



cevece

cercas de ti

Revista del Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades

Año 3 * No. 1

Revista Trimestral * Ejemplar gratuito * ISSN: 2007-5154

Enero - Marzo 2013

Entrevista

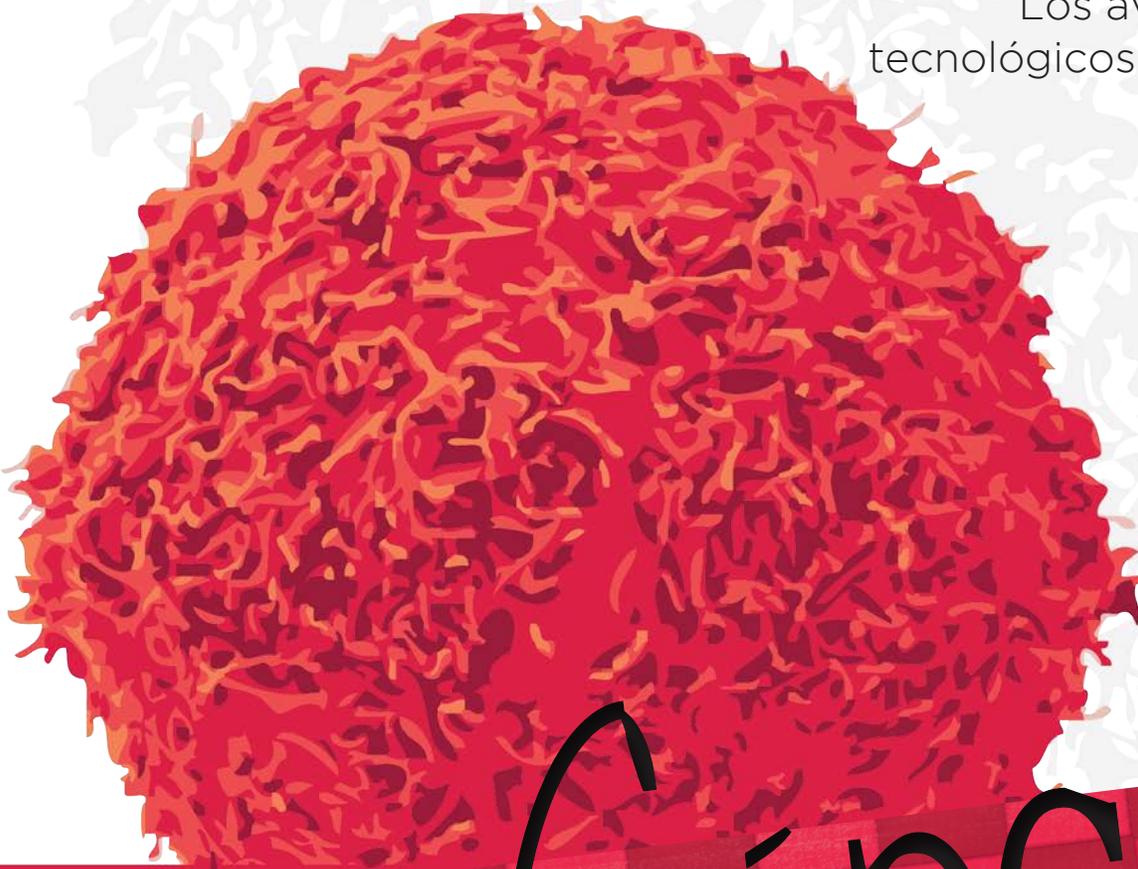
Dr. Ángel Herrera Gómez,
Sudirector de Cirugía
del Instituto Nacional de
Cancerología.

Publirreportaje

Un artículo que habla de
la importancia del servicio
de Hemato-Oncología del
Hospital para el Niño.

Hacia el futuro

Los avances científicos y
tecnológicos en torno al cáncer.



Cáncer

Directorio

DIRECTORIO

Subcomité Editorial

César Nomar Gómez Monge

Presidente

Jorgue Elliot Rodríguez

Secretario Técnico

Editor

Víctor Manuel Torres Meza

Reportajes

Ma. de Jesús Mendoza Sánchez

Luis Anaya López

Leonardo Francisco Muñoz Pérez

Mauricio R. Hinojosa Rodríguez

Víctor Flores Silva

Elsa Esther García Campos

Silvia Cruz Contreras

Mirtayuri Ruíz Bautista

Diseño

Ana Laura Toledo Avalos

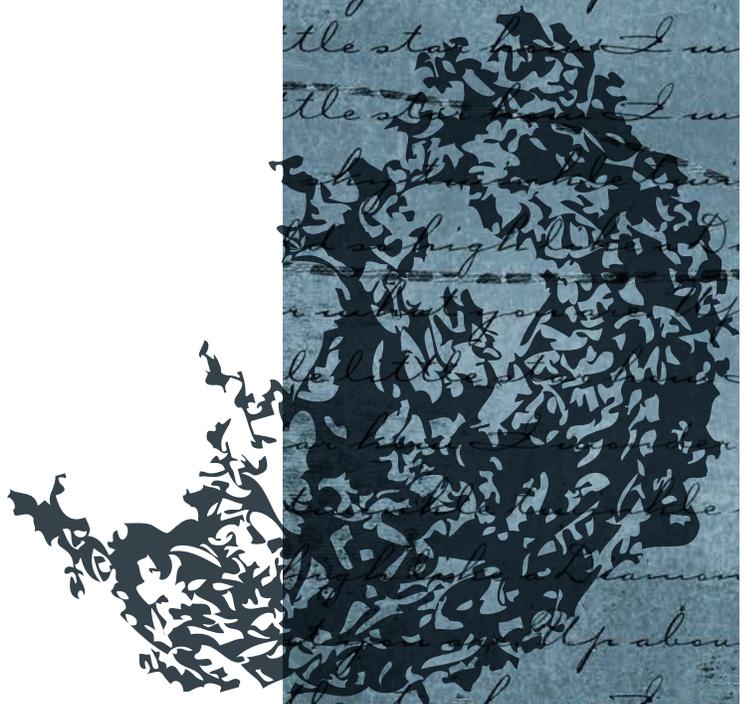
Corrección de Estilo

Elías Miranda Román

CEVECE CERCA DE TI, REVISTA DEL CENTRO ESTATAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES, Año 3, No. 1, enero - marzo 2013, es una publicación trimestral editada por el Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Calle Fidel Velázquez No. 805, Col. Vértice, Toluca Estado de México, C.P. 50150, Tel (722) 2-19-38-87, <http://salud.edomexico.gob.mx/cevece>, cevece@salud.gob.mx. Editor responsable: Víctor Manuel Torres Meza. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo: en trámite, ISSN: 2007-5154, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Número de autorización otorgado por el Consejo Editorial del Gobierno del Estado de México CE: 217/05/01/13-02. Impresa por Punto Impreso, Valentín Gómez Farías No. 105 Pte., Col. Centro, C.P. 50000, Toluca Estado de México, este número se terminó de imprimir el 30 de marzo de 2013 con un tiraje de 500 ejemplares.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.



Índice

Índice

Editorial	5
Entrevista	6
Mitos y realidades	10
Familia y salud	14
Testimonial	16
Epidemiología en tu vida	18
Publirreportaje	23
Hacia el futuro	26
¿A dónde ir?	29
La agenda	30

Victor Manuel Torres Meza

Nuevamente ponemos a consideración de nuestros amigos, el nuevo número de **CEVECE Cerca de ti** que para esta ocasión lleva el título de "Cáncer". Palabra que puede significar daño, muerte, esperanza, lucha y que en los distintas secciones de la revista que tú ya conoces se presenta con distintos enfoques que este padecimiento tiene en nuestra población.

Leonardo Muñoz tuvo a su cargo la **Entrevista** para este número y eligió al prestigiado Médico Cirujano Oncólogo Ángel Herrera Gómez, Subdirector de Cirugía del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), que en amena plática nos señala los principales cánceres que ocurren entre la población mexicana y las forma de atención que hay en el INCan y donde subraya la importancia del diagnóstico oportuno para su tratamiento adecuado y una sobrevida mayor.

En la sección de **Mitos y realidades**, Elsa Esther García Campos, nos aclara algunas de las más comunes frases que la población señala con relación al cáncer y/o las neoplasias y que basada en evidencia científica, nos aclara si son mitos o realidades en el tema específico del Cáncer de Próstata en los hombres.

Cuando en la familia se informa sobre un diagnóstico de cáncer, la primera pregunta que se debería hacer es: ¿estamos preparados para ayudar? Desafortunadamente, cuando existe demora en el diagnóstico del paciente con cáncer, muchas veces la opción del médico consiste ya sólo en la indicación de tratamiento relativo al alivio del dolor y los cuidados paliativos. De estos y varios tópicos Ma. de Jesús Mendoza Sánchez nos habla en la interesante sección **Familia y salud**.

La sección de **Testimonial** siempre resulta una sección con enorme carga emotiva y de los deseos de luchar cuando se tiene una enfermedad, como para esta ocasión un cáncer, Silvia Cruz Contreras y Osvaldo Reyes nos llevarán a una experiencia de vida única e irrepetible que permite ver a

estos padecimientos desde la propia visión de quien los sufre. De los más emotivos testimoniales que se han descrito en **CEVECE Cerca de ti**. No puedes dejar de leerlo.

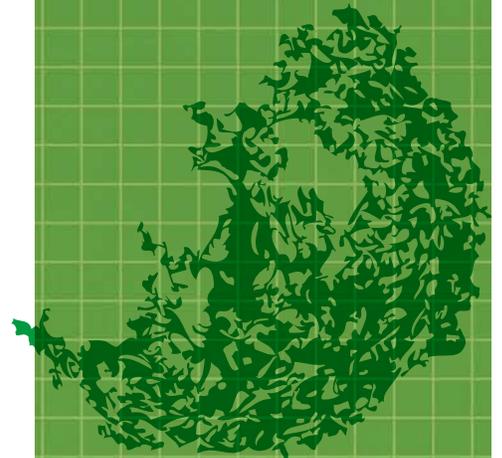
Luis Anaya López en la sección de **Epidemiología en tu vida** señala el peso de la enfermedad asociado a las neoplasias desde el análisis de la muerte de los mexiquenses por estos padecimientos. Y como estos se van modificando cuando el análisis se va realizando por sexo y grupos de edad. Si te gusta la epidemiología no puedes perderte su lectura.

