

Mortalidad por cáncer: segunda causa de muerte del adulto mayor en Medellín, 2002-2006

Cancer: second cause of death among the elderly in Medellín, 2002-2006

Luz M. Bustamante A¹; Sara J. Marín O²; Doris Cardona A³

¹ Estudiante de gerencia en sistemas de información en salud, Universidad de Antioquia, Grupo de investigación Demografía y salud. Correo electrónico: mabual99@gmail.com

² Estudiante de gerencia en sistemas de información en salud, Universidad de Antioquia, Grupo de investigación Demografía y salud. Correo electrónico: sjulimarin@gmail.com

³ Docente Universidad CES, Grupo de investigación Observatorio de la Salud Pública. Correo electrónico: doris.cardona@gmail.com

Recibido: 26 de Mayo de 2011. Aprobado: 27 de noviembre de 2011.

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

Resumen

Objetivo: Caracterizar el comportamiento de la mortalidad por cáncer de pulmón, estómago y próstata en los adultos mayores de la ciudad de Medellín en el periodo 2002 - 2006. **Metodología:** Estudio descriptivo con fuente de información secundaria, a partir del análisis de 2809 registros de defunciones por cáncer de pulmón, estómago y próstata en personas mayores de 65 años. El análisis fue univariado y bivariado, se acompañó de pruebas estadísticas y con una confiabilidad del 95%. Se calcularon: tasas de mortalidad promedio y específica, por diez mil habitantes adultos mayores. **Resultados:** El riesgo más alto de fallecer por cáncer de pulmón fue en el año 2003, con una tasa de

20,27; para cáncer de estómago, el riesgo mayor se presentó en el año 2002, con 11,88; y el riesgo mayor para cáncer de próstata fue el año 2006, con 9,35 por diez mil habitantes. En los tres tipos de cáncer, la tasa de mortalidad promedio en el tiempo fue de 37,1 siendo la segunda causa de muerte después del infarto agudo del miocardio. **Discusión:** El cáncer de pulmón, estómago y próstata representan un riesgo para los adultos mayores; a mayor longevidad mayor riesgo. Este estudio constituye un aporte al estado de la cuestión acerca de las causas de muerte de la persona mayor.

-----**Palabras clave:** adulto mayor, cáncer pulmonar, cáncer de estómago, cáncer de próstata, mortalidad.

Abstract

Objective: to describe the behavior of lung, stomach, and prostate cancer mortality among the elderly in the city of Medellín from 2002 to 2006. **Methodology:** a descriptive study with a secondary information source. The study was conducted based on the analysis of 2809 records of deaths from lung, stomach, and prostate cancer in people over 65 years. The analysis was univariate and bivariate. Additionally, it was accompanied by statistical tests and had a reliability of 95 %. The average and specific mortality rates were calculated per ten thousand elderly individuals. **Results:** the risk of dying from lung cancer was at its highest value in 2003, with a rate of 20.27; for stomach cancer,

the greatest risk was observed in 2002, with 11.88; finally, 2006 was the year with the highest risk for prostate cancer, with 9.35 per ten thousand inhabitants. For the three types of cancer, the average mortality rate over time was 37.1. Thus, cancer is the second leading cause of death after acute myocardial infarction. **Discussion:** lung, stomach, and prostate cancer pose a risk to the elderly. Moreover, the risk increases as the individuals age. This study contributes to the state of the art of the research on causes of death among the elderly.

-----**Keywords:** elderly, lung neoplasms, stomach neoplasms, prostatic neoplasms, mortality

Introducción

El cáncer es un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Otros términos utilizados son neoplasias y tumores malignos. Una de las características que definen al cáncer es la generación rápida de células anormales que crecen más allá de sus límites y pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos en un proceso que da lugar a la metástasis [1].

Debido a los cambios fisiológicos evolutivos en las personas mayores, la falta de protección frente a infecciones, la acción prolongada de los cocarcinógenos, el papel de los agentes hormonales, dietéticos y metabólicos, los cambios histológicos de diversos órganos, etc., puede afirmarse que la edad es un claro factor de riesgo de padecer cáncer y que la vejez, en la medida que se acompaña de comorbilidad excesiva y grave, implica un riesgo añadido y hay que tenerla siempre en cuenta al evaluar la expectativa de vida [2].

