

Aspectos Epidemiológicos del cáncer de mama en la comunidad autónoma del País Vasco

M.I. Izarzugaza Lizarraga, C. Audicana Uriarte, H. Esparza Muñoz, J. Natividad Muñoz

Dpto. de Sanidad del Gobierno Vasco,
Servicio de Registros e Información Sanitaria.
Donostia-San Sebastián, s/n
01010 Vitoria-Gasteiz

Introducción

En la mayoría de los países industrializados el cáncer de mama es la primera causa de muerte en la mujer. En los países africanos y latinoamericanos ocupa el segundo lugar, después del cáncer de cérvix uterino y en los países asiáticos también ocupa el segundo lugar pero después del cáncer gástrico (1,2). En España a partir de los años 70, y con 10-15 años de retraso con respecto a otros países europeos, el cáncer de mama ha sido la primera causa de muerte por cáncer, en las mujeres. En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) también es la primera causa de mortalidad en las mujeres (3).

En los países de la Unión Europea el cáncer de mama representa el 26% de la incidencia del cáncer en las mujeres. En España, las tasas de incidencia al igual que las de mortalidad, presentan diferencias geográficas (4) y por ello, es interesante que cada comunidad conozca el patrón descriptivo de esta enfermedad en su propia población por medio de diferentes indicadores.

El cáncer de mama en los hombres es una enfermedad rara en comparación con las mujeres y supone menos del 1% de todos los tumores que afectan a los hombres (5). Por esta razón en los datos que se presentan a continuación se hará referencia sólo a las mujeres sino se especifica lo contrario. La información de la CAPV será descriptiva con referencia a la incidencia, mortalidad y altas hospitalarias.

Material y Método

Para el cálculo de la incidencia del cáncer de mama de la CAPV se han utilizado los casos recogidos por el Registro de Cáncer

de Euskadi (RCE). Este es un registro poblacional creado en 1986 y que cubre la Comunidad Autónoma del País Vasco y los detalles de su organización han sido publicados (6). Aunque no se ha realizado ningún estudio específico de exhaustividad del Registro, el número de casos de cáncer de mama procedentes del Certificado de Defunción Exclusivamente ha ido disminuyendo con el paso de los años y ha pasado de 9,4% el primer año a 3.0% en 1994. El número de casos diagnosticados de cáncer de mama y verificados microscópicamente es del 92%. En general se siguen las normas de control de calidad recomendadas internacionalmente (7). El período comprendido para este estudio es desde 1987 a 1994 ya que parece indicado excluir el año 1986 por ser el primer año del Registro (8).

El Registro de Mortalidad se creó en 1986 en el Departamento de Sanidad y utiliza como principal fuente de información los Boletines Estadísticos de Defunción que suministra el Instituto Nacional de Estadística (INE) al EUSTAT (Instituto Vasco de Estadística). Se han establecido una serie de controles de calidad que se acordaron entre el INE y los Registros de Mortalidad de las distintas Comunidades Autónomas. Para el estudio se han incluido los datos del período 1987 a 1998.

Para conocer la información relacionada con la actividad hospitalaria se han obtenido datos del Registro de Altas Hospitalarias que se basa en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Este Registro fue creado en el año 1993 para los hospitales públicos y se obtienen datos de la actividad hospitalaria privada desde 1994. Por esta razón el período de estudio se extiende de 1993 a 1999. Este registro también tiene sus propios controles de calidad.

Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas, respecto a la totalidad de los tumores malignos, las tasas específicas por edad (en grupos de cinco años), las tasas crudas, y las tasas estandarizadas por edad, para la CAPV y Territorio

Histórico, siguiendo el método directo y utilizando como referencia la población mundial. Las tasas se expresan como casos por 100.000 mujeres por año. La población utilizada para el cálculo de las tasas, se ha obtenido por interpolación y extrapolación lineal entre los padrones de 1986 y 1996 y el censo de 1991 suministrados por el EUSTAT. Se comparan con las tasas de otros países europeos obtenidas para el año 1990 de la base de datos EUCAN (9).

