



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA ESPAÑOLA, I.A.P.

HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

ANÁLISIS DE 10 AÑOS DE CÁNCER PULMONAR
EN EL HOSPITAL ESPAÑOL

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN:

CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA:

DR. MIGUEL ALEJANDRO MARTÍNEZ ARIAS

ASESOR:

DR. JOSE MANUEL LORENZO SILVA

JEFE DE SERVICIO DE CIRUGÍA DE TORAX
HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO



HOSPITAL ESPAÑOL

MÉXICO, D. F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ANALISIS DE 10 AÑOS EN CANCER PULMONAR EN
EL HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO.**

Servicio de Cirugía de Tórax.
Hospital Español de México.

Asesor de Tesis:

Dr. Armando Baqueiro Cendón.
Jefe del curso de Cirugía General.
UNAM. Sede Hospital Español de México
Jefe del Servicio de Gastrocirugía.
Hospital Español de México.

Co-Asesor

Dr. José Manuel Lorenzo Silva
Adscrito al Servicio de Cirugía de Tórax.
Hospital Español de México.

Presenta Tesis:

Dr. Miguel Alejandro Martínez Arias
Residente de 4º año de Cirugía General.
Hospital Español de México.

Fecha de Presentación de Protocolo: Abril 2000.

Fecha probable de Inicio: Abril 2000.

Fecha probable de Término: Julio 2010.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
HIPÓTESIS	4
OBJETIVO	4
MATERIAL Y METODOS	5
TIPO DE ESTUDIO	5
UNIVERSO Y MUESTRA DEL ESTUDIO	5
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	5
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	5
RESULTADOS	7
DISCUSIÓN	38
CONCLUSIONES	39
BIBLIOGRAFÍA	40

INTRODUCCIÓN

A principios de este siglo, el carcinoma broncogenico continua siendo una enfermedad frecuente, que se coloca dentro de las principales causas de mortalidad por cáncer y una de las principales causas de muerte en los piases industrializados. Para la mayoría de otras neoplasias, a diferencia de otros tipos de cancer la incidencia y mortalidad han aumentado, y sobre la base del aumento en el uso del tabaco, las expectativas que estas disminuyan son muy pocas. Pero tambien se ha observado que no se cuenta con algun metodo de búsqueda inicial, esto para la deteccion temprana, por lo que hace que se diagnostique tardiamente teniendo como resultado un pronostico malo de sobrevida.

Los factores que favorecen el desarrollo de cáncer broncogénico en fumadores incluyen, la duración del hábito del tabaco, el número de cigarrillos (cuantificados como paquete/año), el tipo de tabaco y la edad de inicio. A pesar de toda la evidencia que se ha encontrado con relación al cáncer broncogenico y el uso de tabaco, aun existe hoy en día factores que no se conocen con claridad.

En el periodo de tiempo del estudio se valorará a todos los pacientes internados en el hospital con diagnóstico de carcinoma broncogénico, de estos se incluirán en el estudio aquellos que sean sometidos a tratamiento quirúrgico por cualquier médico que labore en éste hospital. 2002 1.35 millones nuevos casos 1.18 fallecieron por cancer de pulmon en los cuales el factor primordial fue el tabaquismo, El carcinoma broncogénico es el segundo tumor diagnosticado con mayor frecuencia en los hombres y el que ocasiona mayor mortalidad (15 995 fallecimientos en 2002; 26.2% de todas las muertes por tumores). Fue también causa de muerte en 2 119 mujeres (5.8% de las causadas por tumores). la supervivencia absoluta a los 5 años se halla próxima al 8%, pero la supervivencia relativa (ajustada por edad según otras causas de muerte en una población similar) alcanza el 12.4% en hombres y el 12.8% en mujeres.

Con la información existente, se observa en México el incremento gradual de las tasas de morbilidad y de mortalidad por cáncer en la población de mayor edad, afectando cada vez a más. La muerte prematura por cáncer es una de las más tempranas dentro de las enfermedades crónicas, en el 2001 correspondió a la pérdida de 33.5 años potenciales de vida, que traducidos a los años de vida productivos equivalen a 947,425 años anuales, los cuales al multiplicarse por un salario mínimo de \$38.05 diarios* suman una pérdida de \$13,158,075,256.00 de costo directo, a lo que habría que agregar gastos de atención, invalidez, discapacidad y otros no valorables desde el punto de vista material como la calidad de vida individual y familiar.

Asimismo, la asociación entre tabaco y cáncer de pulmón ha sido bien establecida, el riesgo relativo en fumadores se ha duplicado en hombres y cuadruplicado en mujeres. Existe una predisposición genética, los fumadores con antecedentes familiares de cáncer pulmonar tienen un riesgo relativo de 2 a 2.5 veces mayor en relación con fumadores sin antecedentes familiares. La dieta es otro factor, el riesgo se incrementa con una dieta alta en colesterol y en consumo de grasas; se ha mencionado un efecto protector de las vitaminas A y C y los betacarotenos.⁹⁻¹²

En México es difícil evaluar la frecuencia del padecimiento. Datos de la Secretaría de Salud (SSA) indican que la mortalidad por cáncer se incrementó de 1.78%, en 1950, a 9.32% (tasa bruta por 100 00 habitantes), en 1986.¹³ En 14 824 autopsias practicadas, entre 1953 y 1970, en los principales hospitales generales de la ciudad de México, de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y en el Hospital General de México-SSA, las neoplasias malignas fueron la enfermedad principal en 28.5% y, de éstas, el cáncer pulmonar ocupó el tercer lugar con 7.4%. En el IMSS las enfermedades se dividieron por aparatos y sistemas, el aparato respiratorio ocupó el sexto sitio y las neoplasias malignas de éste representaron 9%; en el ISSSTE, los tumores malignos ocuparon el segundo lugar como enfermedad principal con 17% y, de éstos, el cáncer broncogénico representó 14%.¹⁴

De 1981 a 1985, el carcinoma pulmonar ingresó al grupo de las primeras 20 causas de muerte, y aunque la tasa de mortalidad general disminuyó la de cáncer pulmonar mostró una tendencia al aumento.¹⁵ En 1976, en el IMSS, entre las defunciones por tumores malignos, el carcinoma cervicouterino ocupaba el primer lugar; en 1982, el cáncer pulmonar lo desplazó y alcanzó el primer puesto.¹⁶

La tasa cruda de mortalidad por cáncer pulmonar (por 100 000 habitantes) se incrementó de 5.01, en 1979, a 7.25, en 1993, y esto fue más ostensible en los estados del norte de la República mexicana.¹⁷

El Hospital General de México,¹⁹ informaron de 923 casos de carcinoma broncogénico, estudiados entre 1971 y 1990; la relación hombre/mujer fue de 1.95:1. El tipo histológico fue epidermoide en 32%; adenocarcinoma, en 28%, y carcinoma de células pequeñas, 13% en hombres; en mujeres, adenocarcinoma, en 39% y epidermoide, en 29%. Asimismo, Medina y colaboradores,²⁰ en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), encontraron una alta frecuencia en pacientes de entre 61 y 70 años, el tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma.

JUSTIFICACIÓN

Determinar la incidencia y el manejo quirúrgico del carcinoma broncogénico en el Hospital Español de México y comparar los resultados con la literatura.

Se realizará un estudio prospectivo, a partir de Enero de 1999 a Diciembre de 2009, para conocer la incidencia, prevalencia y abordaje quirúrgico del Carcinoma Broncogénico en el Hospital Español de México.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En virtud de la dificultad para el diagnóstico oportuno de estos tumores en estadios tempranos la cirugía y evolución posterior estos pacientes representa un reto para el cirujano, grupo médico y área hospitalaria, requiriendo de un gran apoyo tecnológico, administrativo y de laboratorio, para poder llevar a cabo este tipo de procedimientos con éxito.

HIPÓTESIS

El tratamiento Quirúrgico del Carcinoma Broncogénico es el tratamiento de elección en estadios iniciales.

OBJETIVOS

Conocer la incidencia, prevalencia y pronóstico de los carcinomas broncogénicos susceptibles a tratamiento quirúrgico en la Unidad Pablo Diez del Hospital Español de México.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Observacional, Prospectivo.

Población: Todos los pacientes con diagnóstico Cáncer Broncogénico, en el Hospital Español de México, de Enero de 1999 a Diciembre de 2009.

Muestra: los pacientes con diagnóstico Cáncer Broncogénico, en el Hospital Español de México, de Enero de 1999 a Diciembre de 2009.

Criterios de Inclusión: los pacientes con diagnóstico Cáncer Broncogénico, en el Hospital Español de México, de Enero de 1999 a Diciembre de 2009.

Criterios de Exclusión: Ninguno, 4 Expedientes se dieron de baja antes de la revisión, En algunas variables no se contaba con expediente completo

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizara el concentrado de resultados en gráfica de barras y de pastel.

Se utilizara hoja de recolección de datos; los cuales se vaciaran en una base de datos para realizar el análisis estadístico final.

ANALISIS ESTADÍSTICO

Se realizara un análisis descriptivo, de los casos revisados en el estudio, a través de porcentajes.

ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD

Al ser un estudio observacional y prospectivo, los pacientes no son sometidos a ningún riesgo y por lo tanto no se requiere autorización de los mismos.

DISEÑO Y DURACIÓN

Estudio prospectivo a partir de Abril de 1999 a Julio de 2009.

Estudio observacional, longitudinal y prospectivo.

La recopilación de datos se realizara a través del análisis de los casos.

Origen de la iniciativa: Servicio de Cirugía de Tórax..

EXPECTATIVAS

Dicho protocolo se utilizara para la realización de la Tesis de Especialidad en Cirugía General, del Dr. Miguel Alejandro Martínez Arias, y a la vez podrá ser utilizado para publicación en revistas de Investigación y para presentación en Congresos.

RECURSOS DISPONIBLES

Humanos: Médicos.

Instalaciones: Unidad Pablo Diez del Hospital Español de México.

Equipo: Computadora. Archivo.

Material Consumo: Papel.

RECURSOS A SOLICITAR POR PARTIDA

No requiere de recursos, ya que se trata de un estudio, observacional,

Prospectivo.