Ahora bien, el interés por conocer más acerca del cáncer ha aumentado en el último siglo, debido al proceso de envejecimiento de la población, convirtiéndose en una de las principales causas de muerte tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo [3]. La motivación por conocer la distribución y características de la patología oncológica en el adulto mayor de la ciudad de Medellín (Colombia), ha fortalecido el desarrollo de los registros de cáncer; además, no es un secreto que hoy en día las condiciones de salud de este grupo poblacional muestran una difícil realidad que no sólo se compone de enfermedad y muerte, sino de discapacidad y limitación de actividades de la vida diaria. Tarde o temprano esta ciudad no podrá dejar de incluir entre sus asuntos prioritarios de salud pública y economía el tema de las repercusiones del envejecimiento de la población.

Aunque se presenta en todos los grupos de edad, el cáncer es considerado en general como la “enfermedad del viejo” y existen algunos prejuicios por parte de los médicos a la hora de tratar a un individuo de la tercera edad afectado por una neoplasia maligna [4]. El desarrollo de esta enfermedad ha generado un incremento en la mortalidad del adulto mayor, al perturbarse el proceso de salud enfermedad y, por consiguiente, propicia una disminución en la expectativa de vida de este grupo en particular.

El cáncer es la principal causa de muerte en los países desarrollados y la segunda en los países en desarrollo, ocasionada principalmente por el crecimiento poblacional y el envejecimiento de sus poblaciones, puesto que la incidencia de esta enfermedad aumenta con la edad,

probablemente porque se van acumulando factores de riesgo para determinados tipos de cáncer [5].

Para el *cáncer de pulmón*, el consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante y es la causa del 22% de las muertes mundiales por cáncer en general, y del 71% de las muertes mundiales por cáncer de pulmón [6].

El *cáncer de estómago* presenta factores de riesgo como cambios del aparato digestivo, ocasionados por la mala nutrición, deshidratación, estreñimiento, disminución de la absorción de hierro, calcio, vitamina B12 y ácido fólico [6]; así como también la ingestión de alcohol, de bebidas calientes, de nitrato de sodio, tabaco masticado, la exposición a la radiación, factores premalignos como: gastritis atrófica, metaplasia intestinal, displasia y anemia perniciosa [7].

Los factores que más aumentan el riesgo de desarrollar *cáncer de próstata* son los factores genéticos, puesto que quienes tienen un familiar con este antecedente tienen el doble de riesgo de desarrollarlo, y quienes tienen tres familiares aumentan el riesgo de desarrollarlo en once veces [6].

La principal causa de muerte de los adultos mayores es el infarto agudo al miocardio (IAM), pero actualmente se observa un aumento de defunciones por otras patologías crónicas como las neoplasias o tumores malignos, que hacen necesario caracterizar el comportamiento de ellas, principalmente cáncer de pulmón, estómago y próstata en los adultos mayores de la ciudad de Medellín en el periodo de 2002 al 2006, según características demográficas como sexo, grupo de edad, año de defunción, nivel educativo, estado civil y régimen de seguridad social.

El interés de estudiar este comportamiento en la ciudad, se genera al observar el proceso de envejecimiento poblacional que se evidencia con el cambio en la estructura poblacional, pasando de 37,4 mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años en el año 2005, a 48,5 en 2012 y se estima que para 2015 este índice ascienda a 56 adultos mayores por 100 adolescentes. Medellín es la capital del departamento de Antioquia, ubicada en Colombia al norte de América del Sur; según el censo de 2005, la población total fue de 2.219.861 habitantes, donde la población mayor representó el 8,3%; para el año 2012 se proyectó en 9,1% y para 2015 se estima el 10,4% del total de habitantes de la ciudad.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de las defunciones ocurridas en población adulta mayor (65 años o más de edad según el DANE), residente en la ciudad de Medellín (Colombia), durante el periodo 2002-2006, las cua-

les tienen como causa básica de muerte las neoplasias malignas, registradas en los certificados de defunción de la ciudad. La población de estudio fue de 2809 defunciones de adultos mayores, 1392 fallecidos por tumores malignos en tráquea, bronquios y pulmón (C33-C34); 796 por tumor maligno de estómago (C16) y 621 por tumor maligno de la próstata (C61).

La fuente de información fue secundaria a partir de los registros de las defunciones y de las proyecciones poblacionales realizadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) [8], a partir de las cuales se realizaron las tasas de mortalidad. La información se procesó con fines investigativos y se sistematizó en el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

En el análisis univariado se caracterizó el comportamiento de las defunciones registradas en la población mayor, según variables demográficas tales como: sexo, grupo de edad de la defunción, nivel educativo, año en que ocurrió la defunción, régimen de afiliación y estado civil; este análisis descriptivo se hizo a través del cálculo de frecuencias, porcentajes y tasa de mortalidad promedio y específicas por diez mil habitantes, según año de la defunción y grupo de edad. Se hizo análisis bivariado con el objetivo de establecer la relación entre las variables, con su respectiva prueba estadística y nivel de significación menor del 5%.