También se analizó la tendencia temporal de la incidencia y la mortalidad en el período 1987-1994 exclusivamente. El análisis se realizó mediante un modelo de regresión de Poisson (10). El ajuste de la tasa se llevó a cabo con la población europea. El cálculo del intervalo de confianza al 95% se obtuvo por aproximación binomial. En el cálculo de la variación de las tasas se utilizó como variable dependiente los casos incidentes y las defunciones, y como variable independiente la edad y el año de diagnóstico o de defunción. En este cálculo se asume una tendencia lineal para el log de las tasas de modo que el exponencial del coeficiente de regresión obtenido representa la razón de las tasas entre los años contiguos. La población utilizada para el cálculo de las tasas fue la correspondiente a 1991.

Para los diferentes cálculos se utilizó una aplicación específicamente diseñada para el registro de Cáncer y el paquete estadístico SAS.

Resultados

En la Tabla 1 se observa el número total de casos de cáncer de mama diagnosticados por primera vez, o **incidentes**, para cada año del período 1987-1994 y que en total fueron de 6.234. Así mismo, las tasas brutas y ajustadas a la población mundial y su distribución en cada uno de los Territorios Históricos. Para el conjunto del período la tasa de incidencia en la CAPV fue de 49,7/100.000 y sin mucha

Correspondencia:
M.I. Izarzugaza
Dpto. de Sanidad del Gobierno Vasco
Servicio de Registros e Información Sanitaria
c/ Donostia - San Sebastián, s/n
01010 VITORIA-GASTEIZ

TABLA 1
Incidencia del cáncer de mama en mujeres CAPV 1987-1994

	CAPV				ALAVA	GIPUZKOA	BIZKAIA
	N.º	%	T. BRUTA	T. AJUSTADA*	T. AJUSTADA*	T. AJUSTADA*	T. AJUSTADA*
1987	742	28,5	68,6	49,9	44,1	53,4	49,1
1988	673	25,9	62,4	44,5	37,2	45,3	45,6
1989	682	25,6	63,8	42,7	48,9	40,9	42,4
1990	783	28,3	73,2	50,8	56,3	53,7	47,9
1991	758	26,6	70,6	48,4	43,4	55,7	45,1
1992	794	26,8	74,3	50,2	54,9	46,4	51,3
1993	858	27,3	80,4	51,8	55,1	52,4	50,8
1994	944	28,9	88,5	58,3	61,8	55,3	59,4
1987-1994	6234	27,2	72,7	49,7	50,5	50,5	49,0

* Tasas ajustadas a la población mundial por 100.000.

TABLA 2
Mortalidad del cáncer de mama en mujeres CAPV 1987-1994 (*)

	CAPV				ALAVA	GIPUZKOA	BIZKAIA
	N.º DEF.	% (#)	T. BRUTA	T. AJUSTADA*	T. AJUSTADA*	T. AJUSTADA*	T. AJUSTADA*
1987	291	20,2	26,9	18,3	15,6	15,0	20,6
1988	311	20,0	28,9	19,0	19,8	17,5	19,7
1989	285	19,2	26,5	16,9	17,8	18,6	15,7
1990	311	19,7	29,0	18,5	23,3	19,1	17,2
1991	317	19,4	29,6	18,1	18,6	19,4	17,2
1992	325	20,6	30,4	18,5	16,9	20,4	17,6
1993	317	19,9	29,6	17,9	17,5	20,7	16,3
1994	314	18,8	29,3	16,4	14,4	16,4	16,7
1995	333	20,0	31,1	17,7	15,1	18,1	18,1
1996	341	19,7	31,8	16,9	15,7	16,1	17,6
1997	293	16,3	27,3	14,7	10,6	15,4	15,2
1998	313	16,9	29,2	15,4	9,6	16,7	16,0

* Tasas ajustadas a la población mundial por 100.000.