RESULTADOS

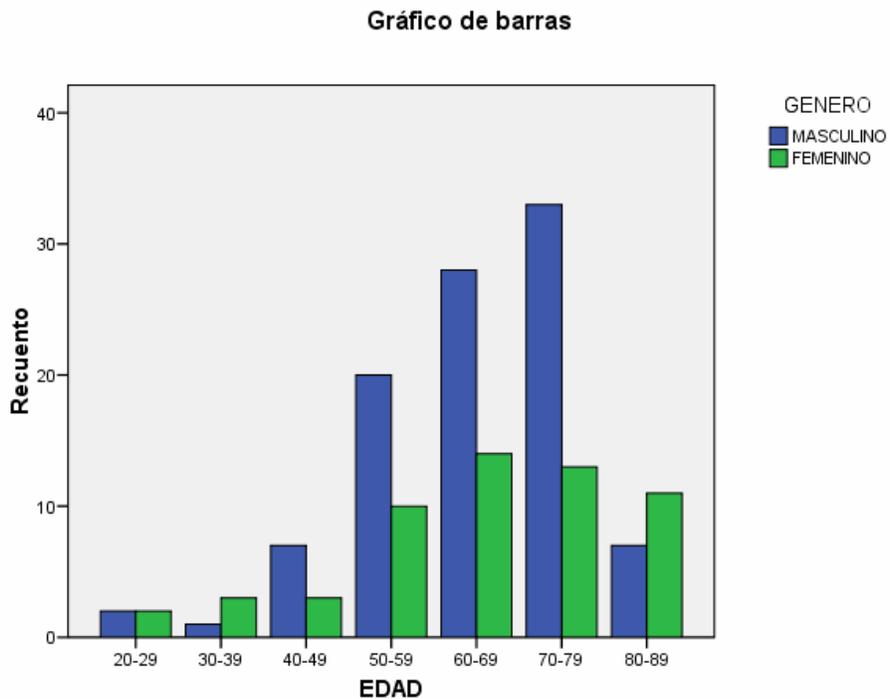
Se encontraron los siguientes resultados, el genero mas frecuente fue el genero masculino en un 63.6 %, teniendo al genero femenino en un 36.4% con una relación 1.75:1 en pacientes con diagnostico de cáncer broncogenico

Tabla de contingencia EDAD * GENERO

			GENERO		Total
			MASCULINO	FEMENINO	
EDAD	20-29	Recuento	2	2	4
		% del total	1.3%	1.3%	2.6%
	30-39	Recuento	1	3	4
		% del total	.6%	1.9%	2.6%
	40-49	Recuento	7	3	10
		% del total	4.5%	1.9%	6.5%
	50-59	Recuento	20	10	30
		% del total	13.0%	6.5%	19.5%
	60-69	Recuento	28	14	42
		% del total	18.2%	9.1%	27.3%
	70-79	Recuento	33	13	46
		% del total	21.4%	8.4%	29.9%
	80-89	Recuento	7	11	18
		% del total	4.5%	7.1%	11.7%
Total		Recuento	98	56	154
		% del total	63.6%	36.4%	100.0%

29.9% de los pacientes con diagnostico de cáncer pulmonar se encontraba al momento del diagnostico dentro de los 70-79 años de edad y 27.3% dentro de los 60-69 años de edad siendo estos dos los rangos de edad mas frecuentes

Dentro del rango de edad de 39-39 años el genero femenino fue el mas frecuente con 1.9% vs. genero masculino con 0.6% , en el rango de 20-29 años de edad no existe diferencia entre géneros.



Se encontró que en los pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar un 78.6% de los pacientes fuman, 55.2% de el total son hombres y 23.4% en mujeres

Un 21.4% del total de los pacientes no fuman siendo el porcentaje mas alto el de las mujeres con un 13% los hombres reportaron 8.4%

Tabla de contingencia FUMA * GENERO

			GENERO		Total
			MASCULINO	FEMENINO	
FUMA	NO	Recuento	13	20	33
		% del total	8.4%	13.0%	21.4%
	SI	Recuento	85	36	121
		% del total	55.2%	23.4%	78.6%
Total		Recuento	98	56	154
		% del total	63.6%	36.4%	100.0%

La estimación de riesgo fue de 2.037 para el género femenino y 0.561 para el género masculino. Dentro de intervalos de confianza 95%.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para FUMA (NO / SI)	.275	.124	.612
Para la cohorte GENERO = MASCULINO	.561	.362	.870
Para la cohorte GENERO = FEMENINO	2.037	1.382	3.003
N de casos válidos	154		

Se realizó un análisis de los pacientes que tenían antecedente tabaquico que demostró la frecuencia y el índice tabaquico., Donde se encontró que 1 cajetilla = 20 cigarros durante 30 años fue la media, moda, mediana y percentil 50 dentro de los pacientes que fuman y se les fue diagnosticado cáncer de pulmón, se obtuvo un índice tabaquico de 30 cigarros año.

La importancia de este dato es la identificación de tiempo y cantidad de cigarros que necesita sobre todo en pacientes masculinos para ser un factor de riesgo total para cáncer de pulmón .

CXDIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO FUMA	29	18.4	21.6	21.6
	MEDIA CAJETILLA	16	10.1	11.9	33.6
	CAJETILLA	44	27.8	32.8	66.4
	UNA CAJETILLA Y MEDIA	12	7.6	9.0	75.4
	DOS CAJETILLAS	29	18.4	21.6	97.0
	TRES CAJETILLAS	4	2.5	3.0	100.0
	Total	134	84.8	100.0	
Perdidos	Sistema	24	15.2		
	Total	158	100.0		

Estadísticos

CXDIA

N	Válidos	134
	Perdidos	24
Media		1.0448
Mediana		1.0000
Moda		1.00
Desv. típ.		.77910
Mínimo		.00
Máximo		3.00
Suma		140.00
Percentiles	25	.5000
	50	1.0000
	75	1.6250

Estadísticos

TIEMPOFUM

N	Válidos	134
	Perdidos	24
Media		27.8060
Mediana		30.0000
Moda		.00
Desv. típ.		20.36490
Mínimo		.00
Máximo		75.00
Suma		3726.00
Percentiles	25	9.7500
	50	30.0000
	75	45.2500

TIEMPOFUM

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO FUMA	30	19.0	22.4	22.4
	2	1	.6	.7	23.1
	8	1	.6	.7	23.9
	9	1	.6	.7	24.6
	10	4	2.5	3.0	27.6
	13	1	.6	.7	28.4
	15	7	4.4	5.2	33.6
	17	2	1.3	1.5	35.1
	18	2	1.3	1.5	36.6
	20	4	2.5	3.0	39.6
	24	1	.6	.7	40.3
	25	2	1.3	1.5	41.8
	28	1	.6	.7	42.5
	30	21	13.3	15.7	58.2
	31	1	.6	.7	59.0
	32	2	1.3	1.5	60.4
	33	2	1.3	1.5	61.9
	35	1	.6	.7	62.7
	36	1	.6	.7	63.4
	37	1	.6	.7	64.2
	40	11	7.0	8.2	72.4
	42	2	1.3	1.5	73.9
	43	1	.6	.7	74.6
	45	1	.6	.7	75.4
	46	1	.6	.7	76.1
	47	1	.6	.7	76.9
	49	2	1.3	1.5	78.4
	50	14	8.9	10.4	88.8
	51	1	.6	.7	89.6
	52	1	.6	.7	90.3
	55	2	1.3	1.5	91.8
	57	1	.6	.7	92.5
	60	8	5.1	6.0	98.5
	70	1	.6	.7	99.3
	75	1	.6	.7	100.0
	Total	134	84.8	100.0	
Perdidos	Sistema	24	15.2		
Total		158	100.0		

HALLAZGO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	99	62.7	64.3	64.3
	SI	55	34.8	35.7	100.0
	Total	154	97.5	100.0	
Perdidos	Sistema	4	2.5		
Total		158	100.0		

34% de los pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón fue detectado como hallazgo, 62.7% de los pacientes al momento del ingreso se realizó diagnóstico dirigido por la sintomatología que presentaron.

HUMLEÑA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	144	91.1	93.5	93.5
	SI	10	6.3	6.5	100.0
	Total	154	97.5	100.0	
Perdidos	Sistema	4	2.5		
Total		158	100.0		

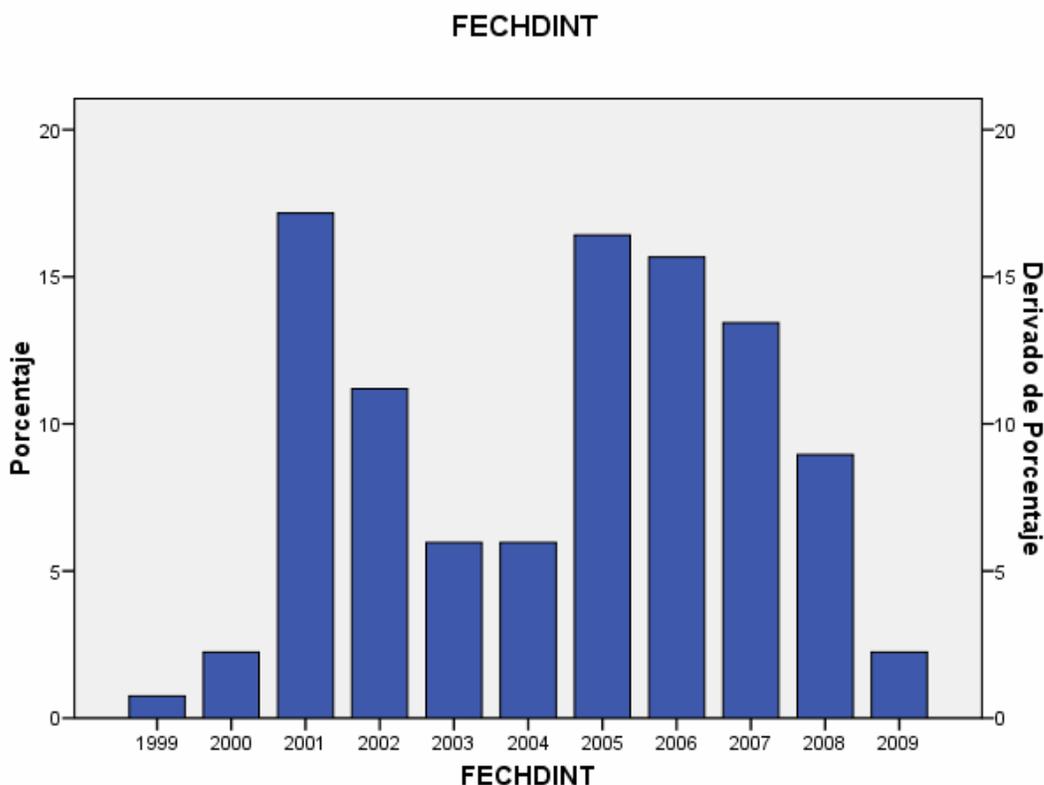
6.3% , 10 casos de 158 de los pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar presentaron antecedente de estar en contacto con humo de leña.

TIEMPODX

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	3	1.9	2.2	2.2
	0-15 DIAS	105	66.5	78.4	80.6
	15-30 DIAS	18	11.4	13.4	94.0
	2 MESES	2	1.3	1.5	95.5
	3 MESES	5	3.2	3.7	99.3
	1 AÑO	1	.6	.7	100.0
	Total	134	84.8	100.0	
Perdidos	Sistema	24	15.2		
Total		158	100.0		

La demora de sospecha clínica y de estudio fue de 15 días en un 66.5% esto es desde que el paciente ingresa al hospital, acude a consulta o se tiene la sospecha por factores de riesgo hasta su diagnóstico en segundo lugar de frecuencia con el 11% fue de 15 a 30 días

Dentro de el análisis de esta variable se perdieron 24 datos debido a que no se cuenta con los datos de estos pacientes ya que fueron diagnosticados fuera de la institución. .



