

Autopsia verbal de mujeres fallecidas por cáncer de mama en Baja California

José de Jesús
González-López,¹
Ana María
Valles-Medina,¹
Abraham
Zonana-Nacach,²
Irma Ortiz-Soto,³
María Evila
Gómez-Torres,⁴
Guillermo
Aguirre-Conde⁵

RESUMEN

Objetivo: conocer las principales características de pacientes fallecidas por cáncer de mama en Baja California, identificadas por autopsia verbal.

Métodos: se examinaron 105 certificados de defunciones por cáncer de mama. Se diseñó un cuestionario para autopsia verbal (validado por expertos y aplicando un test-retest, obteniendo un coeficiente de Spearman $r = 0.969$, $p = 0.01$) que investiga variables sociodemográficas, biológicas, estilos de vida y servicios de salud; se visitaron los hogares de las mujeres fallecidas para interrogar a sus familiares.

Resultados: se realizaron 81 autopsias verbales (77 %). La edad al momento de morir fue de 53 ± 15 ; 25 % tenía antecedentes familiares directos de cáncer de mama, 31 % sobrepeso, en 17 % la detección del tumor fue hecha por personal de salud. El promedio en años de sobrevivencia posterior al diagnóstico fue de 2.3 ± 2 .

Conclusiones: la autopsia verbal para cáncer de mama es una herramienta útil; se observó que en 83 % la detección inicial del tumor fue realizada por la misma paciente. Los servicios de salud deben reforzar sus programas de vigilancia epidemiológica para identificar este cáncer en etapa temprana y mejorar la sobrevivencia.

SUMMARY

Objective: to discover the primary characteristics of patients who have died of breast cancer (BCa) through the use of verbal autopsies.

Methods: it was reviewed 105 death certificates where BCa was registered as the cause of death in a year period. A verbal autopsies instrument was designed for BCa, it was validated through expert consultation. A test-retest and Spearman coefficient were applied. The instrument explored sociodemographic, biological, life-style and health services variables. Data was obtained from patients' relatives. Any patient whose family could not be localized or declined to participate was excluded from the study.

Results: eighty one verbal autopsies were applied (77 %). The mean age at the time of death was 53 ± 15 . There was a direct family history of BCa in 25 %; and in 31 % there were overweight or obese. Only 17 % of the tumors were discovered by health care workers, and the mean survival after diagnosis was 2.3 ± 2 years.

Conclusion: the verbal autopsy for BCa is a useful tool. It showed that 83 % of the deceased women identified the tumor by themselves. The health services must reinforce programs for BCa early detection.

¹Universidad Autónoma de Baja California

²Departamento de Investigación Clínica y Epidemiología, Hospital General Regional 20, Instituto Mexicano del Seguro Social

³Servicios de Salud, Jurisdicción Sanitaria 2, Tijuana

⁴Secretaría de Salud en Baja California, Mexicali

⁵Jurisdicción de Servicios de Salud 3, Ensenada

Baja California, México

Comunicación con:
Ana María
Valles-Medina.
Tel: (664) 682 1233,
extensión 126.
Correo electrónico:
avalles@uabc.mx

Recibido: 5 de agosto de 2008

Aceptado: 13 de octubre de 2009

Introducción

Mundialmente, el cáncer de mama es la causa principal de muerte por tumores malignos en la mujer. Los países de Norteamérica y Europa son los que tienen la prevalencia más alta, mientras que los de Asia y África tienen la más baja.¹ En Estados Unidos, una de cada ocho mujeres está en riesgo de desarrollar cáncer de mama en alguna etapa de su vida.² En 2005, la mortalidad por cáncer de mama fue de 15 % de

todas las neoplasias malignas en la mujer entre 20 y 59 años de edad.³ En México se ha observado un incremento paulatino de los casos de cáncer de mama⁴ y una frecuencia mayor en los estados del norte y del centro, donde el nivel socioeconómico y cultural de la mujer es más elevado, en contraste con los estados donde predomina la población indígena y el nivel socioeconómico es menor, como Chiapas y Oaxaca, donde la frecuencia es más baja y el cáncer cervicouterino predomina como causa de mortalidad.⁵

Palabras clave

autopsia
neoplasias de la mama
certificado de defunción

Key words

autopsy
breast neoplasms
death certificates

La diferencia geográfica del cáncer de mama sugiere que además de los factores genéticos, los ambientales, el estilo de vida y la alimentación desempeñan un papel importante en el desarrollo de esta enfermedad.^{6,7} En Baja California, según cifras reportadas por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), durante 2002 hubo 78 defunciones, que corresponden a 7.8 casos por 100 mil mujeres mayores de 20 años de edad (Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Estado de Baja California, marzo de 2007).

