

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Salud



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico: 2012/2013

Convocatoria: Junio 2013

Trabajo Fin de Grado

Epidemiología del cáncer en Andalucía entre 2001 y 2011

- Autor/a -

M^a Teresa Cruz Aguilar

- Tutor/a -

Tesifón Parrón Carreño

ÍNDICE

❖ RESUMEN.....	3
❖ INTRODUCCIÓN.....	4
• Factores de riesgo:	
- Cáncer de colon.....	5
- Cáncer de pulmón.....	7
- Cáncer de mama.....	8
❖ OBJETIVOS.....	10
❖ METODOLOGÍA.....	11
❖ DESARROLLO.....	12
❖ DISCUSIÓN.....	14
- Prevención y diagnóstico precoz del cáncer de colon.....	15
- Prevención y diagnóstico precoz del cáncer de pulmón.....	16
- Prevención y diagnóstico precoz del cáncer de mama.....	17
❖ CONCLUSIONES.....	18
❖ BIBLIOGRAFÍA.....	20
❖ ANEXOS.....	21

❖ RESUMEN

Se trata de un trabajo en el que se pretende describir la mortalidad por cáncer en Andalucía y en nuestra provincia, entre los años 2001-2011 para conocer la magnitud del problema, y explicar los factores de riesgo asociados al cáncer y proponer medidas de protección y/o prevención desde el ámbito profesional de la enfermería, para los tres tipos de cáncer más frecuentes, que son el cáncer de mama, cáncer de pulmón y cáncer de colon.

Con esto se pretende concienciar sobre la importancia de llevar unos hábitos de vida saludables e incidir en el autocuidado, para prevenir esta enfermedad causante de tantas muertes en los últimos años.

Desde el punto de vista de enfermería, el objetivo es intentar que la población en riesgo de padecer cáncer tenga conocimiento de cuan importante es conocer los factores de riesgo de esta enfermedad, para así poder utilizar distintas estrategias de prevención y detección con el fin de evitar la enfermedad o por lo menos lograr una disminución de la mortalidad de la misma.

❖ INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad heterogénea, que engloba entidades distintas en cuanto a posibles causas, pronóstico y tratamiento, esta constituido por un grupo de enfermedades caracterizadas, salvo excepciones, por una incidencia baja y una gran letalidad, y que consisten en un crecimiento incontrolado y una extensión celular anormal que llevan a la muerte a una gran proporción de quienes lo padecen. En la actualidad constituye la segunda causa de muerte tras las enfermedades cardiovasculares consideradas globalmente (Ver figura 1)^{1,3}, es por tanto un problema de salud prioritario.

Es posible evaluar el impacto del cáncer utilizando una serie de indicadores clásicos, como la mortalidad, supervivencia, prevalencia y años potenciales de vida perdidos². La mortalidad es hoy el indicador mas exhaustivo y accesible para conocer mejor su evolución temporal y comparar la magnitud del cáncer entre distintas áreas¹.

Globalmente, el cáncer es en Andalucía, la causa más frecuente de muerte en hombres y la segunda en mujeres y, entre los rangos de edad comprendido entre los 34 y los 75 años, resulta la primera causa de muerte en ambos sexos². Los seis tipos de cáncer que causan mayor mortalidad en hombres son los de pulmón, colorrectal, próstata, vejiga, estómago y laringe; y en las mujeres los de mama, colorrectal, estómago, vejiga, pulmón y útero (Ver figura 2)^{1,2}.

Uno de cada tres varones y una de cada cuatro mujeres se diagnosticarán de cáncer a lo largo de su vida. Cada año la incidencia del cáncer aumenta en España, pero también disminuye su mortalidad, lo cual refleja los avances en el diagnóstico precoz y el tratamiento. El envejecimiento de la población y la supervivencia cada vez mayor de los enfermos de cáncer han supuesto un aumento significativo del número de pacientes que tienen o han tenido cáncer^{3, 4}. El descenso de la mortalidad por cáncer puede indicar que las actividades de prevención han sido concebidas e implantadas con éxito y podría también indicar mejoras en la introducción de los tratamientos o éxitos en los programas de detección precoz⁴.

Por todo ello, el análisis de las tendencias de la mortalidad por cáncer puede ser de ayuda para la valoración de los éxitos o fracasos, así como para identificar necesidades futuras en los programas de prevención y control⁴. El diagnóstico precoz tiene como

objetivo poder tratar el cáncer en el estadio inicial, con lo cual aumenta el porcentaje de curación. Se basa en diagnosticar la enfermedad en una fase inicial, cuando sus síntomas son apenas percibidos por el paciente. Por ello, es muy importante conocer los factores de riesgo de cada persona respecto al cáncer que se pretende prevenir.

En este estudio nos centraremos en tres tipos de cáncer: cáncer de pulmón, cáncer de mama y cáncer de colon, que constituyen los tipos de cáncer más frecuentes en el hombre, la mujer y ambos sexos respectivamente. Se describirá la tendencia de mortalidad andaluza de los últimos once años y se expondrán tanto factores de riesgo que pueden tener responsabilidad a la hora de padecer cáncer, como las posibles medidas de prevención para evitarlo.