ANTECEDENTE PATOLOGICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NINGUNO	75	47.5	49.0	49.0
	Hipertension	27	17.1	17.6	66.7
	HAS + DM	7	4.4	4.6	71.2
	Diabetes	6	3.8	3.9	75.2
	Neumonia	10	6.3	6.5	81.7
	Bronquitis	1	.6	.7	82.4
	Insuficiencia cardiaca	2	1.3	1.3	83.7
	Cancer Primario	9	5.7	5.9	89.5
	HAS + INF PULM + CA 1	1	.6	.7	90.2
	HAS +IC	1	.6	.7	90.8
	DM + NEUMONIA	3	1.9	2.0	92.8
	HAS + DM + CA 1	1	.6	.7	93.5
	HAS + CA 1	1	.6	.7	94.1
	HAS + NEUMONIA	1	.6	.7	94.8
	HAS + NEUMONIA + IC	2	1.3	1.3	96.1
	NEUMONIA + IC	1	.6	.7	96.7
	HAS + DM + NEUMONIA + BRONQUITIS + CA 1	1	.6	.7	97.4
	DM + BRONQUITIS + CA 1	1	.6	.7	98.0
	HAS + NEUMONIA + ASMA	1	.6	.7	98.7
	HAS + NEUMONIA + BRONQUITIS	1	.6	.7	99.3
HAS + BRONQUITIS	1	.6	.7	100.0	
Total		153	96.8	100.0	
Perdidos	Sistema	5	3.2		
Total		158	100.0		

El porcentaje de pacientes diagnosticados durante los últimos 10 años ha disminuido sobre todo del 2005 hasta la fecha, la probable causa es la campaña de no fumar.

Se realizó el análisis de los pacientes con diagnóstico de cáncer que contaban con antecedente patológico dentro de los cuales se analizaron los que contaban con hipertensión patológica crónica degenerativas y antecedentes de origen pulmonar renal y cardiopatas de los cuales 47.5% de los pacientes no tenían antecedentes patológicos, y un 49.3% presentaban comorbilidades dentro de las cuales la más común fue Hipertensión arterial en un 17.1%.

SINTOMA PRIMARIO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DOLOR TORACICO	12	7.6	7.8	7.8
	DISNEA	26	16.5	16.9	24.7
	TOS	27	17.1	17.5	42.2
	DERRAME	17	10.8	11.0	53.2
	HEMOPTISIS	30	19.0	19.5	72.7
	FIEBRE	1	.6	.6	73.4
	ANEMIA	1	.6	.6	74.0
	NEUMONIA	6	3.8	3.9	77.9
	ASINTOMATICO	25	15.8	16.2	94.2
	STDA	1	.6	.6	94.8
	STATUS EPILEPTICO	1	.6	.6	95.5
	HIPOREXIA	1	.6	.6	96.1
	DISFAGIA	1	.6	.6	96.8
	DIAFORESIS	1	.6	.6	97.4
	PARALISIS DE BELL	2	1.3	1.3	98.7
	CEFALEA	2	1.3	1.3	100.0
	Total	154	97.5	100.0	
Perdidos	Sistema	4	2.5		
Total		158	100.0		

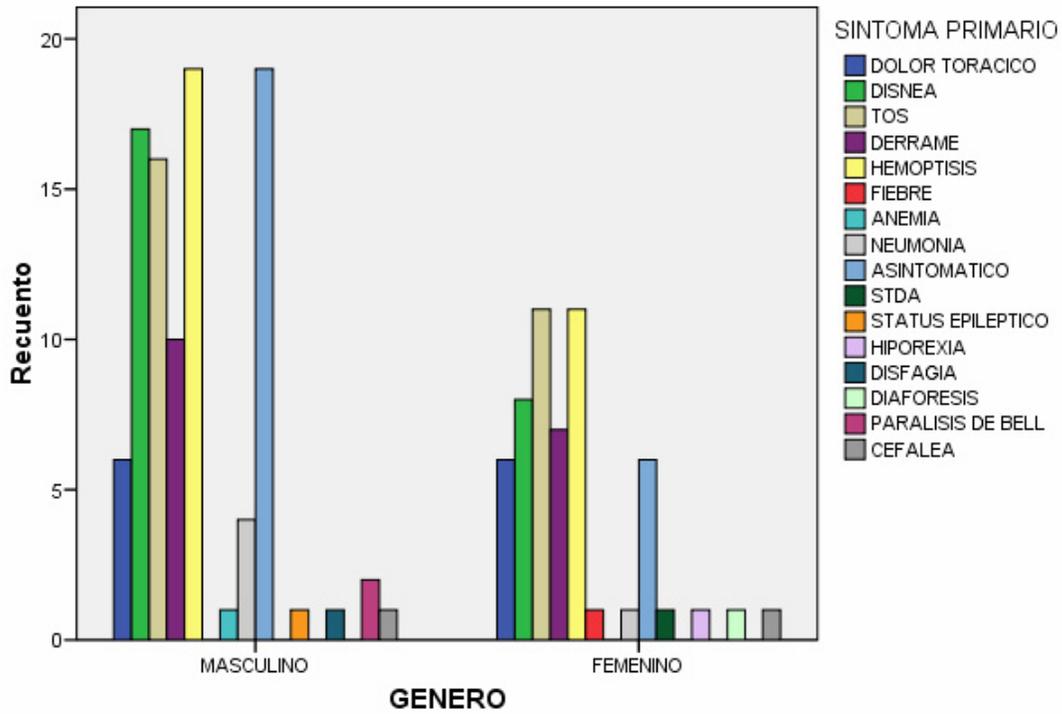
Se observó que el 15% de los pacientes no presentaron síntomas, dentro de los síntomas más frecuentes, la disnea, tos, derrame y hemoptisis cubren el 64.2% del total.

Analizando por géneros, el síntoma más frecuente fue la hemoptisis, un porcentaje igual no presentaron síntomas, en el género femenino el síntoma principal fue tos y hemoptisis.

Dentro de el estudio de la variable se consideró también síndromes paraneoplásicos que provocaran síntomas y con estos se llegara al diagnóstico aunque también tuvieran hemoptisis y tos.

La duración de la sintomatología no fue un factor que modificó el análisis estadístico ya que se tomó como síntoma cardinal aquel reportado en el padecimiento actual al momento de tener el primer contacto para el diagnóstico

Gráfico de barras



LOCALIZACION

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	4	2.5	3.0	3.0
	DERECHO	76	48.1	57.1	60.2
	IZQUIERDO	53	33.5	39.8	100.0
	Total	133	84.2	100.0	
Perdidos	Sistema	25	15.8		
Total		158	100.0		

LOBULO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	LOBULO SUPERIOR DERECHO	40	25.3	31.0	31.0
	PULM DERECHO	10	6.3	7.8	38.8
	LOBULO MEDIO DERECHO	14	8.9	10.9	49.6
	PULM IZQUIERDO	4	2.5	3.1	52.7
	LOBULO INFERIOR DERECHO	14	8.9	10.9	63.6
	LOBULO SUPERIOR IZQUIERDO	26	16.5	20.2	83.7
	LOBULO INFERIOR IZQUIERDO	11	7.0	8.5	92.2
	LINGULA	10	6.3	7.8	100.0
	Total	129	81.6	100.0	
Perdidos	Sistema	29	18.4		
Total		158	100.0		

SEGMENTO

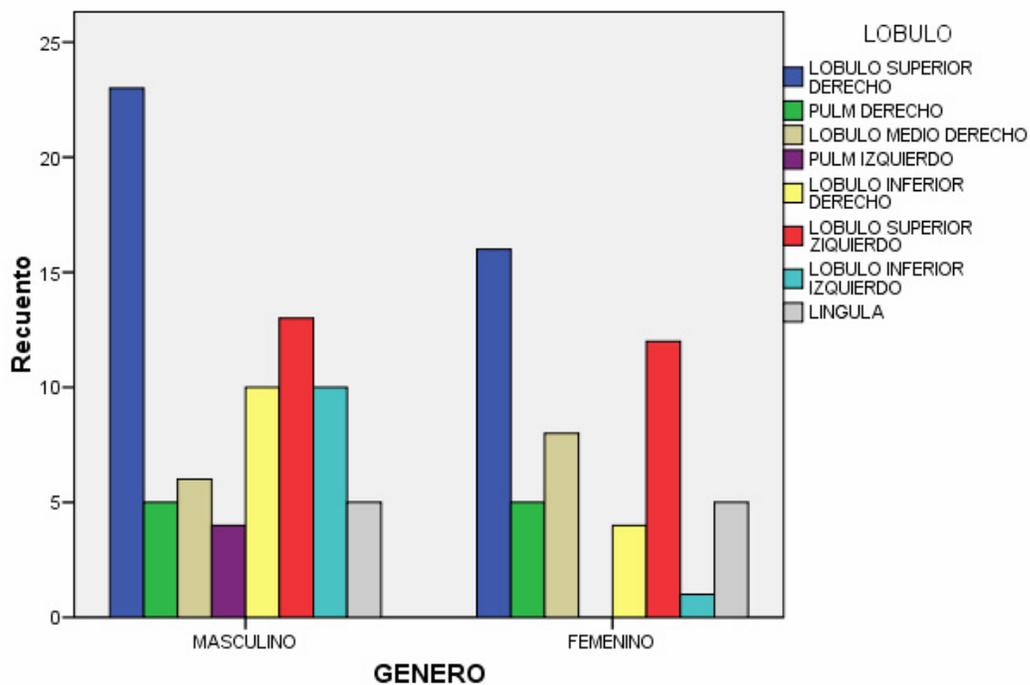
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	18	11.4	13.5	13.5
	(1) APICALD	9	5.7	6.8	20.3
	(2) ANTERIOR D	2	1.3	1.5	21.8
	(3) POSTERIOR D	2	1.3	1.5	23.3
	LSD	25	15.8	18.8	42.1
	(4) MEDIAL	1	.6	.8	42.9
	LMD	13	8.2	9.8	52.6
	(6) SUPERIOR BASAL D	2	1.3	1.5	54.1
	(7) MEDIAL BASAL D	2	1.3	1.5	55.6
	(10) POSTERIOR BASAL D	1	.6	.8	56.4
	LID	14	8.9	10.5	66.9
	(1+2) APICO/POST I	12	7.6	9.0	75.9
	(3) ANTERIOR I	2	1.3	1.5	77.4
	(4) LINGULA SUPERIOR	6	3.8	4.5	82.0
	(5) LINGULA INFERIOR	4	2.5	3.0	85.0
	LSI	12	7.6	9.0	94.0
	(7) ANTERIOR BASAL I	1	.6	.8	94.7
	(9) POSTERIOR BASAL I	1	.6	.8	95.5
	LII	6	3.8	4.5	100.0
	Total	133	84.2	100.0	
Perdidos	Sistema	25	15.8		
Total		158	100.0		

Se analizo la localización mas frecuente siendo esta derecha en un 48% con predominio en los lóbulos superiores, 25.3% derecho y 16.5% izquierdo, los segmentos apicales fueron los mas frecuentes en un 5.7% derecho y 7.6 izquierdo.