(#) % de defunciones por cáncer de mama del total de defunciones por cáncer.

diferencia en cada uno de los Territorios Históricos: 50,5 en Alava, 50,5 en Gipuzkoa y 49,0 en Bizkaia.

La verificación microscópica de los casos, que incluye la citológica y la histológica, fue del 93,3%. El carcinoma ductal infiltrante, agrupado como adenocarcinoma (11), constituye el grupo histopatológico

más frecuente (85,5%). Los tipos histológicos no especificados junto con los carcinomas inespecíficos son los siguientes grupos más frecuentes (Fig. 1).

Durante este período el número de carcinomas "in situ" diagnosticados en la mama ha ido en aumento y ha pasado de 24 en el año 1987 a 63 en el año 1994. El 39% de estos casos se diagnosticaron en mujeres entre 40 y 49 años y entre ellas fueron más frecuentes en las de 45 a 49 años.

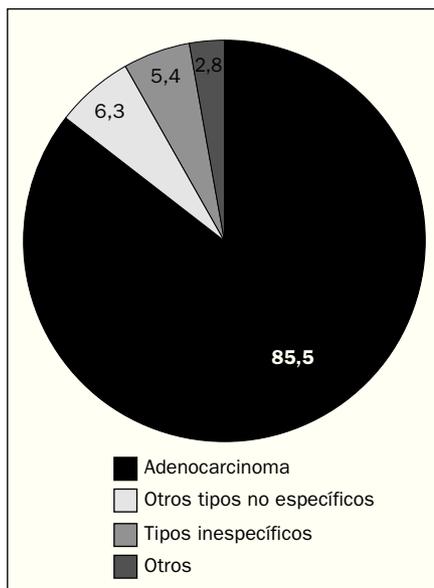


Fig. 1: Distribución del cáncer de mama por tipo histológico, CAPV 1987-1994.

En la Figura 2 se presenta la tasa de incidencia específica para cada uno e los grupos de edad. Los primeros casos se observan a partir de los 15 años. También se puede comprobar en esta gráfica que la incidencia a partir de los 30 años aumenta de una manera abrupta hasta los 45 años y posteriormente el incremento es continuo hasta los 79 años, pero de una manera más lenta, coincidiendo con el período de la menopausia.

La comparación de la tasa de incidencia en la CAPV con los países de la Unión Europea, referida al año 1990, se aprecia en la Figura 3 y demuestra que es una de las más bajas (62,6/100.000).

La mortalidad debida al cáncer de mama en las mujeres y en el período 1987-1998 en la CAPV y Territorios Históricos se presenta en la Tabla 2. En los primeros años de este período las tasas no presentan, en la CAPV, grandes variaciones pero en los últimos años (1995-1998) se aprecia una disminución de las mismas.

La tasa de mortalidad específica por edad en el período 1987-1994 se puede observar en la Fig. 2 en la que se observa un fenómeno semejante al de la tasa de incidencia.

La tendencia en la evolución de las tasas, tanto de mortalidad como de incidencia considerando el período de 1987 a 1994 solamente, han sufrido un incremento

TABLA 3
Evolución de la mortalidad e incidencias por cáncer de mama CAPV 1987-1994

TASAS	% Δ ANUAL	IC 95%	P
Mortalidad	+1,23	0,50 2,99	0,1641
Incidencia	+4,14	3,01 5,28	0,0001