Sin duda, la nueva unidad de Hemato-Oncología del Hospital del Niño del IMIEM es un orgullo para el Sistema Estatal de Salud y ejemplo del compromiso de médicos, enfermeras y directivos para la atención que se brinda a los niños que han sido diagnosticados con Cáncer Infantil. Gracias a la confianza del IMIEM y del Hospital del niño por permitir al CEVECE dedicar el **Publirreportaje** a esta estupenda unidad de alta especialidad orgullosamente mexiquense.

Qué podemos esperar en los próximos años del diagnóstico, la atención y la curación de los cánceres en el mundo; es una pregunta que responde Mauricio Hinojosa Rodríguez en la sección de **Hacia el Futuro**. Sobre los avances médicos y las tecnologías de última generación que tendrán los profesionales de la salud contra este enorme flagelo que son los tumores. Para este número dedicado a los cánceres se presenta una sección nueva donde ponemos a disposición números telefónicos, correos electrónicos y sitios donde podrán encontrar atención profesional y de la mayor calidad en este problema.

La preparamos profesionalmente, la hicimos con el corazón, es para ti.

Disfrútala; porque a partir de hoy es solo tuya.



Entrevista

entrevista

Leonardo F. Muñoz Pérez



DR. ÁNGEL HERRERA GÓMEZ
Subdirector de Cirugía del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), Médico Cirujano por la Universidad Autónoma del Estado de México, Especialista en Cirugía Oncológica por el INCan. Profesor Titular del Curso de Cirugía Oncológica de la UNAM, Certificado por el Consejo Mexicano de Oncología, Miembro de la American Society of Clinical Oncology, Miembro de la Society of Surgical Oncology, Miembro de la Academia Mexiquense de Medicina, autor de 85 artículos médicos para revistas nacionales e internacionales, autor de 5 libros y coautor en 78 libros sobre oncología.

1. ¿Cuáles considera usted como los factores o condiciones de la población en general que mayormente se asocian a la presencia de cáncer?

La edad, los tejidos envejecidos, son más susceptibles al efecto de los carcinógenos, el tabaquismo, el alcoholismo, la obesidad, la vida sedentaria y algunas infecciones como el helicobacter pylori, e infecciones virales como el Epstein Barr, el virus de la hepatitis y el virus del VPH.

2. ¿Siendo México un país con una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, podría decirnos si existe una asociación entre la obesidad y el cáncer?

Si hay una relación, esta demostrado científicamente que la obesidad se asocia con carcinoma de mama, colon, endometrio, próstata, entre otros. Uno de sus mecanismos es la producción incrementada de estrógenos con una hiperestimulación del tejido endometrial y mamario. Otro de los mecanismos es la resistencia a la insulina, producción de factores de crecimiento semejante a la insulina, el hiperinsulinismo y la liberación de sustancias inflamatorias por el tejido adiposo, como la leptina y la interleucina 6, que favorece el crecimiento de las células tumorales.

3. ¿Para el cáncer de mama, cuál sería su principal recomendación para detectarlo tempranamente?

Gracias a estudios aleatorizados de la década de los 80s se demostró que la mastografía disminuye el riesgo de muerte por cáncer de mama entre un 28 y 45%, por lo que cual su realización anual a partir de los 40 años y la autoexploración son los mejores métodos para la detección temprana del cáncer de mama.



4. ¿Respecto al cáncer de próstata, cuál sería la mejor forma de prevenirlo o detectarlo a tiempo?

No hay forma de prevenir el cáncer de próstata, pero sí de detectarlo a tiempo. Se ha demostrado desde hace una década que el estudio del antígeno prostático específico en suero, acompañado de un examen digital anual a partir de los cuarenta años (o desde los 35 años si se tiene familiares de primer grado con cáncer de próstata), es el mejor método para identificarlo en etapas tempranas. Contribuyen significativamente para disminuir el riesgo, mantener un peso adecuado y limitar el consumo de carne roja.

5. ¿Existe un chequeo o prueba para la detección temprana de cáncer colo-rectal?

En las guías internacionales ya se sugiere que para la publicación en general sin predisposición genética para cáncer de colon la realizarse una colonoscopia después de los 50 años sería lo mas recomendable y si ésta es negativa, realizarla a los 10 años,

En pacientes de alto riesgo, como por ejemplo aquellos con historia personal de enfermedad intestinal inflamatoria (colonoscopia 8 - 10 años después del diagnóstico), antecedentes familiares de cáncer de colon (colonoscopia a los 40 años o 10 años del diagnóstico mas temprano) o aquellos con algún síndrome genético como síndrome de Lynch, poliposis adenomatosa familiar (colonoscopia desde los 20-25 años o 2-5 años antes si hubo algún familiar con diagnóstico de cáncer de colon antes de los 25 años).

6. ¿Independientemente del tipo de cáncer, cuál considera usted como el principal problema a resolver por parte del sector salud en torno de esta enfermedad tan devastadora?



Se debe elaborar una política pública con énfasis en la medicina de primer contacto, que incluya la incorporación obligatoria de la materia de Oncología en la curricula de estudios en todas las universidades públicas y privadas.

Nuestro mayor problema es la detección tardía de todas las neoplasias incluyendo tumores superficiales como los de el área de cabeza y cuello, mama y cérvix, que son relativamente fáciles de detectar en etapa inicial, lo que traduce falta de información en las población a nivel de la medicina de primer contacto.

7. ¿Es importante o conveniente la participación de las personas afectadas por cáncer en la toma de decisiones relacionadas con su tratamiento?

Si, es indispensable que el paciente tenga conocimiento total de su enfermedad y de las opciones terapéuticas (riesgos, beneficios y objetivo del mismo) y que decida que tratamiento desea recibir y en el caso de no desear ninguno, por cualquier motivo, su decisión sea respetada y recibir apoyo de cuidados paliativos, cuando sea requerido.

8. ¿Es la cirugía el principal o mejor tratamiento para el cáncer?

La cirugía es el principal método de tratamiento con intento curativo en pacientes con tumores sólidos, en general, su mayor beneficio es en etapa temprana y forma parte importante en el manejo multidisciplinario de la etapa localmente avanzada.

Es también útil en las recaídas localizadas y como complemento en enfermedad metastásica.

9. ¿En el INCan y específicamente en el área de cirugía, cuáles son los procedimientos quirúrgicos que mayor frecuencia se realizan?

Mastectomía radical y cirugía conservadora de mama, histerectomía radical, Laparotomías citorreductoras y estadificadoras, por cáncer de ovario y endometrio, nefrectomías, colectomías y resecciones rectales, gastrectomías, disecciones ganglionares, tiroidectomías, toracotomías por neoplasias pulmonares, primarias o metastásicas y resección de tumores en tejidos blandos y retroperitoneo.

10. ¿Entre los avances quirúrgicos o médicos para el tratamiento del cáncer, cuál considera usted como el más relevante en la actualidad?

El conocimiento molecular de la enfermedad que ha permitido conocer su comportamiento biológico haciendo que el cirujano reemplace en algunas cirugías radicales

Algunos factores o condiciones que se asocian con la presencia del cáncer son: la edad, tejidos envejecidos, tabaquismo, alcoholismo, obesidad, vida sedentaria, etc.



deformantes por procedimientos más conservadoras sin comprometer el control oncológico. La incorporación de los procedimientos quirúrgicos de mínima invasión incluyendo la cirugía robótica a la cirugía Oncológica.

En la radioterapia los avances tecnológicos permiten que el tratamiento sea más efectivo y con menor daño a los tejidos sanos.

El desarrollo de nuevos antineoplásicos, principalmente los dirigidos a blancos moleculares han permitido el desarrollo de un tratamiento personalizado.

En suma la incorporación de los avances en un ámbito multidisciplinario permiten mejores resultados, con un menor daño, anatómico y fisiológico.

11. ¿Qué es la cirugía de mínima invasión y en qué tipos de cánceres o tumores puede realizarse?

La cirugía de mínima invasión es la realizada a través de pequeñas incisiones por las que se introducen trocares para permitir el paso de los instrumentos quirúrgicos y realizar los procedimientos, respetando los principios oncológicos básicos, como resección tridimensional de la enfermedad.

Es estándar realizar este procedimiento en; cáncer de próstata, colon, recto, cérvix, ovario y pulmón en etapas tempranas.

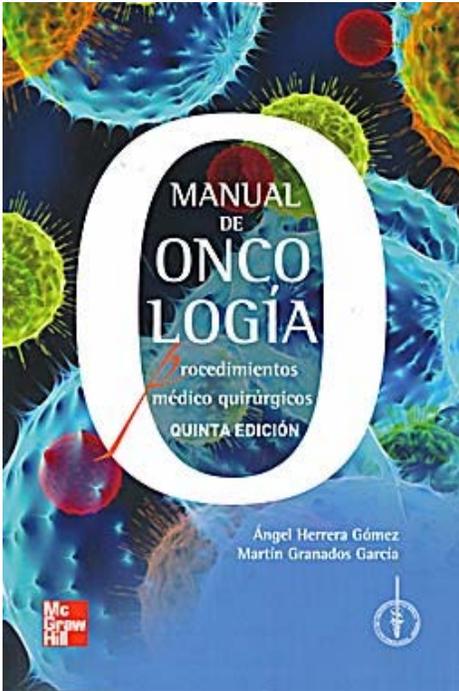
12. ¿Es el INCan la mejor alternativa pública para atenderse ante un diagnóstico de cáncer, o existe algún otro centro especializado de carácter público en el país?

Definitivamente si, ya que somos el principal centro oncológico, centrado en la investigación, la atención y la formación de recursos humanos, especializados en oncología con más de 60 años de experiencia y un ejemplo del abordaje multidisciplinario del paciente oncológico.

Existen diversos centros oncológicos en diferentes ciudades del país, sin embargo su infraestructura y recursos humanos capacitados no son lo suficiente, además de carecer con frecuencia de centros de investigación especializados y los suficientes recursos económicos que demanda esta enfermedad

13. ¿Qué es y cómo funciona la Unidad Funcional de Ginecología del INCan?

Es la participación conjunta de los diversos especialistas (Cirujano Oncólogo, Oncólogo Medico, Radio Oncólogo, Radiólogo, Patólogo, Nutriólogo etc...) para la evaluación de cada caso en la determinación de el tratamiento primario, en la evaluación de los resultados y elaboración de protocolos de investigación.