Resultados

Comportamiento de las defunciones de los adultos mayores

En la ciudad, las defunciones por cáncer han aumentado en el período de estudio, al pasar de 2382 a 2595; las muertes de los mayores pasaron de representar el 58,3% en el 2002 a 60,6% en el 2006 paralelo con el incremento de este grupo poblacional.

El 21% (24.294) de la población adulta mayor en la ciudad de Medellín, murió por cáncer. Este dato resulta importante pues el cáncer es la segunda causa de muerte en la ciudad, superado solamente por las enfermedades del sistema circulatorio como son las enfermedades del corazón, cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas, entre otras.

Dentro de los tipos de cáncer que afectan a la población adulta mayor se encontró: pulmón 19% (1392), estómago 11% (796) y próstata 9% (621). El restante 60% se distribuye entre: tumor maligno del hígado (7,8%), tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano 7,2% (572), tumor maligno de sitios no especificados 5,3%(391), tumor maligno del páncreas y tumor maligno de la mama de la mujer con el mismo porcentaje 4,5%, respectivamente. Los hombres fallecieron principalmente por tumores en la próstata y pulmón, mientras las mujeres tuvieron una mayor representación en el tumor maligno de estómago (tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas de los adultos mayores fallecidos por tumores malignos de pulmón, estómago y próstata. Medellín, 2002-2006.

Características demográficas	Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón		Tumor maligno del estómago		Tumor maligno de la próstata		p
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							0,000*
Hombres	745	53,52	396	49,75	621	100	
Mujeres	647	46,48	400	50,25	0	0	
Año							0,142
2002	258	18,5	163	20,5	111	17,9	
2003	293	21	155	19,5	121	19,5	
2004	287	20,6	153	19,2	100	16,1	
2005	270	19,4	163	20,5	137	22,1	
2006	284	20,4	162	20,4	152	24,5	

Continuación Tabla 1

Nivel Educativo							0,000*
Preescolar	4	0,3	1	0,1	1	0,2	
Primaria completa	404	29	219	27,5	179	28,8	
Primaria incompleta	379	27,2	206	25,9	160	25,8	
Secundaria completa	110	7,9	75	9,4	45	7,2	
Secundaria incompleta	88	6,3	35	4,4	38	6,1	
Universidad completa	50	3,6	22	2,8	48	7,7	
Universidad incompleta	8	0,6	5	0,6	4	0,6	
Ninguno	143	10,3	121	15,2	57	9,2	
Sin información	206	14,8	112	14,1	89	14,3	
Estado Civil							0,000*
Soltero	173	12,4	124	15,6	50	8,1	
Casado	652	46,8	326	41	367	59,1	
Viudo	467	33,5	298	37,4	150	24,2	
Unión libre	40	2,9	14	1,8	28	4,5	
Separado/Divorciado	31	2,2	17	2,1	14	2,3	
Sin información	29	2,1	17	2,1	12	1,9	
Régimen de afiliación SGSSS							0,000*
Contributivo	969	69,6	465	58,4	425	68,4	
Subsidiado	253	18,2	200	25,1	110	17,7	
Vinculado	96	6,9	74	9,3	44	7,1	
Ignorado	30	2,2	19	2,4	20	3,2	
Sin información	44	3,1	38	4,7	22	3,6	
Grupo de Edad							0,000*
65 – 69	303	21,8	144	18,1	74	11,9	
70 – 74	384	27,6	180	22,6	120	19,3	
75 – 79	321	23,1	206	25,9	150	24,2	
80 – 84	203	14,6	121	15,2	119	19,2	
85 y más	181	13	145	18,2	158	25,4	

*P: Valor de significancia menor a 0,05.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Certificados de defunción. Medellín, 2002-2006. Cálculos de las investigadoras.

Los fallecidos por cáncer de pulmón presentaron una edad media de 75 años (DE 7,04 años); 76 (DE 7,5 años) para cáncer de estómago y 78 (DE 7,7 años) para cáncer de próstata. Para la comparación de los diferentes grupos quinquenales de edad, los que más se destacaron por su alto porcentaje fueron: el grupo de 70 a 74 años con un 27,6% para el tumor maligno de la tráquea, los bron-

quios y el pulmón, de 75 a 79 años con un 25,9% para el tumor maligno del estómago y de 80 y más años con un 25,4% para el tumor maligno de la próstata.