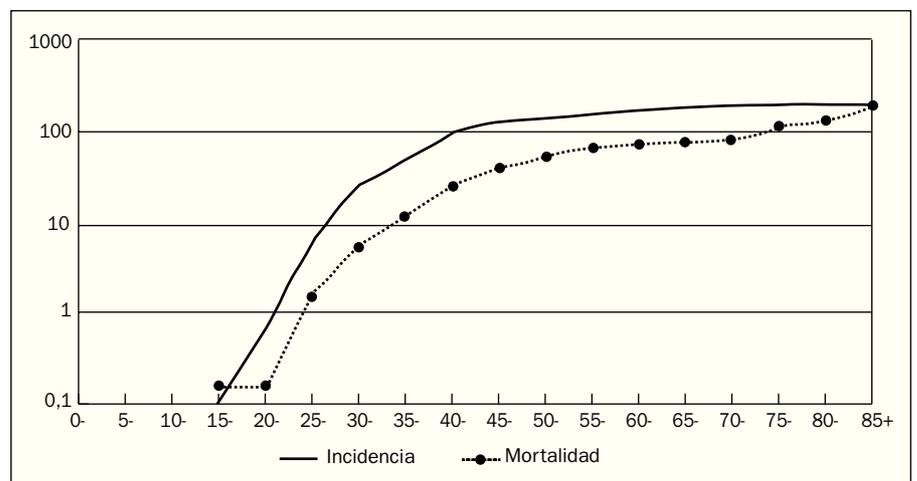


Fig. 2: Evolución de las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer de mama en mujeres, CAPV 1987-1994.

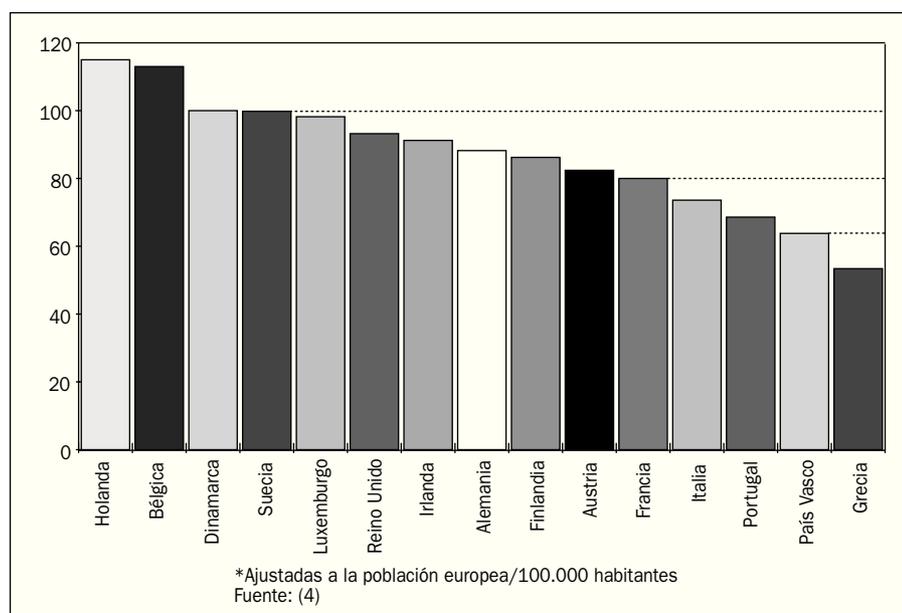


Fig. 3: Comparación de las tasas de incidencia* de cáncer de mama en la CAPV con países de la Unión Europea.

como se puede observar en la Tabla 3. El aumento de la incidencia es mayor que el de la mortalidad y estadísticamente significativo.

El número de **altas hospitalarias** que se han producido en el período 1993-1999 en los hospitales públicos de la CAPV, con el diagnóstico de cáncer de mama, han ido en aumento hasta el año 1998 (Tabla 4). El número estimado de pacientes que fueron ingresados ha pasado de 623 a 946 y el número total de días de estancia que han causado fue de 8.138 en 1993 y 6.657 en el año 1999. Estas variaciones han influido sobre la estancia media, que ha disminuido algo más en Alava (de 10,2 días a 4,2 días) que en Gipuzkoa (de 10,2 a 6,7 días). En Bizkaia ha pasado de 11,3 a 5,7 días. En los Hospitales privados se produjeron un total de 2.261 altas por esta patología, la mayor parte de ellas en Gipuzkoa. La estancia media fue superior a la de los hospitales públicos.