Tabla de contingencia GENERO * LOBULO

GENERO		LOBULO								Total
		LOBULO SUPERIOR DERECHO	PULM DERECHO	LOBULO MEDIO DERECHO	PULM IZQUIERDO	LOBULO INFERIOR DERECHO	LOBULO SUPERIOR ZQUIERDO	LOBULO INFERIOR IZQUIERDO	LINGULA	
MASCULINO	Recuento	23	5	6	4	10	13	10	5	76
	% del total	18.1%	3.9%	4.7%	3.1%	7.9%	10.2%	7.9%	3.9%	59.8%
FEMENINO	Recuento	16	5	8	0	4	12	1	5	51
	% del total	12.6%	3.9%	6.3%	.0%	3.1%	9.4%	.8%	3.9%	40.2%
Total	Recuento	39	10	14	4	14	25	11	10	127
	% del total	30.7%	7.9%	11.0%	3.1%	11.0%	19.7%	8.7%	7.9%	100.0%

Gráfico de barras



Se correlaciono el género sin encontrar cambio con el sitio de presentación. Teniendo también que el segundo sitio mas frecuente fue en lóbulo superior izquierdo, teniendo como tercer lugar mas frecuente el lóbulos inferiores para el genero masculino a diferencia de el genero femenino que el lóbulo medio es mas frecuente, el sitio menos frecuente en el genero femenino fue el lóbulo inferior izquierdo y en el caso del genero masculino la lingala fue el de menor frecuencia .

TIPOHIST

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	8	5.1	6.0	6.0
	EPIDERMOIDE	32	20.3	24.1	30.1
	ADENOCARCINOMA	62	39.2	46.6	76.7
	CEL PEQUEÑAS	19	12.0	14.3	91.0
	CEL GRANDES	2	1.3	1.5	92.5
	COMBINACION	1	.6	.8	93.2
	OTROS	9	5.7	6.8	100.0
	Total	133	84.2	100.0	
Perdidos	Sistema	25	15.8		
Total		158	100.0		

Gráfico de barras

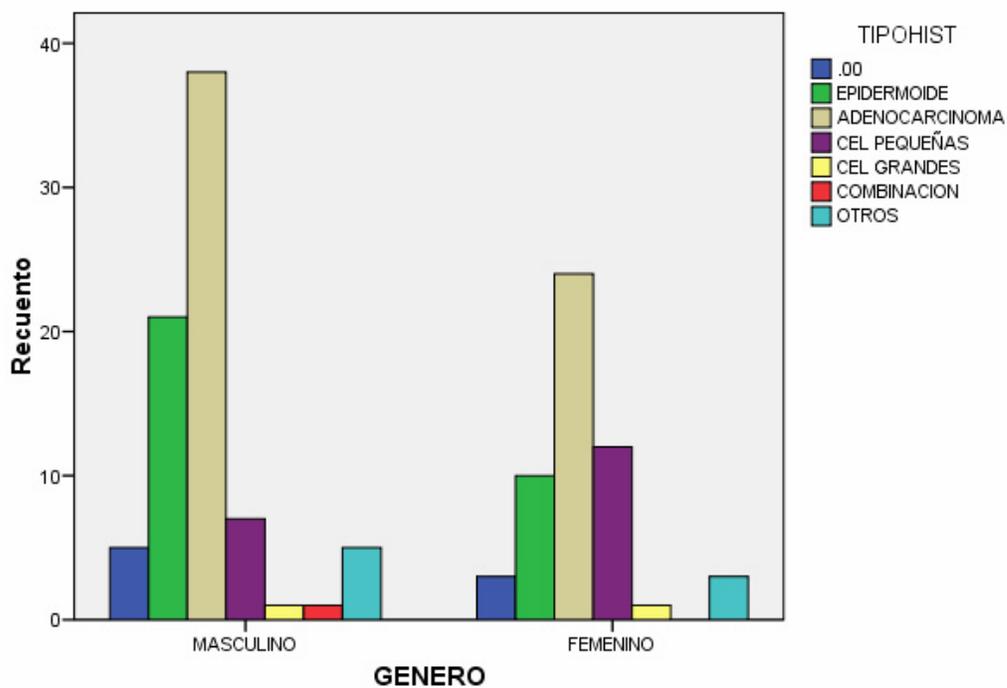


Tabla de contingencia GENERO * TIPOHIST

		TIPOHIST						Total	
		.00	EPIDERM OIDE	ADENOCAR CINOMA	CEL PEQUEÑAS	CEL GRANDES	COMBINA CION		OTROS
GENERO MASCULINO	Recuento	5	21	38	7	1	1	5	78
	% del total	3.8%	16.0%	29.0%	5.3%	.8%	.8%	3.8%	59.5%
FEMENINO	Recuento	3	10	24	12	1	0	3	53
	% del total	2.3%	7.6%	18.3%	9.2%	.8%	.0%	2.3%	40.5%
Total	Recuento	8	31	62	19	2	1	8	131
	% del total	6.1%	23.7%	47.3%	14.5%	1.5%	.8%	6.1%	100.0%

En el análisis del diagnostico citohistologico el 39.2% se encontró adenocarcinoma el 20.3% fue epidermoide, en el genero masculino el segundo mas frecuente fue el epidermoide y en el genero femenino fue el de células claras.

Gráfico de barras

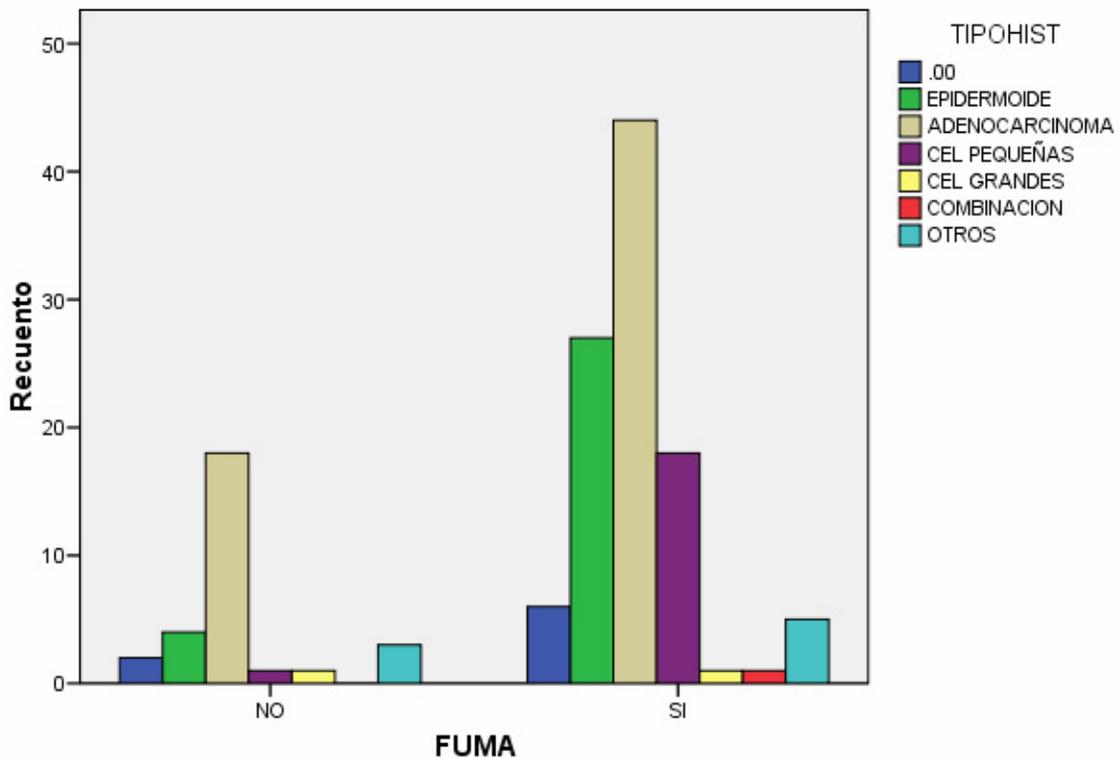


Tabla de contingencia FUMA * TIPOHIST

		TIPOHIST							Total
		.00	EPIDERM OIDE	ADENOCA RCINOMA	CEL PEQUEÑAS	CEL GRANDES	COMBINA CION	OTROS	
FUMA NO	Recuento	2	4	18	1	1	0	3	29
	% del total	1.5%	3.1%	13.7%	.8%	.8%	.0%	2.3%	22.1%
SI	Recuento	6	27	44	18	1	1	5	102
	% del total	4.6%	20.6%	33.6%	13.7%	.8%	.8%	3.8%	77.9%
Total	Recuento	8	31	62	19	2	1	8	131
	% del total	6.1%	23.7%	47.3%	14.5%	1.5%	.8%	6.1%	100.0%

En la correlación con el tabaquismo no se encontró cambios con la frecuencia teniendo como resultado de tipo histológico mas frecuente el adenocarcinoma con 33.6% y en el caso de los pacientes sin antecedente de tabaquismo con 13.7% el mismo tipo histológico.

En el segundo lugar mas frecuente tanto en los pacientes que tienen antecedente de tabaquismo como en los que no tienen el antecedente no modifica su presentación.