- **FACTORES DE RIESGO**

Debido a que el cáncer es una enfermedad compleja y multifactorial, no existe una sola causa suficiente que al ser eliminada prevenga la enfermedad. Lo que debe examinarse entonces son los diversos componentes de las causas suficientes. Por ello vamos a definir los distintos tipos de factores de riesgo en los tres tipos de cáncer seleccionados por ser los más comunes dentro de la mortalidad andaluza de los últimos años.

Cáncer de colon

La vasta mayoría de los cánceres colorrectales son esporádicos y no familiares. Aunque se desconoce la causa exacta, estudios epidemiológicos demuestran un aumento del riesgo para cáncer colorrectal con las siguientes condiciones/características^{5,6}:

- Edad: Los adultos más jóvenes pueden padecer cáncer colorrectal, aunque las probabilidades aumentan significativamente después de los 50 años de edad.
- Factores genéticos: una historia familiar de cáncer de colon esta relacionada con un aumento del riesgo de desarrollar este tipo de cáncer. Si un familiar de primer grado tiene cáncer de colon, el riesgo de padecerla aumenta hasta tres veces más^{5,6}.

- Sociedades occidentales/urbanizadas: donde la población es mayoritariamente sedentaria y prima la alimentación rica en grasas de origen animal⁵.
- Dieta: las pruebas demuestran que las personas que consumen dietas bajas en grasas animales y altas en fibra tienen una incidencia mucho menor, ya que se altera el colesterol y las sales biliares fecales, lesionando la mucosa del colon y aumentando la actividad proliferativa de su epitelio. Un bajo contenido en fibra en la dieta también puede promover el proceso cancerígeno porque aumenta el tiempo de contacto del carcinógeno con la mucosa del colon. Se consideran carcinógenos genotóxicos las carnes o pescados asados al carbón y los alimentos fritos. También se está investigando la posible influencia de las dietas deficientes en vitaminas A, C y E, selenio y calcio^{5,6}.
- Diabetes mellitus: el riesgo puede ser un 30% mayor en pacientes diabéticos⁵.
- Fumar cigarrillos: Las personas que fuman desde hace mucho tiempo tienen una probabilidad mayor de padecer y morir de cáncer colorrectal que las personas que no fuman. Se sabe que fumar causa cáncer de pulmón, pero algunas de las sustancias cancerígenas que se encuentran en el humo se disuelven en la saliva y si se tragan pueden causar cánceres del sistema digestivo, como por ejemplo cáncer colorrectal.⁵
- Consumo de alcohol: el cáncer colorrectal ha sido vinculado al consumo excesivo de alcohol. Al menos algo de esto puede que se deba al hecho de que las personas que consumen alcohol en exceso tienden a presentar bajos niveles de ácido fólico en el cuerpo⁵.
- Radiación pélvica previa⁵.
- Otros factores predisponentes: incluyen la colitis ulcerativa y la enfermedad de Crohn. Estos trastornos intestinales inflamatorios se asocian con displasia y lesiones malignas. La posibilidad de que se desarrolle el proceso maligno se correlaciona con la duración de la enfermedad⁶.

Cáncer de pulmón

El cáncer de pulmón es la principal causa de mortalidad por cáncer en los varones a partir de los 35 años y en las mujeres entre 55 y 74 años. La mayoría de los pacientes se presentan con enfermedad metastásica, que con el tiempo ocasiona la muerte⁷.

- Tabaquismo: la mortalidad por cáncer de pulmón ha sido más conocida a partir del siglo XX. El aumento en la incidencia en la población masculina en el pasado siglo, durante la década de los 30 y en la femenina durante los 60, fue consecuencia del patrón de mayor aceptación del tabaquismo. Se estima que el 85% de las muertes por esta enfermedad se relaciona con el tabaquismo; el periodo de latencia entre el comienzo del tabaquismo y el desarrollo de la afección es de unos 15 a 20 años.⁷
- Contaminación ambiental: se considera que los contaminantes ambientales también son factores etiológicos del cáncer de pulmón, no obstante no se ha comprobado una correlación definitiva con la incidencia de esta enfermedad⁷.
- Industria: se considera que la exposición industrial a los siguientes agentes pone a las personas en mayor riesgo de cáncer de pulmón: gas mostaza, radón, asbesto, radioisótopos, hidrocarburos aromáticos policíclicos (presentes en el petróleo, carbón y alquitranes), níquel, cromo, haloéteres, minerales ferrosos, arsénico inorgánico, serrín y aceite de isopropilo⁷.
- Antecedentes familiares y personales: el riesgo de cáncer de pulmón es mayor en las personas con antecedentes de enfermedad pulmonar o historia familiar de cáncer de pulmón. La investigación reciente apoya la teoría de que el riesgo de esta enfermedad es un rasgo heredado, esto explicaría porque no todos los fumadores la padecen, aunque este es un tema aun por esclarecer⁷.