Como funciona. Contamos con coordinadoras que orientan a las pacientes, les programan los estudios para que en un periodo menor a 15 días, se cuente con la información necesaria para la determinación del tratamiento en una sesión conjunta que se realiza tres veces a la semana.

14. ¿Sabemos que la Subdirección de Cirugía del INCan es también una entidad formadora de médicos especialistas, podría comentarnos algo al respecto?

Claro, somos los principales formadores de cirujanos oncólogos en el país, con conocimientos sólidos en los beneficios que ofrecen las diversas alternativas terapéuticas en el manejo de pacientes con cáncer.

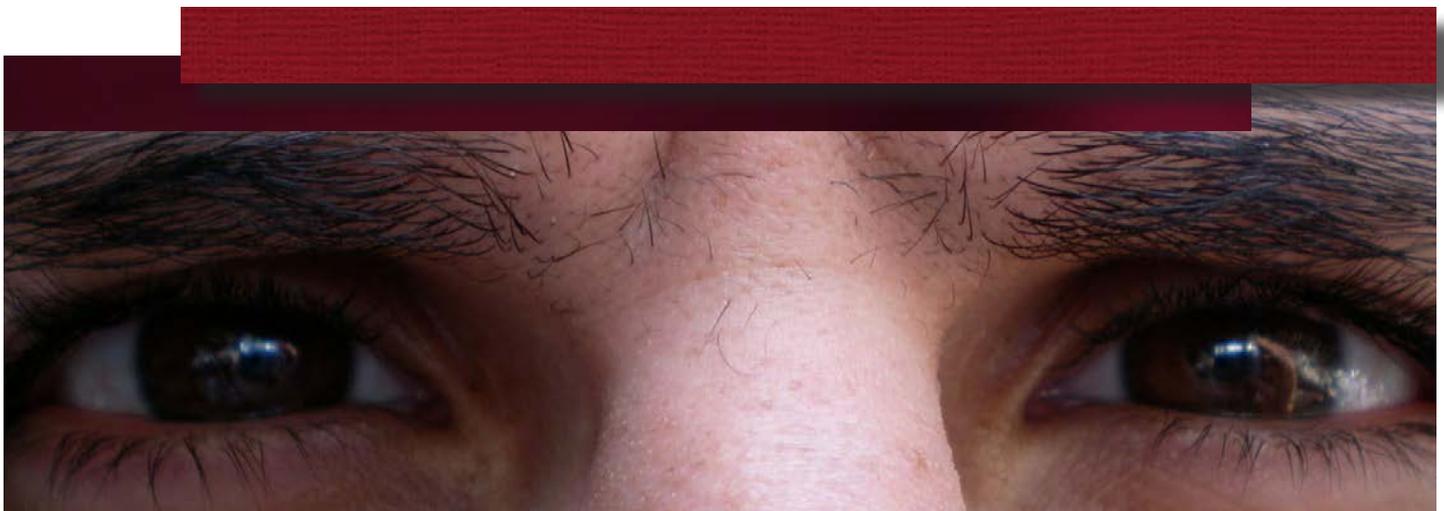
15. ¿Quisiera usted agregar algo más?

Gracias por esta oportunidad. El cáncer es un problema de salud pública, grave, que es la tercera causa de muerte en nuestro país, la primera en países más desarrollados y que para poder elaborar una estrategia que permita su solución, en primer lugar es necesario hablar del cáncer, a todos niveles, desmitificar la enfermedad, saber que existen medidas para prevenirlo y para disminuir el riesgo, que es posible detectarlo a tiempo y por su puesto que es posible incluso, la curación, si se establecen las condiciones óptimas que son;

- Sensibilidad en la población de ser conscientes de que el riesgo es para todos.
- Que se tenga acceso a la detección temprana, que el acceso al tratamiento sea adecuado y oportuno, para todas las neoplasias.
- Que se cuente con la infraestructura hospitalaria necesaria y que el gremio médico y paramédico tenga los conocimientos suficientes para un abordaje adecuado y eficiente.

Es importante saber que el cáncer no es algo inevitable, que pequeñas acciones como, no fumar, mantener un peso adecuado, ser equilibrados con la alimentación y realizar ejercicio con regularidad, son medidas que pueden disminuir significativamente el riesgo de cáncer en general.

Para finalizar, les informo que ya está a la venta la quinta edición del Manual de Oncología, del Instituto Nacional de Cancerología. Este libro está dirigido a médicos y estudiantes de medicina, que deseen tener información sobre el cáncer, de una manera sintética, fácil de abordar y actualizada.



Mitos y realidades

MITOS Y REALIDADES

Elsa Esther García Campos

Por definición, la próstata es un glándula que se encuentra debajo de la vejiga de los hombres, la cual aporta las sustancias esenciales para la supervivencia del espermatozoide, esta glándula puede tener complicaciones a largo plazo y derivar hasta en un cáncer mortal si no es detectado tempranamente. Existen diversos argumentos entre la población sobre este tema, que en ocasiones son negativos y son motivo por el cual los hombres no acuden al especialista, sin saber que están dejando pasar una oportunidad de detección temprana para evitar complicaciones futuras e incluso la muerte.

A nivel mundial, la OMS (Organización Mundial de la Salud) prevé que para el 2030 aumentará un 45% las muertes por cáncer, debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población. En México, fallecen 14 personas por día, del sexo masculino a consecuencia del cáncer de próstata y es la segunda causa de muerte entre los cánceres que presentan los hombres. Desafortunadamente, el 75% de los pacientes con cáncer de próstata acuden al médico cuando la enfermedad ya se encuentra muy avanzada, y en consecuencia es mucho más difícil tratarlo.

Las frases que a continuación se presentan, como parte de los mitos, son comunes, sobre todo entre la población masculina, son afirmaciones que existen en torno a ésta glándula poco atendida, por lo que la población se limita a lo que escucha y no a buscar información verdadera, las preocupaciones del género masculino van desde el modo de detectarlo, la edad, herencia, consecuencias, hasta las secuelas que pudieran presentarse derivado de un tratamiento. Es importante que el lector conozca la realidad de algunos de estos mitos, ya que las respuestas son con base científica y pueden ofrecer la oportunidad de informarse y acudir al urólogo sin miedo, evitando complicaciones futuras en la próstata, con la familia y sobretodo en su calidad de vida.

Mito: *El cáncer de próstata, es una enfermedad que afecta solo a los hombres de la tercera edad.*

Falso. Dentro de los factores de riesgo que existen, para tener algún problema en la próstata, no es determinante la tercera edad, investigaciones han demostrado que aunque esta enfermedad es rara en menores de 45 años, si es posible que exista algún problema de próstata antes de los 65 años y termine siendo cáncer si no se tiene el cuidado de la revisión continua con el urólogo, sobre todo en aquellos hombres que cuentan con antecedentes hereditarios del cáncer de próstata o presenten algún otro tipo de riesgo como la genética en la raza étnica, ya que es más común en hombres afroamericanos que en hombres blancos, pero como no contamos con todos los antecedentes de nuestra genética en la raza étnica, es mejor la revisión, además existen otros factores como ciertos cambios de la próstata (crecimiento o aumento de algunas células prostáticas), el consumo alto de grasa animal o carne, entre otros. Es necesario que los varones consulten al urólogo como parte de un chequeo anual por su salud a partir de los 40 años de edad.

Mito: La actividad sexual intensa puede ocasionar cáncer de próstata.



Falso. Tener relaciones sexuales intensas pero regularmente no afecta la próstata, por lo que no es un factor de riesgo para desarrollar cáncer, según la Asociación Española de Urología. “El líquido prostático se va acumulando en el interior de las glándulas, esto genera una presión intraprostática que va a comprimir los vasos que hay dentro de la propia próstata. Ese líquido es muy ácido y puede producir irritación en las células de la glándula, lo que puede generar cambios en las células prostáticas. Si se tiene actividad sexual hay un vaciado de ese líquido prostático, una expansión vascular y todos estos factores desaparecen”, así mismo, “A mayor nivel androgénico dentro de la próstata, mayor desarrollo de la célula prostática. Si hay una actividad sexual esos niveles se mantienen más o menos estables, si no la hay se acumulan”, esto respondería a otro mito del cual se tiene con respecto a quedarse con las ganas de eyacular o coitos interrumpidos provoca cáncer, por lo que los expertos afirman que es benéfico para la próstata tener actividad sexual intensa pero regularmente, ya que también se debe de tener precaución de otros problemas de salud si se tiene actividad sexual continua o en exceso.

Mito: El rozar los órganos genitales en los asientos de las bicicletas por periodos prolongados, puede causar cáncer de próstata.

Falso. En diversas investigaciones se ha referido que la presión de las venas y arterias localizadas en la zona perineal (entre el ano y el escroto) ocasiona lesiones y la presión constante en periodos prolongados disminuye el flujo sanguíneo ocasionando disfunción del pene, por lo que existen riesgos de tener algún problema en la próstata como la prostatitis o alguna de ámbito fisiológico, pero no un cáncer por esta actividad, este mito se asocia más bien, por la posible aparición del cáncer, pero derivado de no acudir al urólogo para realizar las pruebas de diagnóstico temprano, ya que ésta disfunción puede ocasionar a largo plazo un desarrollo en las células prostáticas que de no atenderse pudiera derivar y acabar en un cáncer de próstata, así mismo, no hay que guiarse nada más por el resultado de los niveles de PSA (*Prostate-Specific Antigen*) porque científicamente está demostrado que hay aumento de esta proteína en la sangre por diversas situaciones fisiológicas como la práctica en bicicleta, así que es necesario hacer el diagnóstico por medio del tacto rectal y la ecografía transrectal, además del PSA.



Mito: La operación de próstata o los tratamientos para el cáncer de próstata, ocasionan incontinencia urinaria, impotencia sexual, pérdida del deseo, pérdida de erección y desinterés sexual.