En México se ha evaluado la utilidad de la autopsia verbal para identificar factores asociados en mortalidad infantil por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas, con cálculos de sensibilidad y especificidad que oscilan de 69 a 98 % y de 47 a 90 %, respectivamente.¹¹ Por otro lado, en la población adulta encontramos recientemente una sola revisión con este método que analiza los hallazgos en la autopsia verbal en mujeres fallecidas por cáncer cervicouterino.¹² Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue conocer a través de una autopsia verbal, las principales características sociodemográficas y de atención a la salud de las pacientes fallecidas por cáncer de mama en Baja California.

Cuadro I
Características ambientales y sociodemográficas de la paciente fallecidas por cáncer de mama en Baja California en 2002 (n = 81)

	n	%
Edad al fallecer ($\bar{x} \pm DE$, rango) (años)	53 $\pm$ 15 (25-8)	
Vivienda sin servicios públicos	15	19
Escolaridad sabía leer/escribir	78	96
Analfabeta	3	4
Primaria	37	46
Secundaria	17	21
Preparatoria	8	10
Profesional	15	19
Estado civil, casada,	42	52
Ocupación, hogar	51	63
No originarias de Baja California	53	65
Tiempo de residir en Baja California (> 5 años)	76	94
Familiar entrevistado		
Esposo	9	11
Madre	12	15
Hermana	6	7
Hija	18	22
Otro	36	44

La autopsia verbal es una estrategia de recolección de información a través de la entrevista a la madre, familiar, o conocido cercano de la persona fallecida, para indagar acerca de los signos y síntomas asociados al último padecimiento, con el objeto de establecer la causa de muerte. Además, puede explorar algunos factores sociales, culturales o de atención a la salud relacionados con el desarrollo del padecimiento.⁸ En algunos países con limitaciones importantes en sus sistemas de captación bioestadística se ha ensayado con éxito la aplicación de esta estrategia. En estudios multicéntricos realizados en otros países se ha validado con una sensibilidad y especificidad superior a 75 % para el diagnóstico de adultos fallecidos por enfermedades febriles agudas, muerte materna, sida, tuberculosis, tétanos, rabia y accidentes.^{9,10}

Métodos

Se diseñó y validó un instrumento adaptado a partir del formato existente de autopsia verbal para cáncer cervicouterino de la Secretaría de Salud. Primero se mostró a un grupo de expertos para la validación del contenido y posteriormente se aplicó un test-retest, obteniendo un coeficiente de Spearman $r = 0.969$, $p = 0.01$.¹³ Las variables incluidas en el instrumento fueron organizadas a partir del modelo conceptual del campo de la salud de Lalonde,¹⁴ el cual las clasifica en cuatro grupos:

- **Factores ambientales:** agentes externos al cuerpo humano y sobre los cuales las personas tienen poco o ningún control. Incluimos condiciones de la vivienda, ubicación geográfica del domicilio, ocupación, estatus migratorio en Baja California, variables sociodemográficas, estado civil y escolaridad.
- **Biología humana:** consecuencia fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo. Se exploraron variables como edad, factores hereditarios, antecedentes personales patológicos y reproductivos.
- **Estilo de vida:** conjunto de decisiones que toma el individuo respecto a su salud factibles de modificar. El instrumento incluyó sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo y sobrepeso u obesidad.
- **Organización de servicios de salud:** calidad, cantidad e índole de los recursos prestados para la atención de la salud. Se evaluó quién, dónde y cómo se llevó a cabo la detección y tratamiento del cáncer de mama, así como tipo y duración de este último.