Cáncer de mama

La investigación ha demostrado que no existe una causa única conocida del cáncer mamario. Es una enfermedad heterogénea, que muy probablemente se desarrolla como resultado de muchos factores que difieren de una mujer a otra y que en su mayoría aun se desconocen. Se cree que el 50% de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama tienen factores de riesgo identificables a parte de la edad y el sexo^{8,9}:

- Exposición a estrógenos: el uso común de anticonceptivos orales confiere un incremento ligero en el riesgo de padecer cáncer de mama. Es cierto que es menos frecuente en mujeres jóvenes que en mujeres postmenopáusicas y el riesgo parece aumentar con la duración del uso⁸.
- Factores reproductivos: menarquia temprana, menopausia y nuliparidad tardías o mayor de 30 años de edad al nacimiento del primer hijo son algunos de estos factores. Se cree que la alimentación al seno materno protege del riesgo de cáncer de mama⁸.
- Estilo de vida: la obesidad afecta el riesgo de padecer cáncer de mama de distinta forma en mujeres pre y postmenopáusicas, siendo más elevado en estas últimas⁸.
- Dieta: el alcohol es quizás el factor de riesgo dietético más importante. La ingesta moderada de alcohol aumenta el nivel de estrógenos, que se relaciona con el riesgo aumentado de esta neoplasia. Se observa también un incremento moderado en el riesgo en las mujeres que consumen una dieta rica en grasas⁸.
- Género: las mujeres tienen una mayor probabilidad que los hombres de padecer cáncer de mama⁹.
- Edad: la incidencia de cáncer de mama aumenta con la edad. La mayoría de los casos que se diagnostican en mujeres mayores de 40 años⁹.
- Antecedentes personales y/o familiares de cáncer: un diagnóstico previo de cáncer de mama aumenta el riesgo de una mujer de padecer un segundo tumor en la mama opuesta. Además se ha demostrado que el riesgo de padecer cáncer de mama es mayor si sufre o ha sufrido cáncer de ovario o endometrial. Las mujeres con un antecedente familiar de cáncer de mama en una pariente de

primer grado (madre, hermana o hija) tiene un riesgo de dos a tres veces mayor que el resto de la población⁹.

- Enfermedad benigna de mama: algunas evidencias indican que los papilomas múltiples (un tipo de lesión proliferativa en la enfermedad benigna de mama) son susceptibles al desarrollo de cáncer de mama. Si estas células continúan proliferando y adquieren apariencia cancerosa, la lesión se convierte en un carcinoma in situ⁹.
- Exposición a la radiación: se ha observado una incidencia del cáncer de mama superior a la esperada en las mujeres expuestas a radiación ionizante⁹.

❖ OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL:

Analizar la mortalidad por cáncer en Andalucía y Almería entre 2001 y 2011, por sexo, para el cáncer en conjunto y para los principales tipos más frecuentes, como son el cáncer de mama, cáncer de pulmón y cáncer de colon.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

Analizar los riesgos conocidos para los cánceres objeto de estudio.

Plantear estrategias de prevención, tanto primarias como secundarias actualmente disponibles y efectivas para el cáncer, desde el punto de vista de enfermería y dirigidas a las poblaciones que están en mayor riesgo de sufrir estos tipos específicos de cáncer.

❖ **METODOLOGÍA**

Para realizar el análisis temporal de la mortalidad, se han incluido las defunciones por cáncer en Andalucía y Almería, tanto en hombres como en mujeres procedentes de los datos publicados por el Instituto de estadística y cartografía de Andalucía, para los años 2001-2011.

El criterio de inclusión ha sido el lugar de residencia y la causa de muerte, es decir, se analizan todas las defunciones por cáncer en Andalucía y Almería durante los años del período estudiado, centrándonos en los tres más comunes: cáncer de mama, cáncer de pulmón y cáncer de colon. Se han incluido los datos de mortalidad relacionados con Almería con el objetivo de hacer una comparación entre los resultados generales de la comunidad autónoma y los resultados a nivel local de nuestra provincia.

Con estos datos se han calculado las tasas brutas y específicas por sexo y lugar de residencia. En primer lugar se ha realizado un análisis univariante para Almería y Andalucía por separado para conocer sus tasas de mortalidad brutas y específicas. Después se ha hecho un análisis bivariado, con el fin de tener una comparación de datos entre comunidad autónoma y provincia. Ambos análisis están basados en la recogida de datos por sexo y muerte por tumores.

❖ DESARROLLO

En la tabla 1 se muestra la mortalidad por cáncer en **Andalucía**, en número absolutos, reflejando un aumento en las mujeres de 5584 defunciones en el año 2001 a 6436 en el 2011. Las tasas brutas se incrementaron igualmente de 148.64 a 151.28 defunciones por 100.000 mujeres/año. En los varones, el número de defunciones pasó de 9704 en el año 2001 a 10580 en el 2011. Las tasas brutas, sin embargo, han descendido levemente, pasando de 266,07 a 253,74 defunciones por 100.000 personas/año entre 2001 y 2011 (ver figura 3). De las defunciones totales por tumores en Andalucía, los hombres suponen un 63.02% frente al 36.98% de mujeres (ver figura 4).

A modo de comparación, la tabla 2 registra el número de defunciones por tumores en **Almería**, así como la tasa de mortalidad por tumores en hombre y mujeres almerienses. Se observa un aumento de la mortalidad en mujeres, pasando de 353 en el año 2001 a 483 en el 2011. Las tasas brutas se ven de la misma manera aumentadas de 133,90 a 141,38 defunciones por 100.000 mujeres/año. En los hombres el número de defunciones pasó de 656 a 823 en el periodo de años anteriormente descritos. Sin embargo las tasas brutas se ven ligeramente disminuidas, tal y como vimos en los datos correspondientes a Andalucía. Las tasas brutas para los hombres pasan de 243,37 en 2001 a 227,86 defunciones por 100.000 hombres/año en 2011 (ver figura 5). En general las mujeres representan un total del 35.81% de las defunciones por tumores en Almería y los hombres un 64.19% (ver figura 6).