Falso. Existen diferentes tipos de operaciones y tratamientos tanto en próstata como en testículos, todos previniendo una complicación mayor o metástasis. No se pueden generalizar los efectos secundarios por alguna operación en la próstata o en el aparato genital masculino, ya que dependiendo del tipo de operación realizada al paciente y la tecnología utilizada para la misma, es como se determinan los efectos secundarios que pudieran presentarse en forma temporal o permanente, especialistas confirman que principalmente la impotencia afecta a un poco más de la mitad de los pacientes por lesión del nervio, siendo el responsable de la erección, y en cuanto a la incontinencia urinaria por afectación de nervios de la uretra también está presente en un porcentaje de los pacientes, tanto en la cirugía como en la radioterapia. Dependiendo del tipo de tratamiento que necesite el paciente también puede tener un daño en el equilibrio hormonal, pero hay que recordar que a veces es necesario tener este tipo de efectos secundarios si se quiere controlar un cáncer, así como puede presentarse un desequilibrio emocional que ocasione el desinterés sexual debido a la preocupación por la supervivencia, esto no debe impedir seguir con el tratamiento o con una buena relación con la pareja, si de antemano se cuenta con la comunicación total y se hace partícipe de lo que se está viviendo, aunado a tener un tratamiento psicológico de pareja y la posibilidad de un tratamiento médico quirúrgico para restaurar la erección (si es que fuera el caso del paciente post operado), así como tener la comunicación con el urólogo ante cualquier situación dentro de su vida

sexual, porque recuerde que cualquier pensamiento o emoción interfiere en el deseo y la excitación, por lo tanto en mantener una erección, así que gran parte de este mito, depende de muchos factores para que sea realidad y no hay que predisponerse a que todos estos efectos secundarios, se presenten. El pensamiento positivo para su tratamiento y control es primordial para lograr una buena calidad de vida con la familia y consigo mismo.



Mito: Si no hay síntomas, no hay cáncer de próstata.

Falso. No todos los pacientes con cáncer de próstata presentan síntomas, los cuales son: problemas urinarios (incapacidad para orinar, dificultad para empezar o detener el flujo de orina, necesidad de orinar frecuentemente, especialmente durante la noche, flujo débil de orina, flujo de orina que comienza y se detiene y dolor o ardor al orinar), así como también la dificultad para tener erecciones, sangre en la orina o en el semen y dolor frecuente en la parte baja de la espalda, las caderas o la parte superior de los muslos, por lo que es necesario que la población masculina le dé la importancia total en beneficio a su salud, para acudir al urólogo como parte de una revisión médica anual para un diagnóstico temprano, por medio de los tres exámenes de selección: nivel de PSA, tacto rectal y ecografía transrectal.

Mito: Un nivel alto de PSA (antígeno prostático específico), es sinónimo de cáncer de próstata.

Falso. Si bien, el PSA se realiza como parte de los exámenes de selección para detectar cáncer de próstata tempranamente antes de presentar algún síntoma, es también un indicador para detectar algún problema de próstata de menos afección o grave, por lo que el PSA es necesario como parte de la detección para cualquier problema prostático, el cual esté ocasionando que los niveles se incrementen, tal es el caso de la hiperplasia prostática benigna o la prostatitis (inflamación de la próstata), para tener un diagnóstico verás y oportuno del cáncer de próstata, es necesario que se utilicen los tres principales instrumentos de diagnóstico, el tacto rectal, la concentración sérica de PSA y la ecografía transrectal (ETR).

Mito: Con el tacto rectal, se puede perder la masculinidad además de que es doloroso.

Falso. Este examen de diagnóstico como parte de los principales instrumentos de detección temprana del cáncer de próstata, es el más rechazado por la mayoría de los hombres, sin pensar que es uno de los más importantes para tener un diagnóstico verás y oportuno, ya que en este examen realizado por la parte inferior del recto, evalúa algunas características de la próstata como el tamaño y la dureza, es viable realizarlo gracias a la cercanía del recto, el motivo fundamental del rechazo, es la sensación de ser invadido en una zona íntima del cuerpo y la vergüenza de someterse a este examen, sin embargo se debe difundir que no es un examen doloroso, ni causa sangrado, ni mucho menos provoca cambios sexuales, esto basado en testimonios de pacientes sometidos a este instrumento de detección, aunque sí puede ser un poco incómodo, pero la decisión del paciente enfocada al bienestar de su salud es muy importante para llevarlo a cabo y romper esas



barreras emocionales que pudieran impedir la revisión eficaz, considerando también que el urólogo es un profesional de la salud capacitado bajo una responsabilidad médica total y de sumo cuidado enfocándose a objetivos clínicos específicos con el material y equipo apropiado, por lo que no hay que tener ningún miedo, ni guiarse por lo que dicen.

Existen más mitos en relación a este tema, pero la información otorgada en este artículo para el sector masculino es principalmente para su difusión, es con la finalidad de informar con veracidad sobre los mitos de mayor relevancia en salud y se tomen en cuenta para que asistan sin miedo con el urólogo y sin ningún problema se lleven a cabo los tres exámenes de selección para la detección temprana del cáncer de próstata o el diagnóstico temprano sobre algún otro problema de salud que se pueda complicar con el tiempo. El acudir con el urólogo a partir de los 40 años, es la prevención más propicia para evitar complicaciones de enfermedades de próstata.

Bibliografía

1. Medline Plus. Cáncer de Próstata. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/prostatecancer.html>
2. OMS, "aumenta o disminuye el número de cáncer en el mundo". Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/15/es/>
3. Comunicado 167. CEVECE. "La información ayuda a hombres a tomar decisiones respecto de cáncer de próstata". Año 2012.
4. Instituto Nacional del Cáncer, de los institutos nacionales de salud de los E.E.U.U. "Factores de riesgo". Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/prostata/page4>
5. American Cancer Society. Sexualidad para el hombre con cáncer. 2010. Disponible en: [http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/efectossecundariosfisicos/fragmentado/sexualidad-para-el-hombre-con-cancer-keeping-sex-life-](http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/efectossecundariosfisicos/fragmentado/sexualidad-para-el-hombre-con-cancer-keeping-sex-life-despite-cancer-treatment)
6. FEFOC, Fundación Contra el Cáncer, España. 2013. Disponible en: <http://www.cancerdeprostata.org/doc.php?op=faq>
7. Asociación Española de Urología. Disponible en: <http://www.aeu.es/>
8. Instituto Nacional del Cáncer, de los institutos nacionales de salud de los E.E.U.U. "Síntomas". Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/prostata/page6>
9. Instituto Nacional del Cáncer, de los institutos nacionales de salud de los E.E.U.U. "Exámenes selectivos de detección". Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/prostata/page5>
10. European Association of Urology 2010. "Guía clínica sobre el cáncer de próstata". Disponible en: http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=oms%2C%20la%20actividad%20sexual%20intensa%20puede%20ocasionar%20c%2C%20A%20de%20pr%20c%20B%20stata.&source=web&cd=2&ved=0CDsQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.uroweb.org%2Fgls%2Fpdf%2Fspanish%2F01-%2520GUIA%2520CLINICA%2520SOBRE%2520EL%2520CANCER%2520DE%2520PROSTATA.pdf&ei=LvIHUea4LYz22QXS9lGwBQ&usq=AFQjCNH4XlMhphfHV5VZr9_eHG8fVQQw&bvm=bv.41524429,d.b2l
11. Fundación Dalnet. Artículo: Diagnóstico temprano del cáncer de próstata: Información para pacientes". 2012. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1985644&orden=339309&info=link>
12. MEDLINE PLUS. PSA (antígeno prostático específico). Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003346.htm>
13. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Perú. "Un examen de tacto rectal al año no hace daño". Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/prensa_otas/61-un-examen-de-tacto-rectal-al-ano-no-hace-dano.html



Familia y salud

FAMILIA Y SALUD

Ma. de Jesús Mendoza Sánchez

Cuando en la familia se informa sobre un diagnóstico de cáncer, la primera pregunta que se debería hacer es: ¿estamos preparados para ayudar? Desafortunadamente, cuando existe tardanza en el diagnóstico del paciente con cáncer, muchas veces la opción del médico consiste ya sólo en la indicación de tratamiento relativo al alivio del dolor y los cuidados paliativos.

Pero, ¿qué son los cuidados paliativos? La Ley General de Salud los define como el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

En tal contexto, son diversas personas quienes podrían proporcionar este tipo de cuidados. Según datos del INEGI, con el giro de Residencias con cuidados de enfermeras para enfermos convalecientes, en rehabilitación, incurables y terminales, se encuentran registrados en el país 144 establecimientos, diez de los cuales tienen domicilio en el Estado de México. Tal cantidad podría parecer no suficiente para los datos de mortalidad que se refieren al cáncer. Sin embargo, se reconoce que en nuestro país aún no existe una cultura bien arraigada de los cuidados que podría proporcionarse a un paciente terminal por cáncer.

Cuidado paliativo es el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Los establecimientos legalmente registrados para prestar el servicio de atención en instalaciones especializadas, requieren de un presupuesto que muchas familias no están preparadas para afrontar, pero también existe el modelo de atención preferente a domicilio, cuyo objetivo es pasar del sanar al cuidar, involucrando al paciente en la toma de decisiones de su tratamiento, con lo que se busca controlar el dolor y demás síntomas, así como darle atención emocional a él y a su familia, a través de un equipo interdisciplinario formado por médico, enfermero, psicólogo-tanatólogo y trabajador social.

Ya encontramos aquí otra figura en la atención de los cuidados paliativos que es el tanatólogo. En general, el tanatólogo debe ser un profesional de la salud, capaz de ayudar en el proceso de duelo a la persona que morirá y a aquellas que lo rodean, y aun cuando no se trate de la muerte, sino de otras pérdidas importantes para el paciente (amputaciones, pérdida de órganos, etc.), su finalidad siempre será procurar que al paciente o cualquier ser humano que sufra una pérdida, se le trate con respeto, cariño, compasión y que conserve su dignidad hasta el último momento.

El derecho a los cuidados paliativos, surge a través de la Organización Mundial de la Salud, (OMS) al establecer como DERECHOS del paciente terminal, decretados en 1990:

- Estar libre de dolor.
- No ser engañado.
- Ser tomado en cuenta para su tratamiento.
- Ser tratado como persona hasta el momento de su muerte.
- Mantener una esperanza, cualquiera que ésta sea.
- Obtener una respuesta honesta, cualquiera que sea su pregunta.
- Obtener la atención de médicos y enfermeras, incluso si los

objetivos de curación deben ser cambiados por objetivos de confort.