Gráfico de barras

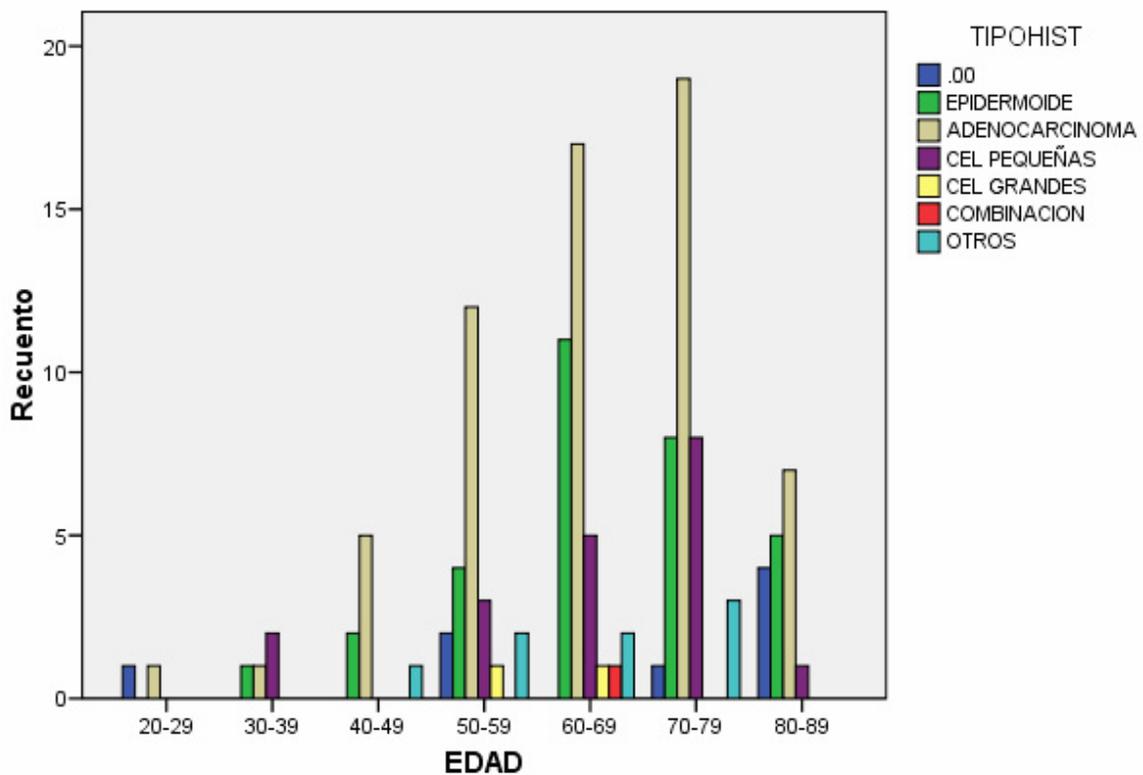


Tabla de contingencia EDAD * TIPOHIST

		TIPOHIST						Total	
		.00	EPIDERM OIDE	ADENOC RCINOMA	CEL PEQUEÑAS	CEL GRANDES	COMBINA CION		OTROS
EDAD 20-29	Recuento	1	0	1	0	0	0	0	2
	% del total	.8%	.0%	.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.5%
30-39	Recuento	0	1	1	2	0	0	0	4
	% del total	.0%	.8%	.8%	1.5%	.0%	.0%	.0%	3.1%
40-49	Recuento	0	2	5	0	0	0	1	8
	% del total	.0%	1.5%	3.8%	.0%	.0%	.0%	.8%	6.1%
50-59	Recuento	2	4	12	3	1	0	2	24
	% del total	1.5%	3.1%	9.2%	2.3%	.8%	.0%	1.5%	18.3%
60-69	Recuento	0	11	17	5	1	1	2	37
	% del total	.0%	8.4%	13.0%	3.8%	.8%	.8%	1.5%	28.2%
70-79	Recuento	1	8	19	8	0	0	3	39
	% del total	.8%	6.1%	14.5%	6.1%	.0%	.0%	2.3%	29.8%
80-89	Recuento	4	5	7	1	0	0	0	17
	% del total	3.1%	3.8%	5.3%	.8%	.0%	.0%	.0%	13.0%
Total	Recuento	8	31	62	19	2	1	8	131
	% del total	6.1%	23.7%	47.3%	14.5%	1.5%	.8%	6.1%	100.0%

También se correlaciono la edad con el tipo histológico encontrando que dentro de la tercera década de la vida el más frecuente fue de células claras y de los 70-79 años de edad el epidermoide y el de células claras se presentaron en la misma frecuencia dentro del segundo lugar de presentación.

ESTUDIO1

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	2	1.3	1.3	1.3
	RXTX	138	87.3	89.6	90.9
	TAC	11	7.0	7.1	98.1
	RNM	1	.6	.6	98.7
	BRNCOS	1	.6	.6	99.4
	BXGANGLIOS	1	.6	.6	100.0
	Total	154	97.5	100.0	
Perdidos	Sistema	4	2.5		
Total		158	100.0		

ESTUDIO2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	2	1.3	1.3	1.3
	RXTX	3	1.9	1.9	3.2
	TAC	106	67.1	68.8	72.1
	RNM	1	.6	.6	72.7
	PUNCIÓN	15	9.5	9.7	82.5
	EXPECTORACION	2	1.3	1.3	83.8
	BRONCOSCOPIA	20	12.7	13.0	96.8
	BX GANGLIOS	3	1.9	1.9	98.7
	BX TUMOR	2	1.3	1.3	100.0
	Total	154	97.5	100.0	
Perdidos	Sistema	4	2.5		
Total		158	100.0		

La radiografía de tórax fue el estudio inicial en un 87.3% y la tomografía axial computarizada fue el estudio de confirmación en un 67.1%.

T 6

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	T 1	19	8.8	27.9	27.9
	T 2	32	14.8	47.1	75.0
	T 3	5	2.3	7.4	82.4
	T 4	12	5.6	17.6	100.0
	Total	68	31.5	100.0	
Perdidos	Sistema	148	68.5		
Total		216	100.0		

En el análisis de el estadiaje del tumor se analizo según la clasificación anterior y la nueva clasificación encontrando que T2 (>3cm – <7cm) se presento en un 14.8% de los casos, teniendo un 7.9% para los T2B.

T 7

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	T 1A	13	6.0	19.1	19.1
	T 1B	6	2.8	8.8	27.9
	T 2A	15	6.9	22.1	50.0
	T 2B	17	7.9	25.0	75.0
	T 3	6	2.8	8.8	83.8
	T 4	11	5.1	16.2	100.0
	Total	68	31.5	100.0	
Perdidos	Sistema	148	68.5		
Total		216	100.0		

M

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	M 0	60	38.0	55.0	55.0
	M 1	49	31.0	45.0	100.0
	Total	109	69.0	100.0	
Perdidos	Sistema	49	31.0		
Total		158	100.0		

N

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	32	20.3	23.9	23.9
	N0	22	13.9	16.4	40.3
	N1	37	23.4	27.6	67.9
	N 2	9	5.7	6.7	74.6
	N3	34	21.5	25.4	100.0
	Total	134	84.8	100.0	
Perdidos	Sistema	24	15.2		
Total		158	100.0		

31% de los pacientes presentaron un M1 al momento del diagnóstico y 23% se identificó con N1, en resumen el estadio más frecuente después del Estadio IV fue T2B N1 M0 = ().

TNM 6

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	I A	7	3.2	6.4	6.4
	I B	14	6.5	12.8	19.3
	II A	16	7.4	14.7	33.9
	II B	6	2.8	5.5	39.4
	III A	10	4.6	9.2	48.6
	III B	7	3.2	6.4	55.0
	IV	49	22.7	45.0	100.0
	Total	109	50.5	100.0	
Perdidos	Sistema	107	49.5		
Total		216	100.0		

TNM 7

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	I A	7	3.2	6.4	6.4
	I B	7	3.2	6.4	12.8
	II A	25	11.6	22.9	35.8
	II B	4	1.9	3.7	39.4
	III A	13	6.0	11.9	51.4
	III B	4	1.9	3.7	55.0
	IV	49	22.7	45.0	100.0
	Total	109	50.5	100.0	
Perdidos	Sistema	107	49.5		
Total		216	100.0		

Los pacientes en estadios IB “TNM 6” fueron reclasificados a IIA con un 11.6%, el estadio IV represento 22.7% en las dos clasificaciones sin cambio en la correlación.

TXINICIAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	1	.6	.6	.6
	SEGMENTECTOMIA	17	10.8	11.0	11.7
	LOBECTOMIA	24	15.2	15.6	27.3
	NEUMONECTOMIA	3	1.9	1.9	29.2
	BIOPSIA PARA ESTADIFICAR	41	25.9	26.6	55.8
	TRATAMIENTO MEDICO	47	29.7	30.5	86.4
	TORACOSCOPIA EVAC	2	1.3	1.3	87.7
	TORACOCENTESIS	11	7.0	7.1	94.8
	EXPECTORACION	1	.6	.6	95.5
	BX Y LOBECTOMIA	1	.6	.6	96.1
	SEGMEN Y BX	1	.6	.6	96.8
	TORACOCENTESIS Y BX	1	.6	.6	97.4
	BX Y TRATAMIENTO MEDICO	2	1.3	1.3	98.7
	TX MEDICO Y TORACOCENTESIS	2	1.3	1.3	100.0
	Total	154	97.5	100.0	
Perdidos	Sistema	4	2.5		
Total		158	100.0		

En el 29.2% de los pacientes el tratamiento inicial fue quirúrgico teniendo la segmentectomía, lobectomía y neumonectomía todas con disección ganglionar, el 55% de los pacientes recibió tratamiento médico.

TRATAMIENTO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CIRUGIA	46	29.1	30.1	30.1
	TRATAMIENTO MEDICO	107	67.7	69.9	100.0
	Total	153	96.8	100.0	
Perdidos	Sistema	5	3.2		
Total		158	100.0		

Tabla de contingencia TNM 7 * TXINICIAL

		TXINICIAL												Total	
		SEGMENTECTOMIA	LOBECTOMIA	NEUMONECTOMIA	BIOPSIA PARA ESTADIFICAR	TRATAMIENTO MEDICO	TORACOSCOPIA EVAC	TORACOCENTESIS	BX Y LOBECTOMIA	SEGMENTECTOMIA Y BX	TORACOCENTESIS Y BX	BX Y TRATAMIENTO MEDICO	TX MEDICO Y TORACOCENTESIS		
TNM 7	I A	Recuento	2	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	7
		% del total	1.8%	2.8%	.0%	.9%	.9%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	6.4%
	I B	Recuento	2	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7
		% del total	1.8%	3.7%	.0%	.9%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	6.4%
	II A	Recuento	3	4	0	7	8	1	0	0	0	0	1	1	25
		% del total	2.8%	3.7%	.0%	6.4%	7.3%	.9%	.0%	.0%	.0%	.0%	.9%	.9%	22.9%
	II B	Recuento	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	4
		% del total	.0%	.0%	.9%	1.8%	.0%	.0%	.0%	.9%	.0%	.0%	.0%	.0%	3.7%
	III A	Recuento	2	1	1	5	1	0	2	0	0	0	0	1	13
		% del total	1.8%	.9%	.9%	4.6%	.9%	.0%	1.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	.9%	11.9%
	III B	Recuento	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4
		% del total	.9%	.9%	.0%	1.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	3.7%
	IV	Recuento	2	0	1	14	21	1	7	0	1	1	1	0	49
		% del total	1.8%	.0%	.9%	12.8%	19.3%	.9%	6.4%	.0%	.9%	.9%	.9%	.0%	45.0%
Total	Recuento	12	13	3	32	31	2	9	1	1	1	2	2	109	
	% del total	11.0%	11.9%	2.8%	29.4%	28.4%	1.8%	8.3%	.9%	.9%	.9%	1.8%	1.8%	100.0%	