Prevía autorización por parte de ISESALUD, a través del Departamento de Vigilancia Epidemiológica.

gica en Baja California se tuvo acceso a los certificados de las defunciones por cáncer de mama ocurridos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2002; de dicho documento se obtuvo el nombre de la fallecida, edad, fecha de la defunción, domicilio de la paciente y nombre del familiar que proporcionó los datos. Entre enero de 2003 y enero de 2004 se procedió a la localización del domicilio y a la búsqueda del familiar o conocido más cercano a la mujer. Tomando en cuenta la sensibilidad y naturaleza de la entrevista, se solicitó el consentimiento informado para el llenado de la autopsia verbal. Se excluyeron los casos cuya localización geográfica no fue posible y aquellos en que el familiar no accedió a proporcionar información. Participaron en la visita domiciliaria, una enfermera, dos médicos tesisistas en Maestría en Salud Pública y dos trabajadoras sociales, que previamente recibieron capacitación para una adecuada captura de datos y llenado de la autopsia verbal para cáncer de mama.

Análisis estadístico

La captura de datos se llevó a cabo con el programa estadístico SPSS versión 11. Se realizó análisis descriptivo utilizando medidas de frecuencia, tendencia central y de dispersión.

Resultados

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2002 se registraron 105 defunciones por cáncer de mama en el Departamento de Vigilancia Epidemiológica de ISESALUD del estado de Baja California; se obtuvieron 81 (77 %) autopsias verbales y se excluyeron 19 porque no se localizó el domicilio y cinco porque el familiar no aceptó participar.

La edad al momento del fallecimiento tuvo una media de 53 ± 15 años, mediana de 52 y moda de 40 años; la edad mínima fue de 25 años y la máxima de 87; 19 % carecía de servicios públicos en sus viviendas, 4 % era analfabeta y 46, 21, 10 y 19 % tenía estudios de primaria, secundaria, bachillerato y licenciatura, respectivamente. Cincuenta y dos por ciento de las fallecidas estaba casada, 20 % soltera, 15 % viuda, 8 % vivía en unión libre y 5 % era divorciada. El 63 % de las pacientes era ama de casa, 65 % fue no originaria de Baja California y 94 % refirió tener cinco años o más de residir en Baja California. El parentesco de los familiares entrevistados fueron hijas (22 %), madres (15 %), esposo (11 %), hijos (10 %), hermanas (7 %), y otros allegados (33 %) (cuadro I).

El cuadro II muestra los aspectos biológicos encontrados en las mujeres fallecidas; 25 % tuvo antecedente familiar de cáncer de mama, mientras que 22 % historia familiar de algún otro tipo de cáncer. De los antecedentes personales patológicos, 22 % tuvo hipertensión arterial sistémica y 18 % diabetes mellitus. De los antecedentes ginecoobstétricos asociados a cáncer de mama, 11 % fue nulípara, 2 % tuvo enfermedad benigna del seno, 9 % fue primigesta después de los 30 años y el promedio de hijos fue de 4 ± 2.5 . En relación al estilo de vida, 38 % acudió a la realización de papanicolau anualmente; 31 % de los familiares consideró que la fallecida tenía sobrepeso, 27 y 5 % tuvo antecedentes de tabaquismo e ingesta de alcohol, respectivamente. El cuadro III muestra los servicios de salud utilizados y el tratamiento recibido.

En 83 y 17 % de las fallecidas el hallazgo del tumor lo realizó la misma paciente y el personal de salud, respectivamente. En el Instituto Mexicano del Seguro Social se identificó y trató a 50 % de los casos; a 72 % se le practicó cirugía para manejo del cáncer de mama, 82 % recibió quimioterapia, 60 % radioterapia, 18 % recurrió a medicina alternativa y 16 % recibió terapia psicológica o había asistido a grupos de apoyo. Falleció en instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social 43 %, en su domicilio 33 % y en otras instituciones de salud 24 %; 64 % sobrevivió menos de dos años posterior al diagnóstico, mientras que 36 % vivió tres años o más.