- Expresar, a su manera, sus sentimientos y sus emociones, por lo que respecta al acercamiento de su muerte.
- Recibir ayuda de su familia y para su familia en la aceptación de su muerte.
- Conservar su individualidad y no ser juzgado por sus decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros.
- Ser cuidado por personas sensibles y competentes que van a intentar comprender sus necesidades, ayudándole a enfrentar la muerte.
- No morir solo.
- Morir en paz y con dignidad.
- Respetar su cuerpo después de su muerte.

Es importante saber que los tratamientos curativos y paliativos no son mutuamente excluyentes, toda vez que pueden aplicarse simultánea y gradualmente un mayor número de medidas paliativas cuando avanza la enfermedad y el paciente deja de responder al tratamiento específico. En algunos tipos de cáncer esto sucede antes que en otros (por ejemplo, cáncer escamoso de pulmón en comparación con algunos tumores hematológicos).

Sin embargo, un paciente en situación terminal, mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho a la suspensión voluntaria del tratamiento curativo (supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad terminal) y como consecuencia, al inicio de tratamiento estrictamente paliativo para disminuir dolor o malestar, dejando que su padecimiento evolucione naturalmente. Esta voluntad del paciente debe expresarse por escrito ante dos testigos, aunque puede cambiar de opinión en cualquier momento, debiendo manifestarlo también por escrito.

En México, la Ley General de Salud aborda los cuidados paliativos hasta el año 2009, señalando entre sus objetivos, el establecimiento de los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstinación terapéutica; y faculta a los médicos tratantes a suministrar



fármacos paliativos aun cuando con ello se pierda estado de alerta o se acorte la vida del paciente, pero prohíbe la práctica de la eutanasia.

Al cierre de esta edición, aún se encuentra como proyecto la Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2007, criterios para la atención de enfermos en fase terminal a través de cuidados paliativos, que plantea como objetivo, establecer los criterios y procedimientos mínimos que permitan otorgar, a través de equipos interdisciplinarios de salud, la aplicación de cuidados paliativos adecuados a los pacientes que cursan una enfermedad en fase terminal, que les proporcionen bienestar y una calidad de vida digna hasta el momento de su muerte, promoviendo conductas de respeto y fortalecimiento de la autonomía del paciente y su familia, previniendo posibles acciones que tengan como consecuencia el abandono o la prolongación de la agonía, así como de la aplicación de medidas que potencialmente sean susceptibles de constituirse en actos desproporcionados.

Actualmente en México, sólo el Distrito Federal cuenta con una Ley de Voluntad Anticipada, vigente desde el año 2008 que se aplica en materia de Ortotanasia (muerte correcta), y no permite, ni faculta bajo ninguna circunstancia, la realización de conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida, ya que distinga entre curar y cuidar, sin provocar la muerte de manera activa, directa o indirecta, evitando la aplicación de medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados, desproporcionados o inútiles, procura no menoscabar la dignidad del enfermo en etapa terminal, y señala el otorgamiento de los Cuidados Paliativos.

Bibliografía

1. Ley General de Salud. Última Reforma DOF 25-01-2013
2. OMS. Cuidados Paliativos. Disponible en <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>
3. Centro de Cuidados Paliativos de México. Disponible en http://www.cuidadospaliativos.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=2
4. INEGI. Disponible en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mapa/denue/default.aspx>
5. UNAM. Qué son las clínicas del dolor. Disponible en http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art33/abr_art33.pdf
6. UNAM. Revista en línea. Disponible en http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/ago_art62.pdf
7. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Objetivos y bases de la terapéutica. Disponible en <http://www.secpal.com/guiacp/index>.

Testimonial

Testimonial

Silvia Cruz Contreras

A partir de ese día empecé a sentir un dolor muy fuerte en esa pierna, le dije a mis papás y ellos me llevaron a que me sobaran donde me dolía, decían que era un dolor del músculo, pero pasaron varios días y el dolor no se me quitaba, ya no podía jugar ni caminar bien; era fuerte el dolor.

MI nombre es Osvaldo, tengo 9 años, voy en el cuarto año de primaria y vivo en San Martín Coapxtango, Municipio de Tenancingo, en el Estado de México. Mis papás son Angélica González Vázquez y Ubaldo Reyes Camacho, mi mamá se dedica a la casa y mi papá es carpintero, tengo dos hermanitas: Dayra de 6 años y Katherin de un año. Siempre fui un niño sano y me gusta mucho el fútbol pero cuando tenía 7 años y medio, me sucedió algo...

Me encontraba jugando con mi hermana Dayra saltando en las camas del cuarto de mi casa, cuando mi hermanita cayó sobre mí golpeándome la pierna izquierda, a partir de ese día empecé a sentir un dolor muy fuerte en esa pierna, le dije a mis papás y ellos me llevaron a que me sobaran donde me dolía, decían que era un dolor del músculo, pero pasaron varios días y el dolor no se me quitaba, ya no podía jugar ni caminar bien, era fuerte el dolor.

Me llevaron al hospital de Tenancingo, ahí el médico me revisó y me sacó una radiografía diciéndole a mi mamá y a mí que era un golpe, me pusieron una férula con la que estuve como veinte días, me seguía doliendo y cuando me la retiraron, mi pierna ya estaba muy hinchada y morada y a mí me seguía doliendo mucho, el doctor le dijo a mi mamá que metiera mi pierna al agua caliente con sal para que bajara lo inflamado, que ya no era necesario sacar más radiografías y que estaba bien.

Pasaron como quince días o más, no recuerdo bien, y mi pierna seguía inflamada y el color morado que tenía se estaba haciendo como negro, me seguía doliendo mucho y mis papás me llevaron otra vez al hospital de Tenancingo, me atendió una doctora y me sacó otra radiografía, le dijo a mi mamá que no tenía una fractura, que lo que tenía era un tumor en la pierna y que necesitaba ir a Toluca

Yo no sabía lo que estaba pasando, mis papás me decían que le echara ganas porque tenía una enfermedad y ellos se veían tristes y lloraban.

urgentemente para que me atendieran.

Yo no sabía que era un tumor o que significaba eso, pero si me dio miedo de saber que era una cosa mala que tenía y como ya no podía caminar porque traía muletas por la hinchazón de mi pierna tenía miedo y mucho dolor. Fue un 16 de septiembre cuando me llevaron al Hospital del Niño en Toluca, ahí me hicieron estudios de todo mi cuerpo, me sacaron sangre, me revisaron mi pierna y me tomaron una radiografía..., ya no me dejaron salir del hospital y me dio más miedo, cuando veía a otros niños con suero pensaba que a mí también me lo iban a poner.

Me quede internado y me sentía muy mal porque me quitaron un pedacito de hueso de mi pierna, decían que era para una biopsia. Empecé a recibir quimioterapias, sentí todos los días mucho miedo porque también me picaban mis manos para ponerme suero y como ya no me encontraban venas en una mano me picaban en la otra. Yo no sabía lo que estaba pasando, mis papás me decían que le echara ganas porque tenía una enfermedad y ellos se veían tristes y lloraban.

Un psicólogo del hospital iba a platicar conmigo y me enseñaba videos de señores que les habían cortado sus pies, de otro señor que no tenía brazos y tocaba un instrumento con los pies y de un atleta de los juegos olímpicos que corre con una prótesis, con un fierro; me decía que él también sufrió lo mismo que yo. Luego mis papás junto con un psicólogo, cuando yo estaba en tratamiento de quimioterapias, me dijeron que tenía un tumor maligno que fuera valiente porque me iban a amputar mi piecito, que me iban a cortar mi pierna porque el tumor maligno era muy malo..., lloré mucho... les decía a mis papás que me daba pena, que no quería que cortaran mi pie, que ya no iba a poder jugar, que me iban a ver feo.

El 10 de febrero los médicos me dijeron que después de que saliera del quirófano mis papás me iban a



estar esperando en mi cuarto. Dentro del quirófano me pusieron algo en mis piernas que me daba cosquillas, cuando salí y estaba en recuperación, vi que ya no tenía mi pierna, me dolía bastante por las puntadas y las gasas que se quedaban pegadas en mi piel..., me sentía mal... ya no lloré y no recuerdo más de esa vez.....

Después de mi operación me dejaron salir y llegué a mi casa. Cuando llegamos estaban mis tías, me decían que le echara ganas, pero yo no quería salir, me daba pena...después de algún tiempo fui con mis papás al CREE, ahí me midieron mis piernas, me vendaron

mi muñón para ver qué tamaño tenía para que me pudieran poner una prótesis y 15 días después me la entregaron, me sentí bien porque ya iba a poder caminar otra vez, jugar futbol y andar en bici.

Sólo quiero decir que los niños enfermos como yo, le echen ganas, que se curen y que gracias a mis papás y a los doctores del Hospital del Niño de Toluca estoy vivo; el doctor Tejocote, el doctor Cortés y César me trataron muy bien. Ahora con mi prótesis puedo caminar y andar en bici.

Epidemiología en tu vida

EPIDEMIOLOGÍA EN TU VIDA

Luis Anaya López

El cáncer, ¿Cómo daña a la población en México?



Image courtesy of Ricardoverdecosta / www.stockfreeimages

Cuando hablas de un enfermedad ¿qué es lo que dices de ella?, seguramente de lo que sabes de esa enfermedad. Esta vez te quiero preguntar ¿qué tanto sabes del cáncer?. En esta sección encontrarás información que te servirá para conocer de que forma el cáncer daña a la población que vive en el Estado de México.