En el nivel educativo, se vio una marcada diferencia en preescolar y la primaria completa, dado que el primer grupo fue el que tuvo los más bajos porcentajes en las tres neoplasias, siendo comprensible puesto que

durante la infancia de estas cohortes de nacimiento, no existía este nivel educativo. El segundo grupo fue el que presentó la mayor participación con 29% para el tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón; 27,5% para el tumor maligno del estómago; y 28,8% para el tumor maligno de la próstata.

En cuanto al estado civil, fue evidente que a la hora de la muerte predominó la condición de casados con un 46,8% para el cáncer de la tráquea, los bronquios y el pulmón, un 41,0% para el cáncer del estómago y un 59,1% para el cáncer de la próstata. Las muertes por cáncer en el adulto mayor en Medellín se dieron principalmente en los afiliados al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss)

con un 64,9%, según los certificados de defunción 2002-2006, seguido por el subsidiado 19,8%.

Patrón del comportamiento de la mortalidad

La tasa de mortalidad, para los tumores malignos en general del adulto mayor, mostró momentos importantes como en el año 2003 en el que fallecieron 39,4 personas por diez mil habitantes mayores de 65 años y en 2002 con 38,8 personas fallecidas por alguna de las tres neoplasias malignas, por cada diez mil habitantes del mismo rango de edad. De 2002 a 2005, se redujo el riesgo de morir por estas patologías al pasar de 38,8 a 36,8 por diez mil habitantes adultos mayores (tabla 2).

Tabla 2. Tasa de mortalidad de los adultos mayores por tumores malignos de pulmón, estómago y próstata, por año y edad de la defunción (tasa por 10.000 habitantes). Medellín, 2002-2006.

Clase de tumor	Grupo de edad	Año					Tasa promedio
		2002	2003	2004	2005	2006	
Estómago	65-69	6,80	5,69	3,93	5,52	5,28	5,41
	70-74	9,24	8,74	9,91	7,14	7,94	8,55
	75-79	16,80	14,01	14,27	14,45	12,97	14,43
	80-84	14,84	18,16	14,73	12,81	17,46	15,59
	85+	28,18	22,54	21,49	27,59	21,02	24,10
	Total	11,88	10,72	10,04	10,16	9,97	10,52
Pulmón	65-69	13,18	12,36	11,40	11,04	9,32	11,39
	70-74	20,33	22,72	19,36	15,63	14,11	18,25
	75-79	20,32	25,08	21,57	24,30	21,07	22,49
	80-84	25,44	28,25	28,82	18,29	30,11	26,15
	85+	26,37	25,14	30,58	26,80	40,48	30,08
	Total	18,81	20,27	18,84	16,82	17,47	18,39
Próstata	65-69	3,30	1,96	2,43	3,74	2,46	2,78
	70-74	5,81	6,24	4,01	6,47	5,95	5,70
	75-79	8,99	11,43	9,74	9,85	12,32	10,51
	80-84	17,66	14,13	12,17	14,64	18,06	15,33
	85+	22,73	29,47	19,01	26,01	33,47	26,26
	Total	8,09	8,37	6,57	8,54	9,35	8,20
Total	65-69	23,28	20,02	17,76	20,30	17,06	19,58
	70-74	35,39	37,70	33,28	29,24	28,00	32,50
	75-79	46,12	50,52	45,58	48,60	46,36	47,43
	80-84	57,94	60,54	55,72	45,74	65,63	57,06
	85+	77,28	77,15	71,08	80,39	94,97	80,44
	Total	38,79	39,37	35,45	35,52	36,79	37,11

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Certificados de defunción y proyecciones de población. Medellín, 2002-2006. Cálculos de las investigadoras.

Por grupo de edad, la mortalidad promedio por neoplasias se incrementó a medida que se avanzó en edad, esta consideración con respecto al total de defunciones de personas mayores; es decir, se pasó de 19,6 en el grupo de 65-59 años a 80,4 por diez mil habitantes en los mayores de 85 años.

La tasa de mortalidad por cáncer de pulmón y de estómago mostró una disminución en el tiempo, pasando de 18,8 a 17,5 por cada diez mil habitantes, en cáncer de pulmón y de 11,9 a 9,9 por cada diez mil en cáncer de estómago; mientras el cáncer de próstata tuvo una disminución en 2004, con 6,6 decesos por cada diez mil habitantes. Ver Tabla 2.

Cáncer de pulmón

El cáncer de pulmón fue la principal causa de muerte de los adultos mayores de la ciudad de Medellín para el periodo comprendido entre los años 2002 al 2006. En su distribución por sexo, el género masculino se ubicó en la cúspide con el 53,5% mientras que el femenino, aunque presentó un porcentaje inferior, no se alejó mucho del masculino con un 46,5%.