Gráfico de barras

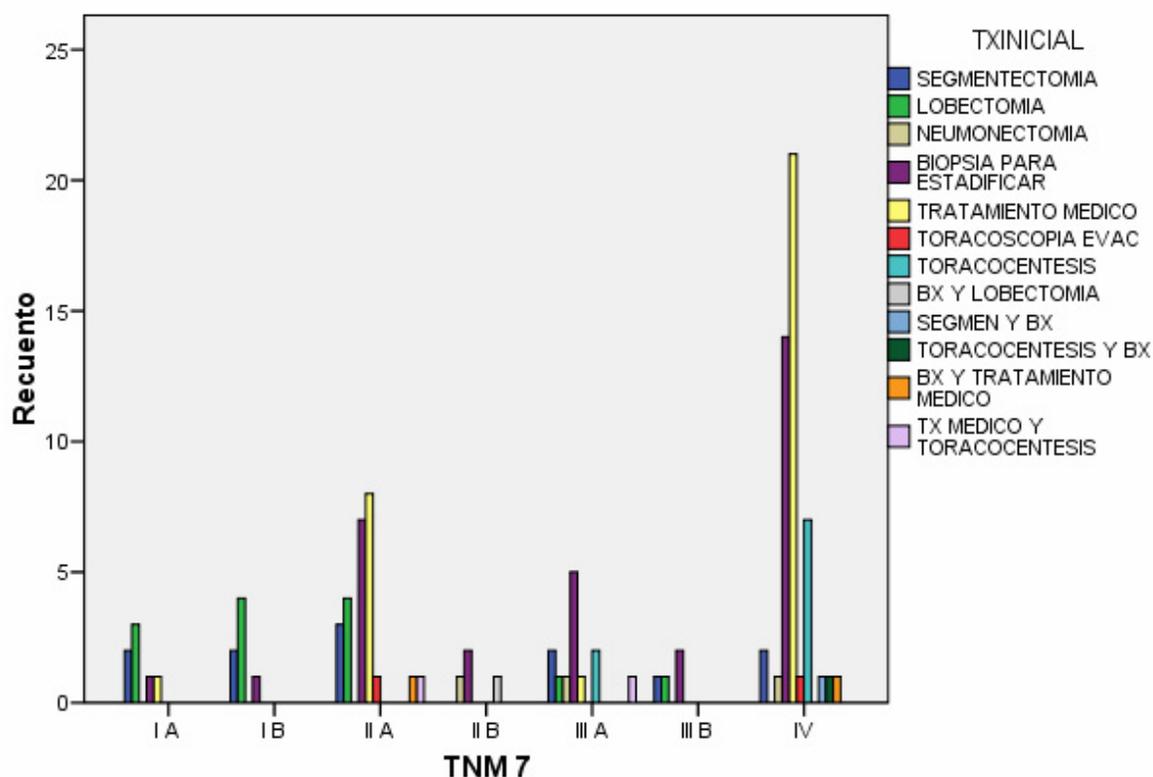
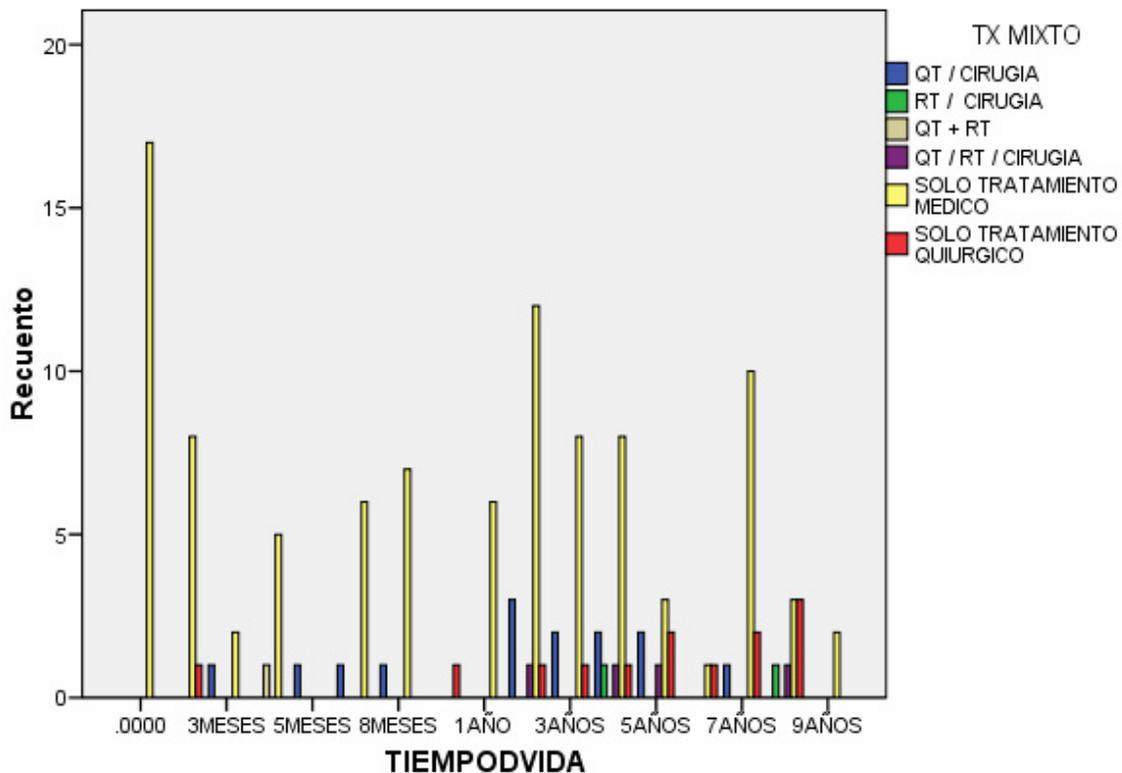


Tabla de contingencia TX MIXTO * TNM 7

			TNM 7							Total
			I A	I B	II A	II B	III A	III B	IV	
TX MIXTO	QT / CIRUGIA	Recuento	1	2	2	1	2	1	4	13
		% del total	.9%	1.9%	1.9%	.9%	1.9%	.9%	3.7%	12.0%
	RT / CIRUGIA	Recuento	2	0	0	0	0	0	0	2
		% del total	1.9%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.9%
	QT + RT	Recuento	0	0	0	0	0	0	1	1
		% del total	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.9%	.9%
	QT / RT / CIRUGIA	Recuento	0	1	1	1	1	0	0	4
		% del total	.0%	.9%	.9%	.9%	.9%	.0%	.0%	3.7%
	SOLO TRATAMIENTO MEDICO	Recuento	2	1	17	2	9	2	44	77
		% del total	1.9%	.9%	15.7%	1.9%	8.3%	1.9%	40.7%	71.3%
	SOLO TRATAMIENTO QUIURGICO	Recuento	2	3	4	0	1	1	0	11
		% del total	1.9%	2.8%	3.7%	.0%	.9%	.9%	.0%	10.2%
Total	Recuento	7	7	24	4	13	4	49	108	
	% del total	6.5%	6.5%	22.2%	3.7%	12.0%	3.7%	45.4%	100.0%	

Gráfico de barras



Se correlacionó con el estadiaje encontrando mayor frecuencia a tratamiento único quirúrgico en estadios tempranos, y el tratamiento medico a estadios avanzados, se analizo la frecuencia de tratamientos mixtos encontrando que el 12% recibieron quimioterapia y cirugía,

RECHAQX

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	114	72.2	85.7	85.7
	SI	7	4.4	5.3	91.0
	NO APLICABLE	12	7.6	9.0	100.0
	Total	133	84.2	100.0	
Perdidos	Sistema	25	15.8		
Total		158	100.0		

En un 4.41 % de los pacientes rechazaron tratamiento quirúrgico.

CALPOSQX

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	6	3.8	8.6	8.6
	BUENA	17	10.8	24.3	32.9
	INCONSTANTE	26	16.5	37.1	70.0
	MALA	21	13.3	30.0	100.0
	Total	70	44.3	100.0	
Perdidos	Sistema	88	55.7		
Total		158	100.0		

CALPOSMED

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	BUENA	21	13.3	20.6	20.6
	INCONSTANTE	42	26.6	41.2	61.8
	MALA	39	24.7	38.2	100.0
	Total	102	64.6	100.0	
Perdidos	Sistema	56	35.4		
Total		158	100.0		

MEJORIAQX

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	19	12.0	14.4	14.4
	SI	40	25.3	30.3	44.7
	NO APLICABLE	73	46.2	55.3	100.0
	Total	132	83.5	100.0	
Perdidos	Sistema	26	16.5		
Total		158	100.0		

MEJORIAMED

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	67	42.4	50.4	50.4
	SI	44	27.8	33.1	83.5
	NO APLICABLE	22	13.9	16.5	100.0
	Total	133	84.2	100.0	
Perdidos	Sistema	25	15.8		
Total		158	100.0		

Se analizo la calidad y mejoría con tratamiento medico solo y quirúrgico solo, teniendo como parámetros para determinar si la calidad era buena o no con los reingresos, defunciones, complicaciones teniendo que si el paciente presentaba alguno de estos o reingresos 2 por complicaciones se consideraba como calidad mala , el 10.8% presentaron buena calidad de vida postquirúrgica y 25.3% mejoría con tratamiento quirúrgico del síntoma o síntomas que lo llevaron al hospital, 13.3% presentaron buena calidad de vida después de recibir tratamiento medico, y 27% mejoría posterior a tratamiento medico

La mejoría con tratamiento medico solo o quirúrgico único se analizo teniendo como parámetro notas en el expediente que correlacionaban la mejoría.

CAUSA DE MUERTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válidos	DERRAME	2	1.3	3.6	3.6	
	METASTASIS	11	7.0	20.0	23.6	
	DISFUNCION VENTRICULAR	20	12.7	36.4	60.0	
	EATON LAMBERT	1	.6	1.8	61.8	
	NEUMONIA	1	.6	1.8	63.6	
	CHOQUE SEPTICO	5	3.2	9.1	72.7	
	IRA POR QT	1	.6	1.8	74.5	
	IAM	2	1.3	3.6	78.2	
	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	9	5.7	16.4	94.5	
	IRA	1	.6	1.8	96.4	
	SINDROME LISIS TUMORAL	1	.6	1.8	98.2	
	VARICES ESOFAGICAS	1	.6	1.8	100.0	
	Total	55	34.8	100.0		
	Perdidos	Sistema	103	65.2		
	Total		158	100.0		

Se analizaron todas las causas reportadas de defunción. La causa más frecuente de muerte en un 12.7% fue disfunción ventricular, metástasis en un 7% e insuficiencia respiratoria en un 5.7%.

Dentro de las causas de defunción en los pacientes con diagnóstico de cáncer broncogénico se analizaron también las causas propias de la neoplasia en tórax y las sistémicas.