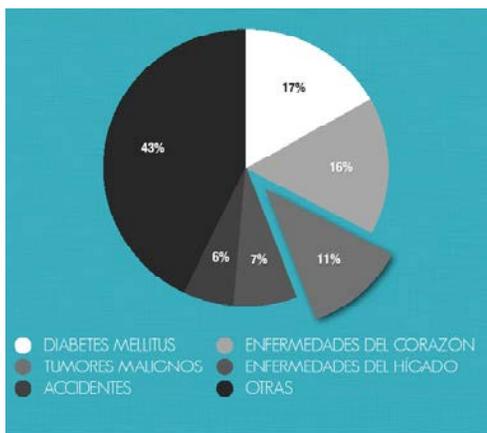
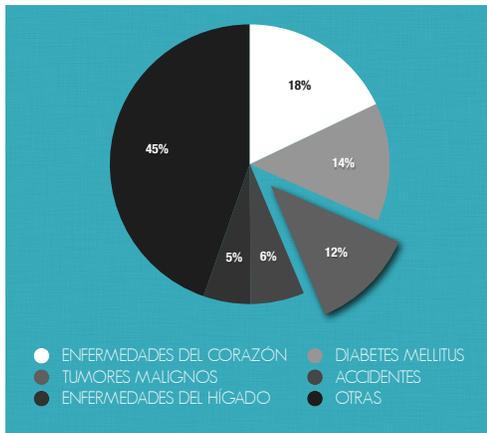
Vamos por pasos y hagamos la primer pregunta, ¿de qué tamaño es el problema del cáncer en el Estado de México?. Para contestar esta pregunta vamos hablar del daño mayor que produce una enfermedad en una población que es la muerte. Los epidemiólogos (que somos los médicos que estudiamos las epidemias y otras cosas) estudiamos a todas las muertes que se registran en un país, (en México al año se mueren aproximadamente 500,000 personas) y a partir de esto podemos saber qué enfermedad es la que provoca más daño a la población.

Regularmente usamos gráficos y cuadros para presentar esta información.

Para hacer más interesante esto, primero vamos a ver qué pasa en todo el país. Veamos el *Gráfico 1*, en todo el país ocurrieron 590, 693 muertes, de este total la causa de enfermedad que produjo más muertes en el año 2011 fueron las Enfermedades del Corazón (con un 18%), la segunda causa fue la Diabetes Mellitus (con un 14%) y ¿qué creen? el cáncer ocupa el tercer lugar (con 12%). Veamos ahora si, lo que pasó en el país es igual a lo que pasó en el Estado de México. En el *Gráfico 2*, de las 69,384 ocurridas en el Estado de México en el 2011, la primera causa de muerte fue la Diabetes Mellitus (con un 17%), la segunda fueron las Enfermedades del Corazón (con el 16%) y el tercer lugar lo ocupó el cáncer (con 11%).

Analicemos estos datos, las cinco enfermedades que más dañan a la población de todo el país son también las que dañan a la población mexiquense, sin embargo existen pequeñas diferencias, por ejemplo en el país la enfermedad que más daña a los mexicanos es un conjunto llamado enfermedades del corazón en contraste en el Estado de México la número uno es la diabetes. En donde existe coincidencia es en el tercer

lugar, ya que tanto en el país como en el Estado de México los cánceres ocupan el mismo lugar.



El tumor maligno más frecuente fue el de mama, seguido muy de cerca por el tumor maligno de estómago y en tercer lugar está el tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón.

En total son 84 tipos de tumores malignos que causan la muerte a los mexiquenses.

Profundicemos ahora en la información y conozcamos qué tipos de tumores causan la muerte a los mexiquenses, si vemos el *Cuadro 1*, de las 7,924 defunciones ocurridas en el 2011, por causa del cáncer en la población mexiquense, el más frecuente fue el tumor maligno de mama, seguido muy de cerca por el tumor maligno de estómago y en tercer lugar está el tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón. En total son 84 tipos de tumores malignos que causan la muerte a los mexiquenses, en el *Cuadro 1* solo listamos los 10 más frecuentes.

Cuadro 1. Defunciones por tipo de cáncer ocurridas en el Estado de México 2011*

Lugar	Tipo de cáncer	CIE-10	Defunciones	Porcentaje
1	Tumor maligno de mama	C50	626	7.90%
2	Tumor maligno de estómago	C16	623	7.86%
3	Tumor maligno de bronquios y de pulmón	C34	593	7.48%
4	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	C22	554	6.99%
5	Tumor maligno de próstata	C61X	538	6.79%
6	Tumor maligno del cuello del útero	C53	422	5.33%
7	Tumor maligno de páncreas	C25	398	5.02%
8	Tumor maligno del colon	C18	362	4.57%
9	Tumor maligno del ovario	C56X	266	3.36%
10	Linfoma de Hodgkin de otro tipo y del no especificado	C85	256	3.23%
	Otros		3286	41.47%
TOTAL DE TUMORES MALIGNOS			7924	100.00%

En cáncer de hombres, el primer lugar lo ocupa, el de próstata.

Pero, ¿estos tumores causan la muerte en la misma frecuencia a una mujer que a un hombre?, la respuesta es no, si vemos el *Cuadro 2*, que nos presenta la información solo de las defunciones de mujeres; el tumor maligno del cuello del útero es el segundo lugar y si vemos el *Cuadro 1* era el sexto lugar.

Cuadro 2. Defunciones por tipo de cáncer ocurridas en mujeres del Estado de México 2011*

Lugar	Tipo de cáncer	CIE-10	Defunciones	Porcentaje
1	Tumor maligno de mama	C50	620	18.80%
2	Tumor maligno del cuello del útero	C53	422	12.80%
3	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	C22	316	9.58%
4	Tumor maligno del estómago	C16	315	9.55%
5	Tumor maligno del ovario	C56X	266	8.07%
6	Tumor maligno de los bronquios y del pulmón	C34	246	7.46%
7	Tumor maligno de páncreas	C25	215	6.52%
8	Tumor maligno del colon	C18	187	5.67%
9	Tumor maligno de sitios no especificados	C80X	108	3.27%
10	Linfoma de Hodgkin de otro tipo y el no especificado	C85	105	3.18%
	Otros		498	15.10%
TOTAL DE TUMORES MALIGNOS			3298	100.00%

Ahora veamos el *Cuadro 3*, que se refiere a las defunciones de hombres; desaparecen el tumor maligno de mama y el tumor maligno del cuello del útero y el primer lugar lo ocupa el tumor maligno de la próstata que en el *Cuadro 1* ocupaba el quinto lugar.

Cuadro 3. Defunciones por tipo de cáncer ocurridas en hombres del Estado de México 2011*

Lugar	Tipo de cáncer	CIE-10	Defunciones	Porcentaje
1	Tumor maligno de próstata	C61X	538	14.84%
2	Tumor maligno de los bronquios y del pulmón	C34	347	9.57%
3	Tumor maligno de estómago	C16	308	8.50%
4	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	C22	238	6.57%
5	Tumor maligno del páncreas	C25	183	5.05%
6	Tumor maligno del colon	C18	175	4.83%
7	Tumor maligno del riñón, excepto de la pelvis renal	C64X	155	4.28%
8	Linfoma de Hodgkin de otro tipo y el no especificado	C85	151	4.17%
9	Tumor maligno del encéfalo	C71	125	3.45%
10	Leucemia linfoide	C91	125	3.45%
	Otros		1280	35.31%
TOTAL DE TUMORES MALIGNOS			3625	100.00%



Pero que pasará si lo analizamos por grupos de edad, vamos a dividir la población en tres grupos: un grupo de niños y adolescentes de 0 a 14 años, otro de jóvenes y adultos de 15 a 64 años y finalmente un grupo de ancianos mayores de 65 años. En el *Cuadro 4*, que se refiere a los cánceres en niños y adolescentes, el primer lugar lo ocupa le leucemia linfocítica que en el *Cuadro 1* no aparece dentro de los 10 primeros lugares, aunque no lo ven en el cuadro ocupa el lugar 12. Esto quiere decir que los tumores malignos que provocan la muerte a los niños y adolescentes son distintos a otras edades, estos tumores se les llama tumores líquidos y son más frecuentes en niños que en jóvenes y adultos aunque su frecuencia aumenta en la vejez.

Cuadro 4. Defunciones por tipo de cáncer ocurridas a menores de 15 años en el Estado de México 2011*

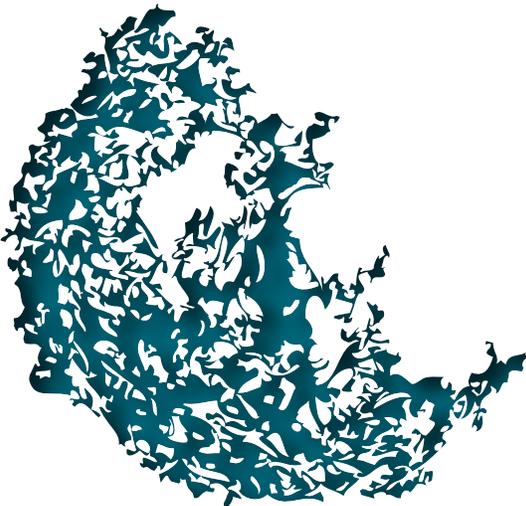
Lugar	Tipo de cáncer	CIE-10	Defunciones	Porcentaje
1	Leucemia linfocítica	C91	53	32.92%
2	Tumor maligno de encéfalo	C71	23	14.29%
3	Leucemia mielocítica	C92	14	8.70%
4	Leucemia de células de tipo no especificado	C95	10	6.21%
5	Tumor maligno de la glándula suprarrenal	C74	9	5.59%
6	Tumor maligno del ojo y sus anexos	C69	7	4.35%
7	Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares, de otros sitios y de sitios no especificados	C41	6	3.73%
8	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	C22	4	2.48%
9	Tumor maligno de otros tejidos conjuntivos y de tejidos blandos	C49	4	2.48%
10	Tumor maligno del riñón, excepto de la pelvis renal	C64X	4	2.48%
	Otros tumores malignos		27	16.77%
TOTAL DE TUMORES MALIGNOS			161	100.00%



Veamos qué pasa con los jóvenes y adultos, el *Cuadro 5* nos muestra que la primera causa es la misma que en la población general, es el tumor maligno de mama y el segundo lugar lo ocupa el tumor maligno de estómago que es también el segundo lugar en la población general, esto lo verás si comparas el *Cuadro 1* con el *Cuadro 5*. Es interesante observar que el tercer lugar lo ocupa el tumor maligno del cuello del útero que en el *Cuadro 1* ocupa el lugar 6.