En relación a la percepción sobre la causa que más contribuyó al deceso, 17 % de los familiares entrevistados consideró que fue la ignorancia para detectar la enfermedad, 25 % por desidia en atenderse a tiempo, 10 % porque el médico tardó en realizar el

González-López JJ et al.

Autopsia verbal en cáncer de mama

Cuadro II
Aspectos biológicos de las pacientes fallecidas por cáncer de mama en Baja California (n = 81)

	n	%
Familiares directos con cáncer de mama	20	25
Antecedentes familiares con otro tipo de cáncer	18	22
Antecedentes personales patológicos		
Hipertensión	8	22
Diabetes	15	18
Cáncer de ovario	2	2
Antecedentes ginecoobstétricos		
Enfermedad benigna del seno	2	2
Nuliparidad	9	11
Primigesta mayor de 30 años	7	9
Promedio de hijos ($\bar{x} \pm DE$, rango)	4 $\pm$ 2.5 (1-12)	

Discusión

La autopsia verbal ha sido particularmente útil en lugares donde los registros de la mortalidad son incompletos o no existen.¹⁰ Durante la realización de este trabajo encontramos una diferencia entre la cifra total de mortalidad por cáncer de mama

ocurrida en Baja California durante 2002 informada por el INEGI⁵ y la ratificada por el Departamento de Estadísticas Médicas de ISESALUD de Baja California, las cuales corresponden a 78 y 105 casos, respectivamente. Oficialmente en México no se ha diseñado una cédula de autopsia verbal para cáncer de mama, mientras que desde 1999 se estableció que debe realizarse autopsia verbal a pacientes que fallecen por cáncer cervicouterino, para evaluar factores de riesgo y a su vez referir esta información al Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Conave).¹⁵ Dada la ocurrencia similar de estos dos tipos de cáncer,⁵ justificamos la aplicación de esta metodología.

En nuestro estudio se observaron aspectos asociados al cáncer de mama bien documentados en la literatura, tales como la edad al fallecer, en promedio de 53 años. El INEGI en 2002 indicó que 99 % de muertes por cáncer de mama fue en este grupo etario.⁵ Por otro lado, el factor hereditario estuvo presente en una cuarta parte de las pacientes, así como el sobrepeso u obesidad en aproximadamente una tercera parte, considerados factores de riesgo alto para desarrollar cáncer de mama.⁶ Otro hallazgo interesante fue la identificación inicial del tumor, realizado por la misma paciente en 83 %, con relativa baja participación de personal de salud en la detección de la enfermedad, ya que según informe del familiar ésta fue encontrada en 17 % de los casos, dato concordante con cifras publicadas recientemente donde el porcentaje de mujeres que utilizan los servicios de salud para la detección oportuna de cáncer de mama no sobrepasa 55 % y el diagnóstico oportuno no supera 10 %.¹⁶ Además, en la percepción de los entrevistados, las razones que más contribuyeron al deceso fue la desidia para atenderse a tiempo y porque la enfermedad ya estaba muy avanzada, en 25 y 28 %, respectivamente.

López Carrillo y colaboradores¹⁷ estudiaron la identificación de las lesiones mamarias malignas en México; encontraron que 90 % de las mujeres detecta por sí misma el abultamiento en el seno, lo cual motiva la búsqueda de atención médica. Sin embargo, solamente 10 % de las pacientes se diagnostica en estadios tempranos, antes de presentar metástasis. En nuestro estudio podemos inferir que las mujeres iniciaron su tratamiento en fases tardías de la enfermedad ya que la supervivencia posterior al diagnóstico fue en promedio de dos años.

A pesar de las limitantes que un estudio retrospectivo tiene, la autopsia verbal para cáncer de mama tuvo consistencia con información antes publicada. Es apremiante la necesidad de fortalecer las iniciativas que prevé la norma oficial en el sector salud, ya