TABLA 4

N.º altas por cáncer de mama en los hospitales públicos CAPV 1993-1999

	ALAVA	GIPUZKOA	BIZKAIA	CAPV
1993	135	137	473	745
1994	125	223	527	875
1995	144	280	501	925
1996	199	291	556	1046
1997	228	302	599	1129
1998	165	364	701	1230
1999	163	283	711	1157

Discusión

A partir de los datos de varios Registros se han presentado las características del cáncer de mama en la CAPV y varios indicadores epidemiológicos. Aunque los años incluidos en el estudio de cada uno de ellos, no son exactamente los mismos, esto tiene el inconveniente de que no se puede tener una imagen completa del mismo período pero tiene la ventaja de que alguno de ellos puede señalar la evolución futura. La calidad de los datos de cáncer de mama medida por sus indicadores específicos, permiten que los resultados obtenidos sean de calidad suficiente. Como ya ha sido señalado en múltiples estudios, la edad es uno de los factores de riesgo más importantes y así se pone de manifiesto en este estudio. Las tasas más altas de incidencia específica por edad y con un progresivo aumento, se encuentran a partir de los 50 años, pasando de 136,7 a 191,5 en las mujeres de más de 85 años. Es interesante observar como han aumentado el número de tumores "in situ" en este período así como que se hayan diagnosticado en su mayoría en mujeres menores de 50 años. La influencia de este hecho se reflejará en la incidencia específica por edad y en la supervivencia en las próximas décadas. Las tasas de incidencia de cáncer de mama en la CAPV están en un nivel medio cuando se las compara con las de otros Registros españoles (1). Por Territorios Históricos, es el de Bizkaia el que presenta una tasa media. El comportamiento de las tasas no se ha mantenido de un

modo homogéneo durante estos años en Alava y en Gipuzkoa y han presentado una oscilación entre las más altas y las más bajas. Esta situación se puede explicar, en parte, por ser un período corto y una población con menor número de casos que en Bizkaia. No hubo cambios en el método de recoger los casos.

La evolución de la tasa de incidencia hasta el año 1994 fue en aumento y también la de la mortalidad. Sin embargo, es a partir de este año cuando se empieza a apreciar un enlentecimiento de la mortalidad de la mortalidad y probablemente sea lo que veamos en los próximos años, semejante a lo que ya se viene observando en el conjunto de los países de la Unión Europea (12).

Las altas hospitalarias se pueden considerar como un indicador indirecto de la morbilidad, especialmente en una patología como el cáncer en la que generalmente los pacientes van a ser atendidos en los hospitales. En la CAPV el número de altas hospitalarias, tanto en los hospitales públicos como en los privados, ha ido en aumento desde el año 1993 al año 1999 y también el número estimado de pacientes. El mayor número de altas en hospitales privados en Gipuzkoa es debido a que allí se encuentra el Instituto Oncológico en donde el cáncer de mama es una de las principales patologías atendidas.

Con los resultados obtenidos de la incidencia y de las altas hospitalarias en dos períodos diferentes, y considerando que el programa de detección precoz de cáncer de mama en la población femenina vasca, aún no había comenzado, es muy posible que la incidencia de cáncer de mama aumente en los próximos años del Registro de Cáncer. Como ya se ha comprobado en diferentes áreas, en los primeros años de la puesta en marcha de un programa de detección precoz de cáncer de mama, el número de casos aumenta.