El estado civil predominante fue el estar casado con 65,9% para los hombres y el 24,9% para las mujeres, en segunda instancia se encuentra la categoría viudo con 18,9% para el género masculino y 50,4% para el femenino y para las categorías como soltero, en unión libre y separado/divorciado se ubicó un porcentaje aproximado de 18% en el que se incluyeron tanto hombres como mujeres.

En el nivel educativo se mostró que las categorías predominantes fueron primaria completa e incompleta con 29% (404) y 27,2% (379) respectivamente; aproximadamente el 18% realizó estudio secundario y universitarios; y el 10,3% (143) no realizó ningún tipo de estudio. En cuanto al régimen de seguridad social, se encontró que una (1) de cada cuatro (4) personas pertenecía al régimen subsidiado y una (1) de cada diez (10) al régimen vinculado, siendo el régimen contributivo el que mayor cantidad de población tenía afiliada con 69,9% (969).

El lugar o sitio donde ocurrió la defunción con mayor número fue la casa o domicilio con 66,6% (496) y 67,1% (434) para hombres y mujeres respectivamente, seguido del hospital o clínica en el que se presentó 32,3% (241) para hombres y 31,7% (205) para mujeres y menos del 1% se murieron en la vía pública o en el puesto de salud. La cabecera municipal es la zona donde ocurrió el evento que mayor representación tuvo a la hora de la muerte con 97,8% (1362).

La tasa de mortalidad por sexo en este tipo de cáncer, según periodos de tiempo estudiado, muestra que

para el año 2002 por cada diez mil habitantes mayores de 65 años morían 26 hombres y 14 mujeres; el año que más presentó muertes por cáncer de pulmón fue en 2003, para hombres con 27 por cada diez mil habitantes mayores de 65 años; y para mujeres con 16 por cada diez mil habitantes mayores de 65 años. El año en que menos se presentó mortalidad fue 2005 con 23 hombres y 15 mujeres por cada diez mil habitantes de adultos mayores (figura 1).

Cáncer de estómago

El estado civil fue una de las categorías que más representación tuvo, en primera instancia el estar casados con 41% incluyendo los dos sexos, seguida de la variable viudo que tuvo una representación total de 37,4%, otras variables como estar soltero, en unión libre, separado/divorciado mostraron una representación global para cada variable inferior al 16%.

Para el nivel educativo, en la variable primaria completa se vislumbra una diferencia de 4,5% entre mujeres y hombres, mientras que en la primaria incompleta, sucede lo contrario, se encuentra una diferencia de 0,8% entre los hombres y las mujeres. Cabe resaltar que en el 15,2% se encuentran las personas que no tuvieron ningún tipo de estudio y en el 17,2% se hallan quienes lograron realizar algún estudio de secundaria y de universidad.

En cuanto al régimen de seguridad social, en su orden de mayor a menor número de personal afiliadas a los diferentes regímenes, se encuentra que en el contributivo había 58,4%, en el subsidiado 25,1% y en el vinculado 9,3% incluyendo en todas las categorías a hombres y mujeres. Para la variable de la zona donde ocurrió el evento se encontró que es en la cabecera municipal donde se agrupa la mayoría de gente que se muere a causa de este tipo de cáncer, sustentada con el 98,1% de los casos.

El lugar o sitio más recurrente donde ocurrió la defunción fue, en primera medida, la casa o domicilio con 75,3% y 71,4% tanto para mujeres y hombres respectivamente; en segundo lugar, se encuentra el hospital o clínica con 23,8% para las mujeres y 26,5% para los hombres; en el centro o puesto de salud y en la vía pública se murieron menos del 1% de la población registrada incluyendo hombres y mujeres.

En todos los periodos de estudios, la tasa de mortalidad por sexo para el cáncer de estómago muestra que los hombres fueron quienes más muertes presentaron; de ahí que el año 2002 fue en el que más fallecimientos se presentaron, con 15 muertes para los hombres por cada diez mil habitantes mayores de 65 años, y las mujeres tuvieron una tasa de muerte de 10 por cada diez mil habitantes adultos mayores. Se mostró un leve descenso

para la tasa de hombres entre los años 2002 y 2005, pasando de 15 a 10 muertes masculinas por cada diez mil habitantes mayores de 65 años, mientras que la tasa de

mujeres se redujo entre los años 2002 a 2004, pasando de 9 a 8 muertes femeninas por cada diez mil habitantes mayores de 65 años. Ver Figura 1.