Según los datos recogidos, en las mujeres el cáncer de mama es la primera causa de mortalidad por cáncer, seguida por el cáncer colorrectal. En el caso de los hombres la primera causa de mortalidad por cáncer fue el de pulmón, seguido a mucha distancia por el cáncer colorrectal, nuevamente. Esta condición se cumple tanto a nivel de Andalucía como a nivel provincial en Almería (ver figura 7).

En términos generales, el riesgo de **mortalidad tumoral** es 1,12 veces superior en Andalucía respecto a Almería, siendo 1,45 veces superior en hombres andaluces con respecto a hombres almerienses y 1,12 veces superior en mujeres andaluzas con respecto a mujeres almerienses. El riesgo de mortalidad tumoral es significativamente mayor en hombres que en mujeres en ambos casos.

Con respecto al **cáncer de colon** se observa que el riesgo de mortalidad es 1,11 veces superior en Andalucía respecto a Almería, siendo 1,15 veces superior hombre andaluz con respecto a hombres almerienses y 1,13 veces superior en mujeres andaluzas con respecto a mujeres almerienses. En este caso, el riesgo de mortalidad por cáncer de colon es mayor en hombres que en mujeres también.

El riesgo de mortalidad por **cáncer de pulmón** es 1,22 veces superior en Andalucía respecto a Almería: es 1,14 veces superior en hombres andaluces con respecto a hombres almerienses y 1,13 veces superior en mujeres andaluzas con respecto a mujeres almerienses. El riesgo de mortalidad por cáncer de pulmón es significativamente mayor en hombres que en mujeres en los dos casos.

En cuanto al riesgo de mortalidad por **cáncer de mama** es 1,09 veces superior en Andalucía respecto a Almería. Observamos que el riesgo de mortalidad es igual en hombres andaluces y almerienses y que es 1,09 veces superior en mujeres andaluzas con respecto a mujeres almerienses. Vemos que el riesgo es significativamente mayor en mujeres que en hombres.

❖ DISCUSIÓN

La mortalidad por cáncer en las mujeres de Andalucía ha seguido una tendencia ascendente entre 2001 y 2011. Si bien es cierto que esta tendencia no ha sido constante a lo largo de la serie de años estudiados, ha ido sufriendo altibajos, pero las tasas brutas reflejan igualmente este aumento de la mortalidad. En los varones, sin embargo, aunque la mortalidad se haya visto aumentada, las tasas se han visto disminuidas.

En cuanto a los datos utilizados, como se ha comentado en la introducción, la mortalidad es el único dato en Andalucía disponible con carácter universal; permite hacer comparaciones temporales y espaciales y para algunos tumores es una buena aproximación a la incidencia⁴.

Si comparamos los datos de incidencia de cáncer con los de mortalidad, podemos saber que muchísimas personas sobreviven a esta enfermedad. Esta situación favorable posiblemente sea debida no sólo a los mejores tratamientos sino también a que hemos incorporado hábitos y estilos de vida bien establecidos⁴.

Los varones de Andalucía presentan un patrón de mortalidad por cáncer similar al de España, pero mantienen cifras más altas durante más tiempo, posiblemente por un retraso en la incorporación de las medidas de prevención y control de los factores que determinan la mortalidad⁴.

El patrón de mortalidad por cáncer entre las mujeres andaluzas muestra un predominio del cáncer de mama. Históricamente la mortalidad por cáncer de mama empezó a descender a partir del año 1993 en Andalucía, coincidiendo con un aumento del conocimiento de la enfermedad, mejora de los tratamientos y diagnóstico en fases más tempranas⁴.

La prevención, el cribado y la detección precoz son algunas de las mejores estrategias disponibles en la lucha contra el cáncer. El objetivo es reducir la tasa de mortalidad ocasionada por esta enfermedad, que se logrará con la suspensión del tabaquismo, la modificación de la dieta, la detección precoz a través de los programas de cribado y los tratamientos más novedosos para el cáncer. También pueden lograrse otras reducciones mediante la eliminación de riesgos ocupacionales y ambientales, y cambios en el estilo de vida, centrados en el ejercicio y una dieta sana. El diagnóstico precoz es crucial para disminuir la morbilidad y la mortalidad asociada con esta enfermedad¹⁰.

Las medidas de prevención se clasifican en dos tipos: primarias y secundarias. La prevención primaria incide sobre los factores conocidos para reducir el riesgo de cáncer. La prevención secundaria esta basada en programas poblacionales de diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad¹.

A continuación describimos que tipo de medidas de prevención primarias y secundarias seria conveniente seguir con el objetivo de reducir la incidencia y/o mortalidad por cáncer de colon, pulmón y mama:

Prevención y diagnóstico precoz del cáncer de colon

Una de las medidas principales de prevención es la dieta, se recomienda una dieta baja en grasas y alta en fibra, que incluya cereales integrales, frutas y verduras, se aconseja consumir vegetales de la familia de las crucíferas (coles de Bruselas, coliflor, brécol)⁶. Las dietas altas en carnes rojas/procesadas y bajas en pescado han sido relacionadas con aumento de riesgo para cáncer de colon, así mismo, la actividad física podría tener un efecto protector⁵. El consumo de tabaco y el abuso del alcohol también influyen en su aparición.