Uno de los indicadores interesantes para entender los beneficios del diagnóstico precoz y el tratamiento, es conocer la supervivencia. En España son escasos los estudios que se han llevado a cabo en la población general. El único estudio de supervivencia realizado en el País Vasco está referido a la población de Gipuzkoa en donde el Registro tiene una mayor antigüedad (13). En comparación con los resultados obtenidos en Zaragoza (14) la probabilidad de supervivencia en Gipuzkoa es algo inferior en el primer año desde el diagnóstico (87,7), pero superior a los cinco años (60,4). El RCE ha participado con los datos de 1986-1988 en el estudio EURO CARE que analiza la supervivencia en Europa (15). La supervivencia relativa a los cinco años, es decir, la que se estima

como producida sólo por el tumor de mama, se calculó en el 70%. Este valor es muy similar al de España y es un valor medio con respecto al resto de los países comparados.

En resumen: Los indicadores relativos al cáncer de mama presentados señalan que la magnitud de esta patología es importante para las mujeres vascas. Las tasas en el período de 1987 a 1994 han ido en aumento y son medias con respecto a otros países. Se estima que en los próximos años la incidencia de cáncer de mama puede aumentar y probablemente se observe una estabilización de la mortalidad.

Referencias Bibliográficas

1. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J. Eds. Cancer Incidence in Five Continents, vol. VII. IARC Scientific Publication No. 143. Lyon, 1997.
2. Coleman MP, Estève J, Damiecki P, Arslan A, Renard H. Trends in Cancer incidence and mortality. Lyon: International Agency for Research on Cancer. Scientific Publication Nº 121, 1993.
3. Esnaola S, Elexpe X, Aldasoro E. Tendencias y distribución geográfica de la mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco. 1980-1992. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 1995.
4. Miñarro R, Black RJ, Martínez C, Navarro C, Garau I, Izarzugaza I, et al. Cancer Incidence and Mortality in Spain. Patterns and trends. IARC Technical Report N º36. Lyon, 1999.
5. Michelena MJ, Rezola R, Larrañaga N; Basterretxea M. Características del cáncer de mama masculino. Comunicación presentada en la XXV reunión del grupo para la Epidemiología y el registro del Cáncer en los países de Lengua Latina. Donostia-San Sebastián, 2000.
6. La incidencia del cáncer en el País Vasco, 1987-1991. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 1997.
7. Skeet RG. Quality and Quality control. In: Cancer registration. Principles and methods. Ed.: Jernsen OM, Parkin DM, MacLennan R, Muir CS, Skeet RG. IARC Scientific Publications Nº 95. Lyon, 1991.
8. Izarzugaza MI. Estudio epidemiológico descriptivo del cáncer en el País Vasco. Tesis Doctoral. Universidad del País Vasco, 1995.
9. Ferlay J, Black RJ, Pisani P, Valdivieso MT, Parkin DM. EUCAM90: Cancer in the European Union in 1990. IARC Cancer Database Nº1. International Agency for Research on Cancer. Lyon, 1997.
10. Frome EI, Checkoway H. Use of Poisson regression modes in estimating incidence rates and ratios. Am J Epidemiol 1985; 121:309-323.
11. Parkin DM, Shanmugaratnam K, Sobin L, Ferlay J, Whelan SL. Histological Groups for comparative studies. IARC Technical report Nº 31. Lyon, 1998.
12. Levi F, Lucchini F, La Vecchia C, Negri E. Trends in mortality from cancer in the European Union, 1955-94. Lancet 1999;354:742-3.
13. Michelena MJ, Izarzugaza MI, Larrañaga N. Estudio de supervivencia del cáncer de mama en Gipuzkoa. Oncología 1197; 20(4): 175-183.
14. Navarro JF, Vioque J, Cuchí C, Crespo B, Mateos E, Millas J, Bolumar F, Arribas JL, Gómez LI. Supervivencia del cáncer de mama en Zaragoza (1960-1990) en relación con la edad, estadio clínico y período de tiempo del diagnóstico. Med Clin (Barc)1995; 105:721-727.
15. Berrino F, Capocaccia R, Estève J, Gatta G, Hakulinen T, Micheli A, Sant M, Verdecchia A, Editores. Survival of Cancer Patients in Europe; The EURO CARE-2 Study. IARC Scientific Publications Nº 151, Lyon 1999.