Cuadro III
Servicios de salud en las pacientes fallecidas por cáncer de mama
(n = 81)

	n	%
¿Quién detectó el tumor?		
La paciente por molestias	67	83
Personal de salud	14	17
Institución en que se detectó		
IMSS	40	50
Hospital General (SS)	2	3
ISSSTE	5	6
ISESALUD	4	5
ISSSTECALI	4	5
Privada	26	31
Institución en que se trató el mayor tiempo		
IMSS	47	58
Hospital General (SS)	7	9
ISSSTE	4	5
ISESALUD	1	1
ISSSTECALI	4	5
Privado	18	22
Tratamientos recibidos		
Cirugía para extirpar el cáncer	58	72
Quimioterapia	66	82
Radioterapia	48	60
Medicina alternativa	15	18
Terapia psicológica	15	16
Acudió a grupos de apoyo	15	16
Percepción del familiar de la razón que contribuyó más a la muerte de la paciente		
Ignorancia para detectarlo	14	17
Desidia en atenderse a tiempo	20	25
El médico tardó en el diagnóstico	8	10
No la atendieron bien	16	20
Porque estaba ya muy enferma	23	28
Sobrevida posterior al diagnóstico ($\bar{x} \pm DE$, rango) (años)	2.3 $\pm$ 2.2 (0-10)	

que a través de éstas se reforzaría el desarrollo de un programa específico para la detección oportuna del cáncer de mama.

Agradecimientos

Apreciamos la colaboración de los doctores César Ramírez Lucero, Alfredo Ornelas Ábrego y Jorge Zavala Reyes, por su participación en la validación del contenido del cuestionario.

Referencias

1. Mettlin C. Global breast cancer mortality statistics. *CA Cancer J Clin* 1999;49(3):138-144.
2. De Cherney AH. Current obstetric and gynecologic diagnosis and treatment. Ninth edition. USA: Lange Medical Books; 2003. p. 1101.
3. Jernal A, Murray T, Ward E, Samuels A, Tiwari RC, Ghafoor A, et al. Cancer statistics, 2005. *CA Cancer J Clin* 2005;55(1):10-30.
4. López-Ríos O, Lázaro-Ponce EC, Tovar-Guzmán V, Hernández-Ávila M. La epidemia de cáncer de mama en México, ¿consecuencia de la transición demográfica? *Salud Publica Mex* 1997;39(4):259-265.
5. Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva. México, 2002. *Salud Publica Mex* 2004;46(1):12-16.
6. Rodríguez-Cuevas S, Carpuso-García M. Epidemiología del cáncer de mama. *Ginecol Obstet Mex* 2006;74(11):585-593.
7. Novoa-Vargas A, Pliego-Aguilar M, Malagón-Millán B, Bustillos-de Cima R. Historia natural del cáncer de mama. *Ginecol Obstet Mex* 2006;74(2):115-120.
8. Cárdenas R. El uso de la autopsia verbal en el análisis de la salud. *Estudios Demográficos y Urbanos* 2000;15(3):665-683.
9. Soleman N, Chandramohan D, Shibuya K. Verbal autopsy: current practices and challenges. *Bull World Health Org* 2006;84(3):239-245.
10. Chandramohan D, Maude GH, Rodríguez LC, Hayes RJ. Verbal autopsies for adult deaths: their development and validation in a multi-centre study. *Trop Med Int Health* 1998;3(6):436-446.
11. Martínez H, Reyes, Tomé P. The verbal autopsy: a tool for the study of mortality in children. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1993;50(1):57-63.
12. Chávez-García V, Zonana-Nacach A, Duarte M. Autopsia verbal en cáncer cervicouterino: estudio descriptivo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007;45(2):199-204.
13. Valles-Medina AM. Autopsia verbal para cáncer de mama: diseño y validación de un instrumento [tesis], Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, B. C. 2002.
14. Lalonde M. A new perspective of the health of Canadians: a working document Ottawa, Canada, 1975. En: El concepto del campo de salud: una perspectiva Canadiense. *Bol Epidemiol OPS* 1983;4(3):13-15.
15. Secretaría de Salud. Norma oficial mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica. México: Secretaría de Salud; 1999.
16. Torres A, Doubova VS. Cáncer de mama. Detección oportuna en el primer nivel. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007;45(2):157-166.
17. López L, Torres L, López M. Identificación de lesiones mamarias malignas en México. *Salud Publica Mex* 2001;43(3):336-404.

González-López JJ et al.
Autopsia verbal en cáncer de mama