La implantación de programas de cribado contra el cáncer colorrectal esta siendo muy lenta⁴. La mayoría de los canceres colorrectales surge de poliposis adenomatosas, el propósito del análisis seria detectar pólipos antes de que ellos se conviertan en cáncer. Para ello se utilizan las siguientes técnicas^{5,6}:

- Colonoscopia: se recomienda a pacientes a partir de los 50 años y repetirlo cada 10 años en los pacientes sin ninguna patología relacionada.
- Sangre oculta en heces: se recomienda analizar a los pacientes empezando a la edad de 50 años anualmente.
- Sigmoidoscopia: también pacientes mayores de 50 años, cada 3-5 años si la persona ha tenido resultados negativos en dos exámenes anuales.

Las personas en alto riesgo pueden necesitar el cribado a una edad más precoz y a intervalos más frecuentes que la población general. Como muchos tumores se

encuentran en la región inferior del recto, es importante realizar un examen abdominal y rectal durante el examen físico habitual⁶.

Prevención y diagnóstico precoz del cáncer de pulmón

La causa mas importante del cáncer de pulmón es el humo del tabaco, de tal modo que el 80-90% de los cánceres de pulmón se producen en fumadores y éstos tienen un riesgo de 10 a 20 veces mayor de padecer un cáncer de pulmón que los no fumadores. Las modificaciones en los hábitos como el consumo de tabaco podrían ayudar a lograr cambios en la tendencia de la mortalidad por cáncer de pulmón. La lucha contra el tabaquismo es probablemente la medida de prevención más potente contra el cáncer de pulmón, poniendo especial insistencia en los grupos más jóvenes de la población⁴.

La prevención primaria se centra en disminuir el número de nuevos fumadores y ayudar a los que fuman a dejar la adicción; puede incluir la reducción del peligro del tabaquismo mediante el consumo de cigarrillos con filtro y bajos en alquitrán para quienes siguen fumando. Existen muchas formas de motivar a los adultos a dejar el hábito, aunque el 95% de los fumadores que lo hacen no buscan ayuda externa, si no que prefieren métodos que puedan realizar por sí mismos⁷.

La prevención secundaria se dirige al diagnóstico precoz del cáncer pulmonar en poblaciones de alto riesgo. Estos grupos por lo general incluyen personas mayores de 45 años que han fumado bastante. Es necesario interrogar a los pacientes que afirman no ser fumadores sobre sus antecedentes de tabaquismo⁷.

Los métodos de diagnóstico sucesivos que confirman el diagnóstico serían una radiografía de tórax y un TAC.

Prevención y diagnóstico precoz del cáncer de mama

Como medidas de prevención más importantes y sobre las cuales tenemos control serían las relacionadas con el estilo de vida: dieta y ejercicio. Principalmente evitar la obesidad.

La detección precoz continúa siendo la clave para controlar el cáncer de mama. La investigación ha demostrado que la supervivencia se relaciona directamente con el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico. Para ello se utilizan las siguientes técnicas^{8,9}:

- Autoexamen de mama: debe realizarse todos los meses, desde los 20 años
- Examen clínico de mama: realizado por un profesional de la salud cada tres años en las mujeres entre los 20 y los 40 años y anualmente después de esa edad.
- Mamografía: deben comenzar a los 40 años de edad. El cribado habitual debe realizarse cada año en mujeres a partir de 50 años y cada 1-2 años para mujeres con edades comprendidas entre 40 y 49 años.

Es necesario aconsejar a una mujer con factores de riesgo conocidos o sintomatología crónica, que consulte a su médico sobre la frecuencia y la especificidad de los exámenes clínicos de mama y las mamografías adecuadas para su caso. Para una mayor efectividad, en cada método de cribado deben considerarse dos aspectos claves: la frecuencia y la destreza⁹.

❖ CONCLUSIONES

El cáncer es un grave problema de salud pública en Andalucía y supone globalmente la segunda causa de muerte tras las enfermedades cardiovasculares. Aunque existen cánceres emergentes cuya frecuencia aumenta, la mayoría de localizaciones presenta tendencias estables o descendentes de mortalidad relacionada con un descenso en los factores causales y un mejor control y prevención secundaria¹.

Como el cáncer es una enfermedad que afecta sobre todo a adultos mayores, muchos signos y síntomas pueden simular el proceso normal de envejecimiento y ser ignorados o pasar desapercibidos para quienes lo padecen y sus allegados¹⁰.

La enfermería puede cumplir un papel esencial en la prevención, el cribado y la reducción de los riesgos del cáncer al identificar a los individuos en alto riesgo y valorar su estilo de vida, los antecedentes personales y familiares y la exposición ocupacional o ambiental a los cancerígenos¹⁰. También debemos esforzarnos por promover el seguimiento y la vigilancia de las personas identificadas como de alto riesgo.

Los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en la enseñanza a todas las mujeres de las directrices sobre como detectar el cáncer de mama con la autoexploración, que puede potencialmente salvar sus vidas, además de que debemos dar ejemplo en cuanto a la deshabitación tabáquica.

Los/as enfermeros/as y otros profesionales de la salud deben ser sensibles a las creencias, los valores y las actitudes sociales, culturales, étnicas y religiosas que pueden afectar a la receptividad de un individuo a la promoción de la salud y a las estrategias de prevención de las enfermedades. La mejor forma en la que los profesionales de enfermería pueden prepararse para satisfacer las necesidades de educación pública es a través de la capacitación sobre sensibilización, el desarrollo de materiales impresos que reflejen la diversidad cultural y que estén en un nivel apropiado de alfabetismo¹⁰.