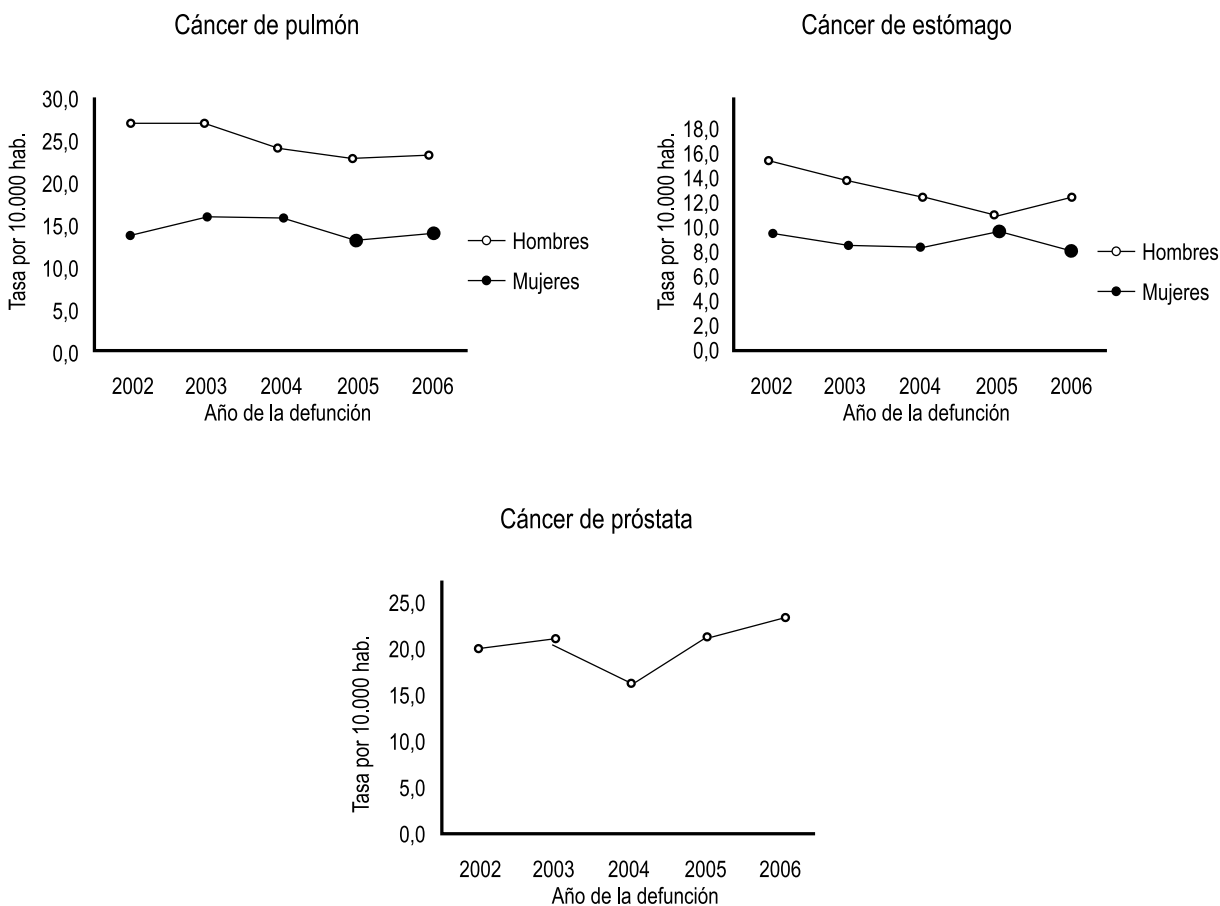


Figura 1. Tasa de mortalidad de los adultos mayores por tumores malignos de pulmón, estómago y próstata, por año y sexo (tasa por 10.000 habitantes). Medellín, 2002-2006.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Certificados de defunción y proyecciones de población. Medellín, 2002-2006. Cálculos de las investigadoras.

Cáncer de próstata

Neoplasia que se desarrolla en uno de los órganos glandulares del sistema reproductor masculino, del total de la población que murió por cáncer en el adulto mayor, este tipo de tumor maligno representó el 8,5% (621), siendo el tercer tipo de carcinoma por el que más se murieron los hombres de Medellín durante dicho periodo.

El riesgo de morir por cáncer de próstata en la población masculina fue de 22,7 por cada 50.000 habitantes para el año 2002, llegando hasta 33,5 en 2006, con un incremento siempre por grupos de edad.

