina UNMSM. 2007;68(1):47-54.
14. Huamaní Ch, Hurtado-Ortega A, Guardia-Ricra M, Roca-Mendoza J. Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2008;25(1):44-50.
15. Shigyo, G, Del Alcazar J, Portugal W, Campana L. Factores asociados en el cáncer de mama Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima Perú, 1941-1990. Revista Peruana de Epidemiología. 1992; 5 (2):
16. Chacaltana A, Guevara G, Factores de riesgo modificables en pacientes con cáncer de mama. Rev Soc Per Med Int 2003;16(2):69-73.
17. Torres M, Acosta C, Sicard D, Groot de Restrepo H. Susceptibilidad genética y riesgo de cáncer gástrico en una población del Cauca. Revista Biomédica. 2004; 4(2):153-162.
18. Estremadoyro O, Álvarez Y, Estremadoyro L, Gomero D. Cáncer gástrico en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa. Rev Gastroenterol Per. 1995;15(1):49-61.
19. Cox B, Sneyd M, Paul C, Delahunt B, Skegg D. Vasectomy and risk of prostate cancer. JAMA. 2002; 287(23):3110-3115.
20. CDC Factores de riesgo de cáncer de próstata disponible en http://www.cdc.gov/spanish/cancer/prostate/basic_info/risk_factors.htm