Pero sobre todo, el papel más importante que debemos desempeñar los profesionales de enfermería es el de comunicación con el paciente. La comunicación con el paciente debe ser un proceso continuo ya que aumenta su bienestar y el de su familia. La enfermedad pasa por diferentes fases donde el apoyo y orientación de enfermería son básicos tanto a la hora de confirmar el diagnóstico, en su proceso, así como cuando la enfermedad irremediamente pasa a convertirse en una situación crítica para el

paciente. La atención de enfermería va encaminada a brindarle la máxima sensación de confort, bienestar, cubrir las reacciones psicológicas, demanda de afecto, permitir expresiones y necesidades de comunicación, y así aumentar la autoestima, reducir su soledad, cambiar su entorno, minimizar su tensión emocional y sentimientos de miedo.

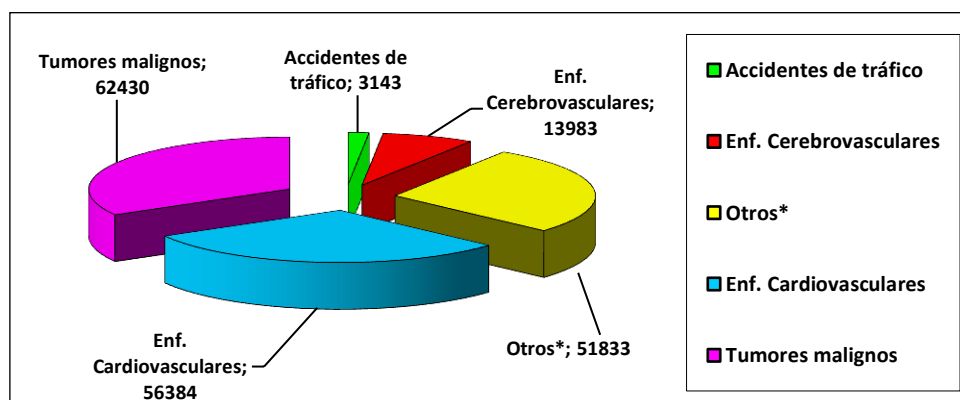
❖ BIBLIOGRAFÍA

1. Vioque López J, Navarrete Muñoz EM, García de la Hera M. Epidemiología y prevención del cáncer. En: Hernández-Aguado I, Lumbreras Lacarra, B. Manual de epidemiología y salud pública para grados en ciencias de la salud. 2ª ed. Madrid: Editorial médica Panamericana; 2011.p. 163-167.
2. II Plan Integral de oncología de Andalucía 2007-2012. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 2007. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_oncologia/plan_oncologia_2007_12.pdf. Acceso el 16 de Marzo de 2013.
3. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). El cáncer en España 2010. Disponible en:
http://fecma.vinagrero.es/documentos/EL_CANCER_EN_ESPA%C3%91A_2010.pdf. Acceso el 8 de Enero de 2013
4. Ruiz-Ramos M, Expósito Hernández J. Tendencia de la mortalidad por cáncer en Andalucía entre 1975 y 2003. Med Clin. Barcelona. 2007; 128(12): 448-452.
5. Ryan DP. Cáncer de colon. En: Chabner BA, Lynch TJ, Longo DL. Harrison-Manual de oncología. México: McGraw-Hill: 2009. p. 423-429.
6. Murphy ME. Cáncer colorrectal. En: Otto SE. Enfermería Oncológica. 3ª ed. Madrid: Harcourt/Oceano; 1999. p. 127-142.
7. Shell JA, Bulson KR, Vanderlugt LF. Cáncer de pulmón. En: Otto SE. Enfermería Oncológica. 3ª ed. Madrid: Harcourt/Oceano; 1999. p. 317-352.
8. Cigler T, Ryan PD. Oncología de mama: presentación clínica y genética. En: Chabner BA, Lynch TJ, Longo DL. Harrison-Manual de oncología. México: McGraw-Hill: 2009. p. 511-519
9. Crane R. Cáncer de mama. En: Otto SE. Enfermería Oncológica. 3ª ed. Madrid: Harcourt/Oceano; 1999. p. 83-119.
10. Gullate MM. Prevención, cribado y detección. En: Otto SE. Enfermería Oncológica. 3ª ed. Madrid: Harcourt/Oceano; 1999. p. 31-47.

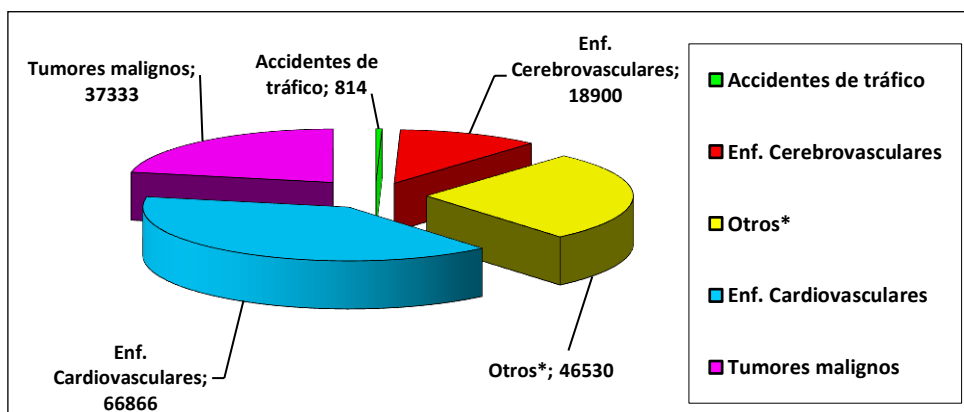
❖ ANEXOS

Figura 1: Principales causas de mortalidad en España 2007

Hombres



Mujeres



* Otras: diabetes, otras enfermedades respiratorias, enfermedades del aparato digestivo, enfermedades renales, suicidios, caídas accidentales, causas externas, anomalías congénitas, causas perinatales y mal definidas.