El lugar o sitio donde ocurrió la defunción el 78% (485) fue en la casa o domicilio, seguido por un 20% (126) en el hospital o clínica, el estado civil que más predominó fue el estar casados con un 59%, viudo con

un 24,2% y estar soltero, vivir en unión libre o estar separado con un 15%.

En cuanto al nivel de educación, se observó que el 29% realizó la primaria completa, el 9% no tuvo ningún tipo de estudio y el 22% estuvo en el colegio y/o la universidad de forma completa o incompleta. A la hora de estar registrados en el sistema de seguridad social, se obtuvo que el 68% (425) de los hombres con dicho cáncer eran del régimen contributivo y el 18% (110) del régimen subsidiado; el 14% (86) restante no tenía ninguna vinculación con la seguridad social o no presentaba dicha información.

Para la tasa de mortalidad con cáncer de próstata, se observa que va en aumento cada año del periodo estudiado, al mostrar que pasó de 20 muertes masculinas por

cada diez mil habitantes mayores de 65 años a 23 muertes, del año 2002 al 2006. Ver Figura 1.

Discusión

En Latinoamérica el aumento del control de las enfermedades contagiosas y la expectativa de vida al nacimiento, junto con la urbanización acelerada y una mayor contaminación ambiental, asociadas a una modificación de los hábitos y costumbres, que acompañan al desarrollo económico, hacen que esta región presente cambios importantes en el panorama de la salud, donde las enfermedades crónicas representan una posición sobresaliente frente a las transmisibles y parasitarias, de tal manera que se han incrementado los recursos para la atención en salud y la generación de políticas especiales para el control del cáncer, así como proporciona una administración racional de los recursos necesarios disponibles y el conocimiento adecuado para su prevención y atención [9].

El cáncer de pulmón es uno de los tumores más frecuentes en todo el mundo: se detectan alrededor de 1'400.000 nuevos casos cada año, el 16,6% de todos los tumores entre los hombres (965.000) y el 7,6% entre las mujeres (387.000 casos) y, asimismo, se registran 1'200.000 muertes por esta enfermedad. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 55 y los 75 años, con un pico de incidencia entre los 65 y los 70 años, aunque se ven casos desde los 35-40 años. Entre el 80% y el 90% del cáncer de pulmón se da en fumadores o en personas que hayan dejado de fumar recientemente [10].

En los países en vías de desarrollo, la incidencia de cáncer de pulmón es generalmente más alta en los grupos más privilegiados desde el punto de vista social y económico, aún cuando las tasas son más bajas que en los países desarrollados [11]. Esta información no discrepa con este estudio, en la medida en que el cáncer de pulmón se ubicó como la primera causa de muerte en la población de estudio y su dinámica muestra que la tasa de mortalidad promedio fue de 18,4 por cada diez mil habitantes; asimismo, se observaron grandes diferencias entre hombres y mujeres, siendo los hombres los que superaban en mayor cantidad de muerte a las mujeres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el cáncer gástrico es una de las neoplasias más frecuentes en el mundo contemporáneo con 740.000 defunciones [12]; el cáncer de estómago, cuello de útero, hígado y esófago son más comunes en los países en vías de desarrollo y en los grupos sociales y económicamente menos favorecidos en los países industrializados [13]. En este estudio, el tumor maligno de estómago fue la segunda causa de muerte por neoplasia; en Ecuador y

Chile esta causa tiene la mayor incidencia, en Argentina y Uruguay este puesto corresponde al cáncer de pulmón. Según el Plan de acción de la ops de prevención y control del cáncer, se encontró que en los hombres el cáncer de próstata presenta la incidencia más alta en la mayoría de los países suramericanos, igual sucedió en la ciudad de Medellín, el tumor maligno de próstata ocupó la tercera posición.

En Latinoamérica, las principales causas de mortalidad por cáncer en los hombres son el cáncer de próstata, pulmón y estómago, con excepción de Argentina, Bolivia y Uruguay, donde la tercera causa de muerte es el colorrectal. Cabe resaltar que en la región, Uruguay exhibe las tasas de mortalidad más altas por cáncer de pulmón en los hombres, con aproximadamente 50 por cien mil habitantes. Esta cifra refleja las altas tasas de consumo de tabaco en el país, donde como mínimo 35% de los hombres y 26% de las mujeres fuman cigarrillos diariamente [14].

Por otro lado, en las mujeres el cáncer cervicouterino es el tumor maligno más frecuente en la región andina; pero, en Chile y Ecuador ocupan el primer puesto la defunción por tumor maligno el estómago [14]. Para este estudio se encontró que el cáncer de estómago fue la segunda causa de muerte, que representó un 8,5% incluyendo ambos sexos, donde se presentan 10,5 defunciones por cada 10.000 habitantes.