Las causas que afectaron directamente la función respiratoria, la insuficiencia respiratoria fue la causa más frecuente con 9 casos, el 5.7%, teniendo como segunda causa más frecuente el derrame con 2 casos y el 1.3%.

Las causas que causaron defunciones por afectación sistémica, la más frecuente fue la disfunción ventricular con 20 casos, el 12.7%, y en segundo lugar la defunción por metástasis en 11 casos, el 7% de los pacientes con diagnóstico de cáncer broncogénico.

TIEMPOVIDA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.0000	17	10.8	12.8	12.8
	2MESES	9	5.7	6.8	19.5
	3MESES	3	1.9	2.3	21.8
	4MESES	6	3.8	4.5	26.3
	5MESES	1	.6	.8	27.1
	6MESES	7	4.4	5.3	32.3
	8MESES	8	5.1	6.0	38.3
	10MESES	1	.6	.8	39.1
	1AÑO	6	3.8	4.5	43.6
	2AÑOS	17	10.8	12.8	56.4
	3AÑOS	11	7.0	8.3	64.7
	4AÑOS	13	8.2	9.8	74.4
	5AÑOS	8	5.1	6.0	80.5
	6AÑOS	2	1.3	1.5	82.0
	7AÑOS	14	8.9	10.5	92.5
	8AÑOS	8	5.1	6.0	98.5
	9AÑOS	2	1.3	1.5	100.0
	Total	133	84.2	100.0	
Perdidos	Sistema	25	15.8		
Total		158	100.0		

El tiempo de vida promedio a 2 años fue de 10.8% y a 5 años fue del 5.1%, no se encontró diferencia en el pronóstico al comparar la clasificación TNM 6 y TNM 7

Tabla de contingencia TIEMPOVIDA * TNM 7

		TNM 7							Total
		I A	I B	II A	II B	III A	III B	IV	
TIEMPOVIDA .0000	Recuento	0	0	2	0	0	0	7	9
	% del total	.0%	.0%	1.9%	.0%	.0%	.0%	6.5%	8.3%
2MESES	Recuento	0	0	0	0	1	0	6	7
	% del total	.0%	.0%	.0%	.0%	.9%	.0%	5.6%	6.5%
3MESES	Recuento	0	0	0	0	0	0	2	2
	% del total	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.9%	1.9%
4MESES	Recuento	0	0	0	0	1	0	5	6
	% del total	.0%	.0%	.0%	.0%	.9%	.0%	4.6%	5.6%
5MESES	Recuento	0	0	0	0	0	0	1	1
	% del total	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.9%	.9%
6MESES	Recuento	0	1	0	0	0	0	6	7
	% del total	.0%	.9%	.0%	.0%	.0%	.0%	5.6%	6.5%
8MESES	Recuento	0	0	1	0	1	1	5	8
	% del total	.0%	.0%	.9%	.0%	.9%	.9%	4.6%	7.4%
10MESES	Recuento	0	1	0	0	0	0	0	1
	% del total	.0%	.9%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.9%
1AÑO	Recuento	0	0	1	0	2	0	2	5
	% del total	.0%	.0%	.9%	.0%	1.9%	.0%	1.9%	4.6%
2AÑOS	Recuento	0	2	2	0	0	0	6	10
	% del total	.0%	1.9%	1.9%	.0%	.0%	.0%	5.6%	9.3%
3AÑOS	Recuento	3	1	4	1	1	0	0	10
	% del total	2.8%	.9%	3.7%	.9%	.9%	.0%	.0%	9.3%
4AÑOS	Recuento	2	1	3	0	0	1	5	12
	% del total	1.9%	.9%	2.8%	.0%	.0%	.9%	4.6%	11.1%
5AÑOS	Recuento	0	0	2	0	5	0	0	7
	% del total	.0%	.0%	1.9%	.0%	4.6%	.0%	.0%	6.5%
6AÑOS	Recuento	1	0	0	0	0	0	0	1
	% del total	.9%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.9%
7AÑOS	Recuento	0	1	5	1	1	2	2	12
	% del total	.0%	.9%	4.6%	.9%	.9%	1.9%	1.9%	11.1%
8AÑOS	Recuento	1	0	4	2	0	0	1	8
	% del total	.9%	.0%	3.7%	1.9%	.0%	.0%	.9%	7.4%
9AÑOS	Recuento	0	0	1	0	1	0	0	2
	% del total	.0%	.0%	.9%	.0%	.9%	.0%	.0%	1.9%
Total	Recuento	7	7	25	4	13	4	48	108
	% del total	6.5%	6.5%	23.1%	3.7%	12.0%	3.7%	44.4%	100.0%

Tabla de contingencia TIEMPOVIDA * TNM 6

		TNM 6							Total
		I A	I B	II A	II B	III A	III B	IV	
TIEMPOVIDA .0000	Recuento	0	1	0	1	0	0	7	9
	% del total	.0%	.9%	.0%	.9%	.0%	.0%	6.5%	8.3%
2MESES	Recuento	0	0	0	0	1	0	6	7
	% del total	.0%	.0%	.0%	.0%	.9%	.0%	5.6%	6.5%
3MESES	Recuento	0	0	0	0	0	0	2	2
	% del total	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.9%	1.9%
4MESES	Recuento	0	0	0	0	1	0	5	6
	% del total	.0%	.0%	.0%	.0%	.9%	.0%	4.6%	5.6%
5MESES	Recuento	0	0	0	0	0	0	1	1
	% del total	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.9%	.9%
6MESES	Recuento	0	1	0	0	0	0	6	7
	% del total	.0%	.9%	.0%	.0%	.0%	.0%	5.6%	6.5%
8MESES	Recuento	0	0	1	0	0	2	5	8
	% del total	.0%	.0%	.9%	.0%	.0%	1.9%	4.6%	7.4%
10MESES	Recuento	0	1	0	0	0	0	0	1
	% del total	.0%	.9%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.9%
1AÑO	Recuento	0	0	1	0	2	0	2	5
	% del total	.0%	.0%	.9%	.0%	1.9%	.0%	1.9%	4.6%
2AÑOS	Recuento	0	4	0	0	0	0	6	10
	% del total	.0%	3.7%	.0%	.0%	.0%	.0%	5.6%	9.3%
3AÑOS	Recuento	3	1	5	0	1	0	0	10
	% del total	2.8%	.9%	4.6%	.0%	.9%	.0%	.0%	9.3%
4AÑOS	Recuento	2	2	2	0	0	1	5	12
	% del total	1.9%	1.9%	1.9%	.0%	.0%	.9%	4.6%	11.1%
5AÑOS	Recuento	0	1	0	1	4	1	0	7
	% del total	.0%	.9%	.0%	.9%	3.7%	.9%	.0%	6.5%
6AÑOS	Recuento	1	0	0	0	0	0	0	1
	% del total	.9%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.9%
7AÑOS	Recuento	0	2	3	2	0	3	2	12
	% del total	.0%	1.9%	2.8%	1.9%	.0%	2.8%	1.9%	11.1%
8AÑOS	Recuento	1	1	3	2	0	0	1	8
	% del total	.9%	.9%	2.8%	1.9%	.0%	.0%	.9%	7.4%
9AÑOS	Recuento	0	0	1	0	1	0	0	2
	% del total	.0%	.0%	.9%	.0%	.9%	.0%	.0%	1.9%
Total	Recuento	7	14	16	6	10	7	48	108
	% del total	6.5%	13.0%	14.8%	5.6%	9.3%	6.5%	44.4%	100.0%

Si se identifico una mayor expectativa de vida con tratamiento quirúrgico, se analizo la supervivencia en los pacientes fumadores y los no fumadores sin encontrar una real diferencia estadística con una P 0.3 Se analizo la supervivencia en los pacientes con tratamiento quirúrgico y solo tratamiento medico encontrando mejor pronostico en pacientes con tratamiento quirúrgico con una P 0.004 Significativamente estadístico, el análisis de supervivencia en TNM 7 arrojo resultados esperado en la literatura mundial

Tabla de contingencia TIEMPOVIDA * TX MIXTO

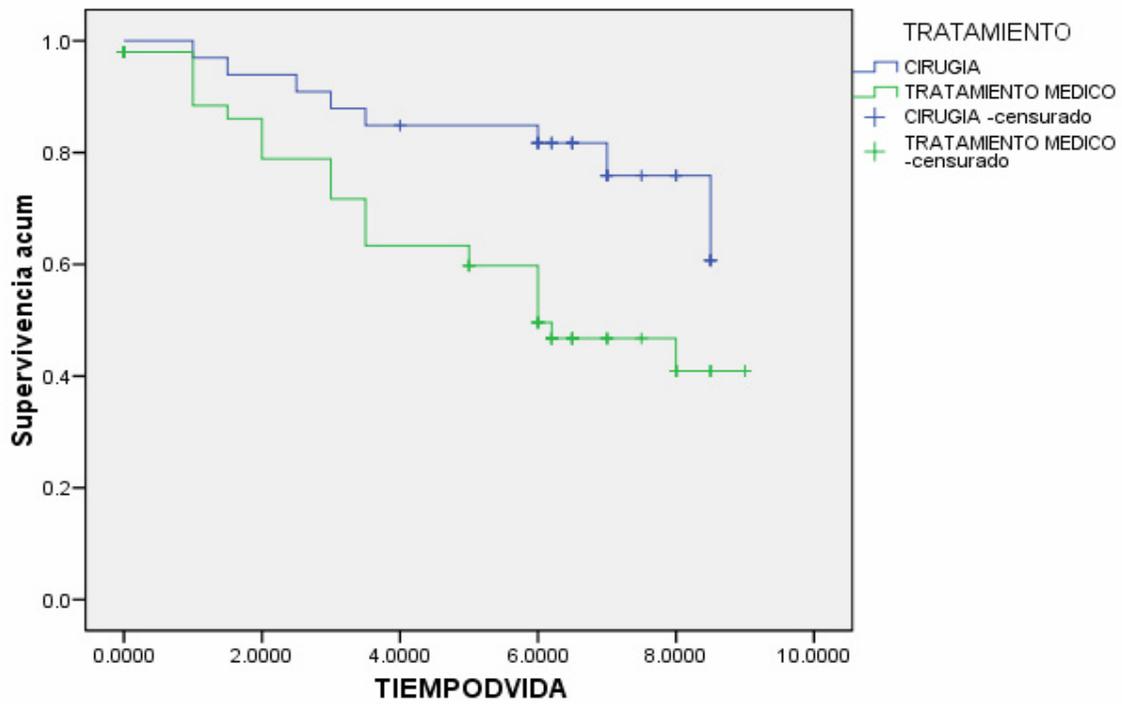
		TX MIXTO						Total
		QT / CIRUGIA	RT / CIRUGIA	QT + RT	QT / RT / CIRUGIA	SOLO TRATAMIENTO MEDICO	SOLO TRATAMIENTO QUIRURGICO	
TIEMPOVIDA .0000	Recuento	0	0	0	0	17	0	17
	% del total	.0%	.0%	.0%	.0%	12.9%	.0%	12.9%
2MESES	Recuento	0	0	0	0	8	1	9
	% del total	.0%	.0%	.0%	.0%	6.1%	.8%	6.8%
3MESES	Recuento	1	0	0	0	2	0	3
	% del total	.8%	.0%	.0%	.0%	1.5%	.0%	2.3%
4MESES	Recuento	0	0	1	0	5	0	6
	% del total	.0%	.0%	.8%	.0%	3.8%	.0%	4.5%
5MESES	Recuento	1	0	0	0	0	0	1
	% del total	.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.8%
6MESES	Recuento	1	0	0	0	6	0	7
	% del total	.8%	.0%	.0%	.0%	4.5%	.0%	5.3%
8MESES	Recuento	1	0	0	0	7	0	8
	% del total	.8%	.0%	.0%	.0%	5.3%	.0%	6.1%
10MESES	Recuento	0	0	0	0	0	1	1
	% del total	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.8%	.8%
1AÑO	Recuento	0	0	0	0	6	0	6
	% del total	.0%	.0%	.0%	.0%	4.5%	.0%	4.5%
2AÑOS	Recuento	3	0	0	1	12	1	17
	% del total	2.3%	.0%	.0%	.8%	9.1%	.8%	12.9%
3AÑOS	Recuento	2	0	0	0	8	1	11
	% del total	1.5%	.0%	.0%	.0%	6.1%	.8%	8.3%
4AÑOS	Recuento	2	1	0	1	8	1	13
	% del total	1.5%	.8%	.0%	.8%	6.1%	.8%	9.8%
5AÑOS	Recuento	2	0	0	1	3	2	8
	% del total	1.5%	.0%	.0%	.8%	2.3%	1.5%	6.1%
6AÑOS	Recuento	0	0	0	0	1	1	2
	% del total	.0%	.0%	.0%	.0%	.8%	.8%	1.5%
7AÑOS	Recuento	1	0	0	0	10	2	13
	% del total	.8%	.0%	.0%	.0%	7.6%	1.5%	9.8%
8AÑOS	Recuento	0	1	0	1	3	3	8
	% del total	.0%	.8%	.0%	.8%	2.3%	2.3%	6.1%
9AÑOS	Recuento	0	0	0	0	2	0	2
	% del total	.0%	.0%	.0%	.0%	1.5%	.0%	1.5%
Total	Recuento	14	2	1	4	98	13	132
	% del total	10.6%	1.5%	.8%	3.0%	74.2%	9.8%	100.0%