Figura 2: Evolución de la mortalidad por los principales cánceres en Andalucía de 1975 al 2003.

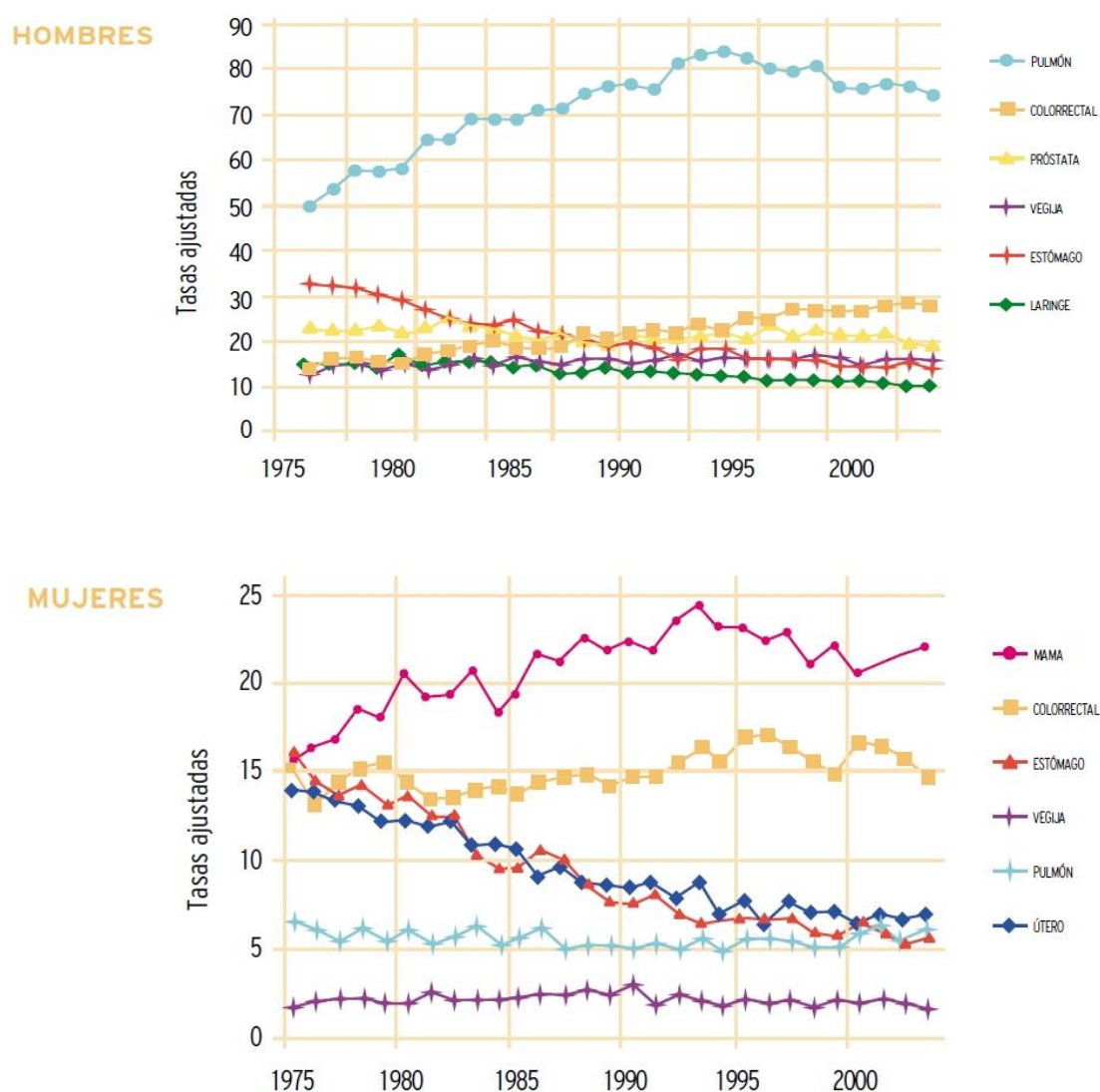


Tabla 1: Mortalidad por Tumores en Andalucía

AÑO	Total	Tasa Total	Hombres	Tasa Hombres	Mujeres	Tasa Mujeres
2001	15288	206,48	9704	266,07	5584	148,64
2002	15501	207,28	9861	267,42	5640	148,77
2003	15507	203,86	9795	260,69	5712	148,38
2004	16024	208,44	10175	267,75	5849	150,46
2005	15684	199,80	10037	258,05	5647	142,59
2006	15791	197,99	9881	249,61	5910	147,12
2007	16107	199,85	10076	251,95	6031	148,54
2008	16395	199,88	10272	252,29	6123	148,23
2009	16397	197,48	10288	250,11	6109	145,82
2010	16642	198,81	10470	252,60	6172	146,04
2011	17016	201,99	10580	253,74	6436	151,28

Figura3: Mortalidad por tumores en Andalucía.