Cuadro 5. Defunciones por tipo de cáncer ocurridas al grupo de 15 a 64 años en el Estado de México 2011*

Lugar	Tipo de cáncer	CIE-10	Defunciones	Porcentaje
1	Tumor maligno de mama	C50	444	11.22%
2	Tumor maligno del estómago	C16	325	8.21%
3	Tumor maligno del cuello del útero	C53	284	7.18%
4	Tumor maligno de los bronquios y del pulmón	C34	254	6.42%
5	Tumor maligno del ovario	C56X	193	4.88%
6	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	C22	188	4.75%
7	Tumor del colon	C18	174	4.40%
8	Tumor maligno de páncreas	C25	170	4.30%
9	Leucemia linfocítica	C91	149	3.77%
10	Tumor maligno del encéfalo	C71	140	3.54%
	Otros tumores malignos		1636	41.34%
TOTAL DE TUMORES MALIGNOS			3957	100.00%



Y a los viejitos ¿qué tumores les causan la muerte? el Cuadro 6 no dice que a los viejitos los mata el cáncer de próstata que en la población general es el quinto lugar, en segundo lugar sufren de tumores malignos del hígado y de las vías biliares; y en tercer lugar los daña el tumor maligno de los bronquios y del pulmón. Es interesante ver que el tumor maligno de estómago en los viejitos ocupa el lugar 4 y el tumor maligno de mama ocupa el lugar siete cuando en los jóvenes y adultos y también en la población general es el primer lugar.



Cuadro 6. Defunciones por tipo de cáncer ocurridas a mayores de 65 años en el Estado de México 2011*

Lugar	Tipo de cáncer	CIE-10	Defunciones	Porcentaje
1	Tumor maligno de próstata	C61X	471	12.38%
2	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	C22	361	9.49%
3	Tumor maligno de los bronquios y del pulmón	C34	339	8.91%
4	Tumor maligno del estómago	C16	297	7.81%
5	Tumor maligno del páncreas	C25	228	5.99%
6	Tumor maligno del colon	C18	188	4.94%
7	Tumor maligno de mama	C50	182	4.78%
8	Tumor maligno del cuello del útero	C53	138	3.63%
9	Linfoma no Hodgkin de otro tipo y el no especificado	C85	116	3.05%
10	Tumor maligno del riñón, excepto de la pelvis renal	C64X	111	2.92%
	Otros tumores malignos y los no especificados del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	C96	1374	36.11%
TOTAL DE TUMORES MALIGNOS			3805	100.00%



Para concluir tengo que decirte que hablar de la muerte es muy triste, pero tenemos que estudiarla para saber qué es lo que más nos daña y proponer programas que puedan prevenir la muerte por estas enfermedades. En esta revista y en el internet podrás encontrar información para prevenir al menos los primeros lugares de cada grupo de edad que analizamos. Es decir prevenir en niños y adolescentes las leucemias, en los jóvenes y adultos el tumor maligno de la mama y en los viejitos el tumor maligno de la próstata. Finalmente los datos que analizamos nos muestran que el cáncer daña a todas las edades y ambos sexos, aunque no con la misma frecuencia y el tipo de cáncer varía de acuerdo a la edad y el sexo.

Bibliografía

* Todos los gráficos y cuadros fueron realizados por el autor con información de la fuente siguiente: "Sitio de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) en Internet: <http://dgis.salud.gob.mx/> ó <http://www.salud.gob.mx/>"



Publirreportaje

Instituto Materno Infantil del Estado de México. Hospital Para el Niño. Servicio Hemato-Oncología

Isidoro Tejocote Romero

PUBLIRREPORTAJE



Comunicación Social, ISEM, 2013.



En el servicio de Hemato-Oncología del Hospital para el Niño del IMIEM, se atiende población pediátrica de bajos recursos económicos y sin seguridad social, con padecimientos hematológicos benignos como alteraciones de coagulación, anemias y padecimientos oncológicos como leucemias y tumores sólidos.

Un 80% de la atención en el servicio lo ocupa la atención de pacientes con enfermedades oncológicas y menos del 20% enfermedades hematológicas benignas.

Anualmente ingresan un promedio de 110 pacientes nuevos con diagnóstico de cáncer, de estos un 55% corresponden a leucemias y un 45% a tumores sólidos. En la población pediátrica de las leucemias,



En diciembre del año 2011 se inauguró la Torre de Hemato-Oncología del Hospital para el Niño del IMIEM. La planeación de dicha unidad se hizo pensando en contar con un área digna para la atención con calidad de los pacientes pediátricos con cáncer y así mismo que fuera un área de confort para el personal médico, paramédico y familiares de los pacientes.

la más común es la Leucemia Linfoblástica Aguda (75%), seguida por Leucemia Mieloblastica aguda (25%). Los tumores sólidos mas frecuentes en nuestra población son los linfomas, tumores de células germinales, tumores cerebrales, sarcomas etc.

La atención de niños con cáncer demanda contar con equipo médico especializado, infraestructura hospitalaria y equipo biomédico de punta para dar una atención adecuada y con calidad para la población pediátrica y su familia con este tipo de enfermedad.

El Estado de México con una población pediátrica cercana a los 5 millones de niños, no contaba con una unidad de oncología infantil, siendo el cáncer pediátrico una de las 5 primeras causas de mortalidad en esta población, llevó a las autoridades de salud a crear un área donde se atendiera este tipo de patologías.

Hasta el año 2011 en el Estado de México solo se contaba con 5 camas asignadas a la atención de pacientes con enfermedades hematológicas benignas y cáncer.

En diciembre del año 2011 se inauguró la Torre de Hemato-Oncología del Hospital para el Niño del IMIEM. La planeación de dicha unidad se hizo pensando en contar con un área digna para la atención con calidad de los pacientes pediátricos con cáncer y así mismo que fuera un área de confort para el personal médico, paramédico y familiares de los pacientes.

La unidad de Hemato-Oncología se compone principalmente de las siguientes áreas:

- a. **Área de Hospitalización (total 20 camas censables).** Donde se internan pacientes para tratamiento o protocolo diagnóstico y está integrado por 6 cunas para lactantes, 4 cuartos aislados para pacientes infectados, 6 camas para escolares y 4 camas para pacientes en estado inestable y que ameritan mayor observación. En esta área que se encuentra aislada además tiene un cuarto para procedimientos y uno para preparación de medicamentos. Es importante mencionar que el porcentaje de ocupación se encuentra en un 80% con aproximadamente 1000 ingresos al año.
- b. **Área de quimioterapia ambulatoria.** A su vez integrada por sillones con características especiales para observación y aplicación de quimioterapia;

2 cuartos aislados para pacientes que acuden a tratamiento ambulatorio y que sus condiciones de salud son graves por lo que requieren privacidad; una central de mezclas para preparación de medicamentos citotóxicos; una sala de procedimientos donde se realizan procedimientos quirúrgicos menores bajo sedación como aspirado de medula ósea; y un área de recuperación donde pasa el paciente después del procedimiento quirúrgico.



c. Consulta externa. Integrada por 3 consultorios donde se da consulta por primera vez y subsecuente de padecimientos hemato-oncológicos. Así mismo un consultorio de psicología. Además se da consulta también de clínica del dolor y cirugía oncológica. Anualmente se dan en promedio 5000 consultas.

d. Laboratorio de Hemato-Oncología de alta especialidad. Aún se encuentra en proceso para su funcionamiento. Aquí se realizarán estudios específicos e indispensables para el tratamiento de niños con cáncer como inmunofenotipo, citogenética, de biología molecular, niveles séricos de metrotexate. Cabe mencionar que actualmente estos estudios se realizan en hospitales de la ciudad de México y tardan más de 8 días en dar un resultado. En todo el Estado de México no hay un laboratorio público con estas características, por lo que el funcionamiento del mismo vendrá a resolver la necesidad de estos estudios en la región del Valle de Toluca y del Estado.



La integración de un servicio con estas características solo se puede dar en un hospital pediátrico ya que el manejo del paciente pediátrico con cáncer requiere la colaboración de todo un equipo médico especializado de los diferentes servicios del hospital como urgencias, terapia intensiva, infectología, radiología, cirugía, anestesiología etc.

El equipo médico del servicio está formado por 2 oncólogos pediatras y 4 hematólogos pediatras todos capacitados y certificados para la atención de niños con cáncer. Así mismo contamos con 2 psicólogos, 2 médicos pediatras, trabajadoras sociales y más de 50 enfermeras quienes realizan su trabajo con entrega para ver sonreír a los niños y disminuir su dolor.

El trabajo del equipo médico no se limita a la labor asistencial de los pacientes que acuden al hospital, sino que también se encamina al trabajo del primer y segundo nivel de atención a través de cursos de diagnóstico oportuno de cáncer.

Considero la unidad de Hemato-Oncología un orgullo para el Hospital del Niño y para el Sistema de salud del Estado de México ya que beneficia los niños de la región. Sin embargo las dimensiones de la población y la geografía del territorio estatal demandan más unidades de este tipo.

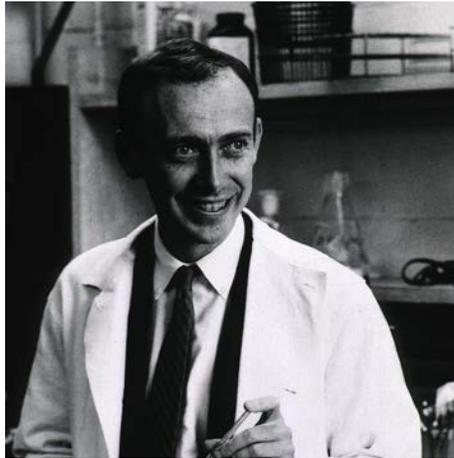


Image courtesy of Rotorhead / stockfreeimages.com

Hacia el futuro

HACIA EL FUTURO

Mauricio R. Hinojosa Rodríguez



James Dewey Watson, biólogo molecular, genetista y zootecnista, premio Nobel de medicina, por descubrir la estructura del DNA en 1953, reclama cambios para curar el cáncer metastásico en 10 años.

Aunque su nombre quedará grabado en los libros de historia como uno de los padres de la doble hélice de ADN, a James Watson le intrigan desde hace décadas los mecanismos que guían la formación del cáncer. Plasma su propia hipótesis sobre por qué sigue siendo imposible curar numerosos tumores en fase metastásica.