Comparaciones globales

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	8.267	1	.004
Breslow (Generalized Wilcoxon)	8.701	1	.003
Tarone-Ware	8.880	1	.003

Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para diferentes niveles de TRATAMIENTO.

Funciones de supervivencia

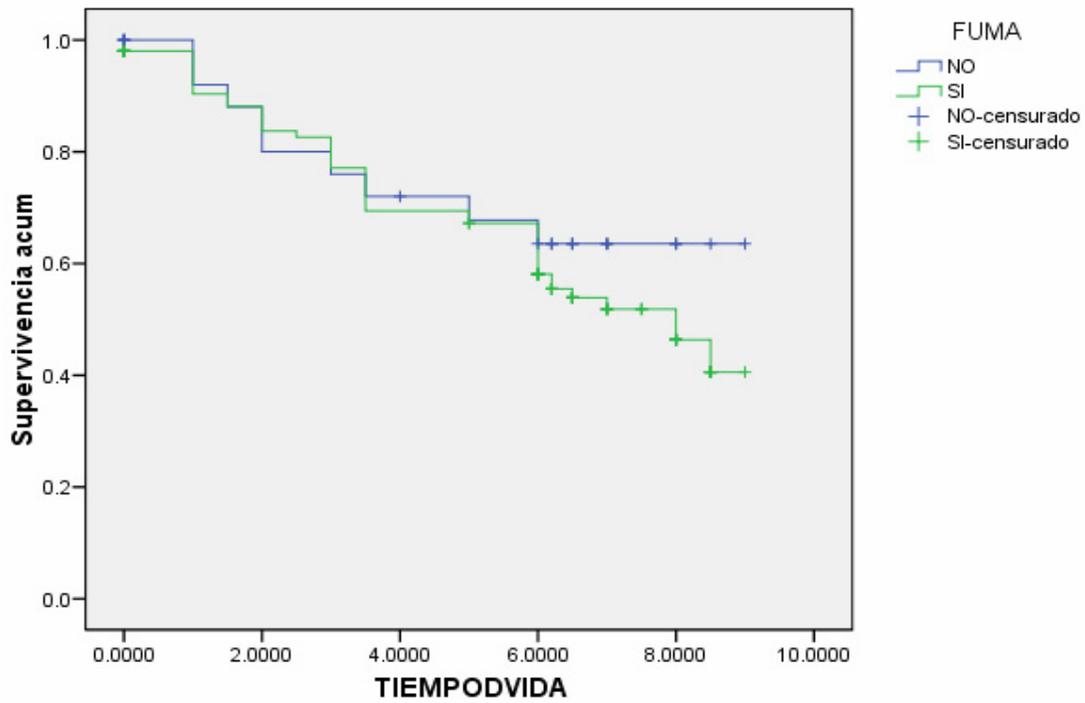


Comparaciones globales

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	.829	1	.362

Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para diferentes niveles de FUMA.

Funciones de supervivencia



DISCUSIÓN

El hospital Español representa un gran número de pacientes de edad mayor a los 65 años, siendo este grupo el de mayor incidencia dentro del cáncer de pulmón, por lo que los datos estadísticos son significativamente representativos de lo escrito en la literatura mundial, los resultados que arrojó el estudio se compararon con los descritos por la literatura, teniendo datos estadísticos similares, este análisis de cáncer de pulmonía representa un grupo estadístico significativo debido a estas razones y refuerza nuestras conclusiones.

CONCLUSIONES

El Cáncer de pulmón es la segunda causa en hombres y tercera en mujeres de egreso en pacientes con diagnóstico por cáncer, con un promedio de edad dentro de la sexta y séptima década de la vida dentro del Hospital Español, al igual que lo descrito en la literatura mundial.

A pesar de la evolución en el tratamiento y las modificaciones a los protocolos de estudio, el diagnóstico de los pacientes aun se realiza en etapas avanzadas.

Con el paso del tiempo, el tipo histológico ha cambiado siendo el más frecuente el tipo adenocarcinoma, dejando en segundo lugar al de tipo escamoso o epidermoide, como se ha establecido en la literatura mundial desde hace 10 años.

Debido a estudios sobre el probable origen de cáncer pulmonar, la clasificación para estadiaje TNM ha presentado cambios importantes, lo cual ha llevado a nuevas estrategias de tratamiento, haciendo que pacientes en etapa avanzada sean candidatos a tratamientos combinados (Quimioterapia/ Radioterapia / Cirugía)

La cirugía continua siendo la estrategia terapéutica con mayor índice de supervivencia en el tratamiento del cáncer pulmonar, sea sola o con combinación con quimioterapia o radioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. “Environmental Tobacco Smoke: Respiratory and Other Health Effects” Clin Chest Med 28 (2007) 559–573. Jane Z. Reardon, MSN, RN.
2. “Imaging Evaluation of the Solitary Pulmonary Nodule” Clin Chest Med 29 (2008) 15–38. Jeffrey S. Klein, MDa,b,* , Samuel Braff, MD.
3. “Cancer Screening in the Primary Care Setting; The Role of the Primary Care Physician in Screening for Breast, Cervical, Colorectal, Lung, Ovarian, and Prostate Cancers ” Prim Care Clin Office Pract 34 (2007) 137–167 William F. Miser, MD.
4. “Women and Tobacco Dependence ” Virginia C. Reichert, NPa,* , Vicki Seltzer, MDb,
5. “Imaging^Bronchoscopic Correlations for Interventional Pulmonology” Tshering Amdo, MDa,Myrna C.B. Godoy, Mdb
6. The Beatles, the Nobel Prize, and CT Scanning of the Chest” Lawrence R. Goodman, MDa,b,*
7. “End-of-Life Considerations in Older Patients Who Have Lung Disease” Clin Chest Med 28 (2007) 801–811 Renee D. Stapleton, MD, MSc,a,b,* , J. Randall Curtis, MD, MPH,a,b
8. “PET Versus PET/CT Dual-Modality Imaging in Evaluation of Lung Cancer” Radiol Clin N Am 45 (2007) 639–644. Lutz S. Freudenberg, MD, MA, MBAA,* , Sandra J. Rosenbaum, MDa,
9. “Multidetector CT of Solitary Pulmonary Nodules” Mylene T. Truong, MDa,* , Bradley S. Sabloff, MDa,
10. “The Emerging Role of Minimally Invasive Surgical Techniques for the Treatment of Lung Malignancy in the Elderly” Anesthesiology Clin 26 (2008) 315–324. Paul M. Heerdt, MD, PhD,a,b,* , Bernard J. Park, Md
11. “Diagnosing Cancer in the Symptomatic Patient” Brooke E. Salzman, MDa,* , Kathleen Lamb, MD
12. “The Future of Cancer Screening” Lauren G. Collins, MD, Daisy T.Wynn, MD, Joshua H. Barash, MD
13. “CT, Positron Emission Tomography, and MRI in Staging Lung Cancer” Clin Chest Med 29 (2008) 39–57. Jeremy J. Erasmus, MBBCh, Bradley S. Sabloff, MD.

14. "Management of Lung Nodules Detected by Volume CT Scanning" *n engl j med* 361;23. dec 2009
- 15.. Rob J. van Klaveren, M.D., Ph.D., Matthijs Oudkerk, M.D., Ph.D.
16. "Lung Cancer" *Radiol Clin N Am* 45 (2007) 21–43. Michelle S. Ginsberg, MD, Ravinder K. Grewal, MD
17. "Treatment of Lung Cancer in Older Patients" *Clin Chest Med* 28 (2007) 735–749. Lynn Tanoue, MDa, Scott Gettinger, MD
18. "Lung Cancer Disparities in African Americans: Health versus Health Care" *Clin Chest Med* 27 (2006) 431–439. Eric L. Flenaugh, MD, Marshaleen N. Henriques-Forsythe, MD.
19. "Lung Cancer Screening with CT" *Clin Chest Med* 29 (2008) 1–14Denise R. Aberle, MD*, Kathleen Brown, MD
20. "Staging of Lung Cancer" *PET Clin* 1 (2006) 301–316 Jocke Wynants, MDa, Sigrid Stroobants, MD, PhD. *Lancet Oncol* 2008; 9: 693–97 *Peter B Bach*
21. " ACCP Revises Guideline on the Diagnosis of Lung Cancer" *February 1, 2008* □
Volume 77, Number 3