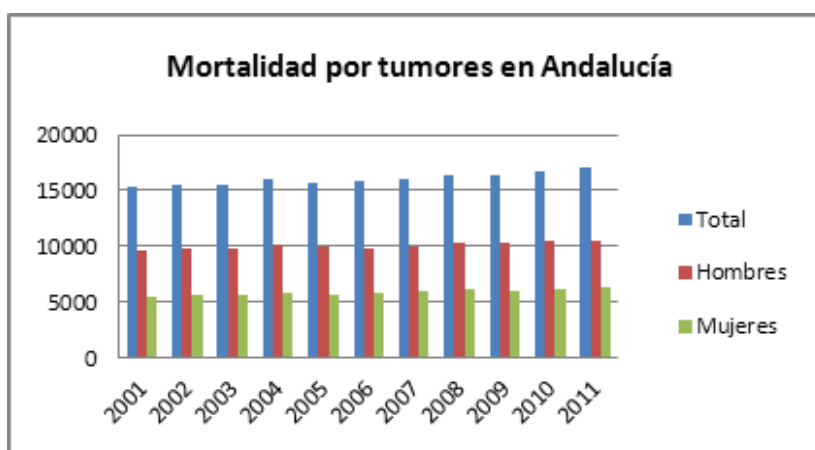


Figura 4: Valor promedio de mortalidad por tumores en Andalucía.

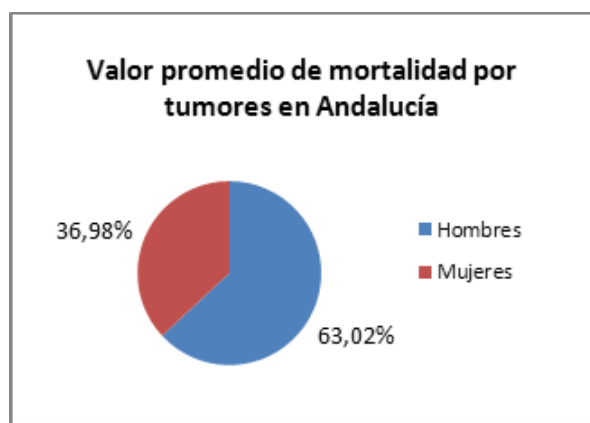


Tabla 2: Mortalidad por Tumores en Almería

AÑO	Total	Tasa Total	Hombres	Tasa Hombres	Mujeres	Tasa Mujeres
2001	1009	189,25	656	243,37	353	133,90
2002	1026	187,74	627	226,86	399	147,71
2003	1033	182,73	674	234,60	359	129,13
2004	1089	187,73	715	243,04	374	130,82
2005	1065	173,93	672	213,30	393	132,21
2006	1119	175,98	721	218,73	398	129,97
2007	1134	175,37	722	216,67	412	131,46
2008	1132	169,55	739	215,00	393	121,33
2009	1207	176,35	787	223,33	420	126,49
2010	1202	172,81	773	215,85	429	127,13
2011	1306	185,82	823	227,86	483	141,38

Figura 5: Mortalidad por tumores en Almería

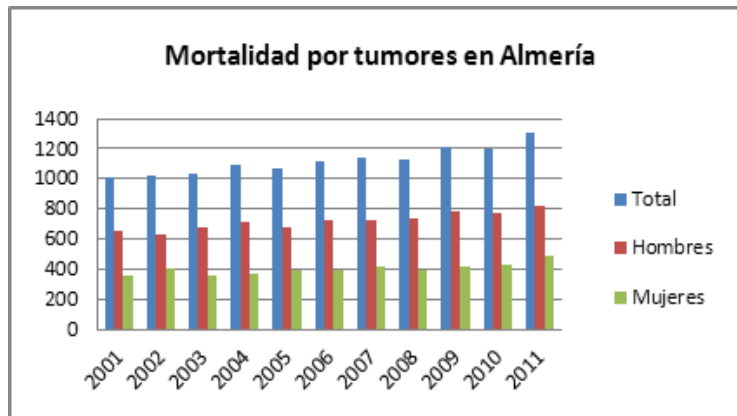


Figura 6: Valores promedio de mortalidad por tumores en Almería

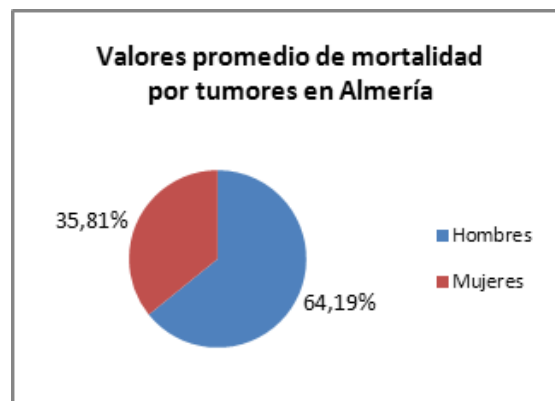


Figura 7: Tasas de mortalidad por los principales tumores en Almería y Andalucía.