Para Colombia el cáncer de próstata ocupa el primer lugar en incidencia (40 por cien mil habitantes) y en mortalidad (14,6 por cien mil habitantes), seguido por cáncer de estómago (13,3 por cien mil habitantes) y por cáncer de pulmón (11,2 por cien mil habitantes) [15]. Similar a Colombia, en los adultos mayores de la ciudad de Medellín, también se registran estos tres tipos de cáncer, pero variando el orden (pulmón, estómago y próstata).

En Colombia, para el caso de los hombres, el riesgo de morir por cáncer en el año 2008 fue principalmente el de estómago (17,8 por cien mil habitantes), de pulmón (15,3 por cien mil) y de próstata (14,6 por cien mil). En las mujeres, el riesgo es mayor por cáncer de mama, cérvico uterino (10,0 por cien mil habitantes) y de estómago (9,6 por cien mil) [15]. En contraste, los hombres adultos mayores de Medellín, fallecieron principalmente por tumor maligno de pulmón y próstata, mientras las mujeres mayores lo hicieron por tumor maligno en estómago y pulmón, siendo este el aporte de este artículo, al contribuir al estado de la cuestión acerca de las causas de muerte de la persona mayor, puesto que este grupo poblacional representa el 9% de la población, pero el 58,3% de todas las neoplasias ocurren en personas mayores.

Es preciso concluir que, 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; la detección tardía de un tumor maligno puede deberse a la presencia de síntomas de enfermedades crónicas frecuentes en esta edad y a la ausencia de coberturas médicas preventivas, las cuales pueden estar dirigidas a la atención propiamente dicha o ausencia de cobertura del sistema de seguridad social [4].

Agradecimientos

Las investigadoras agradecen a la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia por los espacios de discusión y enriquecimiento en el proceso formativo.

Referencias

- 1 Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa: Cáncer [internet]. Ginebra: OMS; 2008 [acceso 4 de agosto de 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
- 2 González M, González J, Feliu J. Cáncer en el Anciano. Barcelona: Masson SA; 2001.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. Salud de las personas de edad. Envejecimiento y Salud: un cambio de paradigma. Rev. Panam. Salud Pública. 2000; 7(1): 60-67.
- 4 Soriano JL, Carrillo G, Arrebola JA, Martín A. El cáncer en la tercera edad. Revista Cubana de Oncología. 1995; 11(1): 64-70.
- 5 Jemal A, Bray F, Ferlay J, Ward E, Forman D. Estadísticas Globales de Cáncer [libro en internet]. A Cancer Journal for Clinicians; 2011 [acceso 2 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20107/full>
- 6 Organización Mundial de la Salud. Cáncer. Nota descriptiva 297 de 2012. Ginebra: OMS; 2012.
- 7 Núñez HN, Peña HA, Montiel A, Villalva O, Pazos J, Días G. Cáncer en el estómago [internet]. Chilpancingo de los bravos: Universidad Autónoma de Guerrero; 2011 [acceso 4 de Mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/hober184/cncer-de-estmago-7141639>
- 8 Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Registros de defunciones y proyecciones poblacionales [Internet]. Bogotá D.C: DANE; 2011 [acceso 3 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co>
- 9 Mirra AP. Registros de cáncer en América Latina. Rev Bras Cancerología. 1997; 43 (1).
- 10 Anónimo. Epidemiología del cáncer de pulmón en España y en el mundo occidental. [Internet]. [acceso 21 de Marzo de 2011]. Disponible en: http://www.cancerpulmon.es/mas_informacion_5.html
- 11 Lence JJ, Camacho R. Cáncer y transición demográfica en América Latina y el Caribe. Rev Cubana Salud Pública. 2006; 32(3).
- 12 Piñol F, Paniagua M. Cáncer gástrico y factores de riesgo. Rev Cubana de Oncol. 1998; 14(3): 171-179.
- 13 Organización Panamericana de la Salud. El cáncer en América Latina y el Caribe [internet]. Washington D.C: OPS; 2008 [acceso 20 de Marzo de 2011]. <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-fact-sheet-LAC.pdf>
- 14 Benavente A. Epidemiología del cáncer [Internet]. 2008 Jul; 19 [acceso 3 de Septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/guested4b08/epidemiologia-del-cncer-dra-ana-benavente>
- 15 Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC). GLOBOCAN. 2008. Lyon: IARC; 2012.