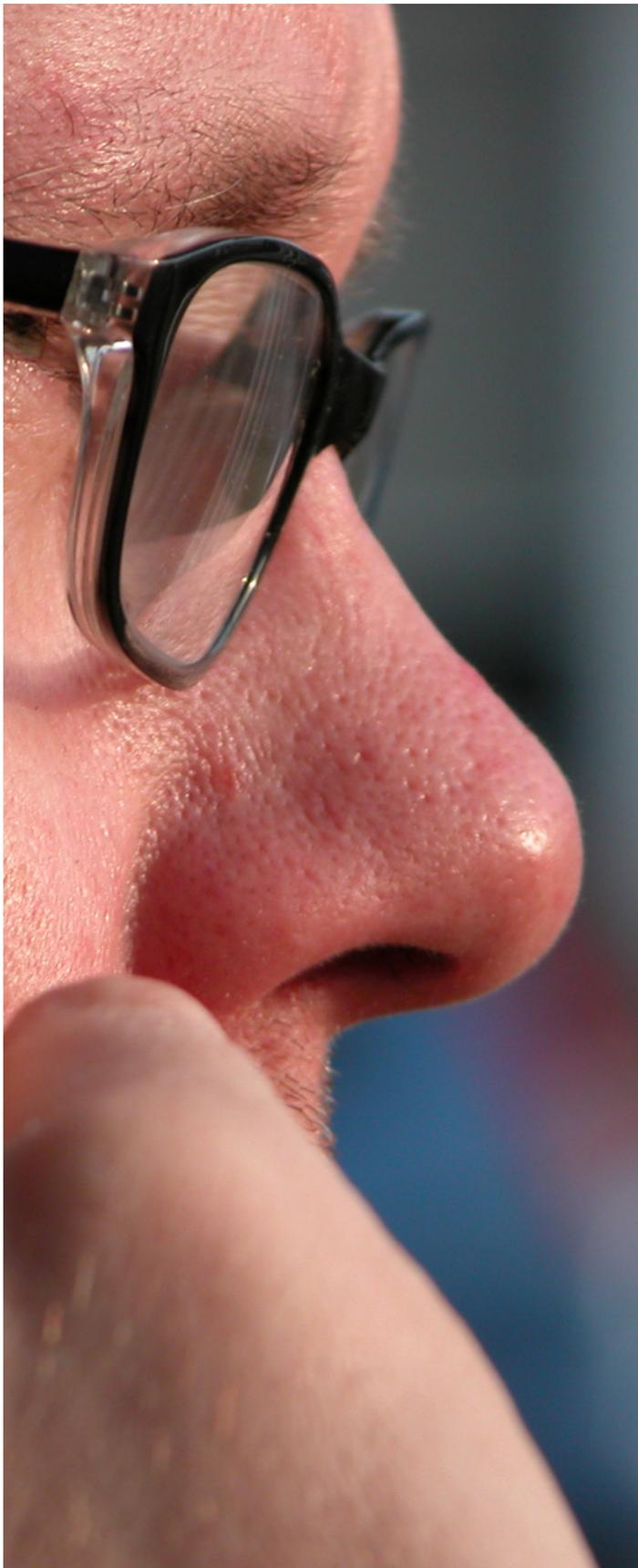


El principal factor que impide que el cáncer metastásico sea curable en no más de una década, no será por la falta de conocimientos, sino por la incapacidad mundial para colocar con inteligencia los recursos monetarios en la dirección adecuada. Defiende que, al contrario de lo que han mostrado numerosas investigaciones, los antioxidantes podrían en realidad promover la progresión de la enfermedad en fases avanzadas. "Si no somos capaces de reducir los niveles de antioxidantes, el cáncer en estadios avanzados seguirá siendo incurable de aquí a 10 años".¹

Uno de los principales problemas para la cura del cáncer es la detección temprana con lo que se ha descubierto mediante estudios como el realizado en Japón en 2012, que los perros pueden detectar la enfermedad con un "alto grado de precisión", incluso en las etapas más prematuras del cáncer.²

Se ha desarrollado un prototipo de "nanonariz electrónica" que utiliza un método químico para detectar señales de cáncer en la respiración.

Según publica el *British Journal of Cancer*, pruebas preliminares mostraron que el equipo pudo identificar señales químicas de la



enfermedad en la respiración de pacientes con cáncer de pulmón u otros de cabeza y cuello.

Los expertos confían en que esta prueba podrá en el futuro ser utilizada en la consulta de un médico de cabecera para brindar un diagnóstico inmediato.

Para Lesley Walker, de la organización británica de investigaciones *Cancer Research UK*, "estos resultados iniciales son promisorios para el desarrollo de una prueba que mediante el aliento detecte tipos de cáncer que a menudo se diagnostican en una etapa avanzada".³

En el Centro de Investigación y de Estudios Avanzados (CINVESTAV) en Saltillo, Coahuila México, en su experimentación contra el cáncer, han desarrollado un método que permite la destrucción de las células cancerígenas en los huesos en menos de quince minutos al 90% de los tumores

El método aún está en investigación para probar su eficacia, pero de aprobarse, será uno de los tratamientos menos invasivos y más económicos para tratar el cáncer y con más posibilidades de curar la enfermedad.

Este método utiliza nanotecnología e hipertermia magnética. El tratamiento consiste en recubrir las nanopartículas con un polímero bioactivo, que luego se colocan en un fluido químico similar a la sangre que se inyecta vía intravenosa.

Las ventajas de este método es que no afecta las células sanas y mata el 90% de las células cancerígenas, y la quimioterapia o la radiación se encargará del restante 10% de cáncer en el cuerpo.

El tratamiento funcionaría mejor en un tumor de corto o mediano plazo, antes de que la metástasis del cáncer dificulte la efectividad del uso del magnetismo en las partículas.⁴

Casi cualquier paciente puede ser tratado con esta técnica, pero será el doctor quien decida si el método es ideal para el paciente o no.

La *Food and Drug Administration* (FDA), recientemente aprobó un nuevo tipo de fármaco contra el cáncer de mama "*Herceptin*", ampliamente utilizado con una poderosa toxina para matar más eficazmente las células cancerosas, mientras que podría reducir los efectos secundarios

Kadcyla, conocido como T-DM1 durante su desarrollo por Genentech, extendió la mediana de supervivencia de mujeres con cáncer de mama avanzado en casi medio año en un ensayo clínico. Genentech, que desarrolló la droga, dijo que costaría alrededor de 9 mil 800 pesos al mes, o 94 mil pesos para un curso típico de tratamiento. Que es

En la actualidad hay más de 200 tipos diferentes de cáncer que han sido identificados cada uno con sus propias causas específicas, síntomas y tratamientos.



aproximadamente dos veces el precio de Herceptin en sí, que también está fabricado por Genentech, ejemplos de éxito de una nueva clase de fármacos que vinculan las toxinas de proteínas conocidas como anticuerpos monoclonales.

Los anticuerpos se adhieren a los tumores y entregan la carga tóxica. Debido a que la toxina no se activa hasta que llega a las células tumorales y algunos efectos secundarios son evitados.⁵

Otro conjugado anticuerpo-fármaco, Adcetris, desarrollado por *Seattle Genetics*, fue aprobado en 2011 como un tratamiento para dos tipos raros de linfoma. Sin embargo, la etiqueta de Kadcylla tiene una advertencia diciendo que la droga puede causar toxicidad hepática, toxicidad cardíaca y muerte. Roche dice que la patente de Estados Unidos sobre Herceptin expira en 2019.

Un futuro tratamiento del cáncer podría ser más eficaz por un nuevo medicamento que actúa como un interruptor maestro, apagando el crecimiento celular en una serie de tumores.

Según los ensayos realizados en el Instituto de Investigación del Cáncer del Reino Unido, el AT13148 es un tipo de inhibidor de la cinasa que detiene una variedad de enzimas que permiten el crecimiento de tumores y que se ha demostrado mata las células del cáncer de sarcoma, de próstata y de mama.

Los científicos también esperan que este innovador tratamiento llegue a reducir el número de pacientes que se vuelven resistentes a la terapia.

El uso de un interruptor principal para apagar los diferentes mensajes erróneos obligando a las células cancerosas seguir creciendo podría ser una forma eficaz para destruir los tumores de acuerdo a un investigador de Reino Unido.

En la actualidad hay más de 200 tipos diferentes de cáncer que han sido identificados cada uno con sus propias causas específicas, síntomas y tratamientos.⁶

Bibliografía

1. <http://sabiens2.blogspot.com/2013/01/investigacion-james-watson-contra-el.html>
2. http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2011/02/110201_cancer_deteccion_perros_men.shtml
3. http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2011/04/110420_cancer_prueba_nariz_electronica.shtml
4. <http://globbos.com/2013/01/cura-cancer-oseo-mexico/>
5. http://www.nytimes.com/2013/02/23/business/fda-approves-breast-cancer-drug.html?partner=rss&emc=rss&smid=tw-nytimes&_r=1&
6. <http://www.canceradvice.co.uk/cancer-news/july-2012/new-drug-could-act-as-cancer-master-switch-37339/>

¿A dónde ir?

¿A DÓNDE IR?

Mirtayuri Ruiz Bautista



Nombre: Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM), hospital del niño.

Servicio que otorga: atención médica en Cáncer Infantil

Página electrónica: <http://salud.edomexico.gob.mx/imiem/>

Dirección: Paseo Colón s/n esquina General Felipe Ángeles, Colonia Villa Hogar, Toluca, Estado de México. C.P. 50170

Teléfonos: 01 (722) 217 49 20, 217 40 43, 217 40 44

Nombre: Asociación Mexicana de Ayuda a Niños con Cáncer, I.A.P. En Toluca Estado de México. (AMANC)

Servicio que otorga: apoyo emocional, asistencial, prótesis, cuidado paliativo, alimentación, transporte, medicamentos no oncológicos entre otros.

Página electrónica: <https://eses.facebook.com/sistema.amanc?ref=stream>

Dirección: Horacio Zúñiga 107A Col. Ciprés entre Villada y Andrés Benavides.

Teléfonos: 01(722) 2 80 95 95.

Nombre: Centro Oncológico Estatal ISSEMYM.

Servicio que otorga: atención médica especializada a enfermos con cáncer.

Página electrónica: <http://www.issemym.gob.mx/index.php?page=clinicas-y-hospitales&unidad=90>

Dirección: Av. Solidaridad Las Torres, Esq. Prolongación Benito Juárez No. 101, Col del Parque, CP: 50180

Teléfonos: 01 (722) 210-70-26 / 210-71-21 / 210-71-45 / 210-70-34.

Nombre: Instituto Nacional De Cancerología (INCAN).

Servicio que otorga: atención médica especializada a enfermos con cáncer.

Página electrónica: <http://www.incan.salud.gob.mx>

Dirección: Av. San Fernando No. 22, Col. Sección XVI Delegación Tlalpan, C.P. 14080 México, D. F.

Teléfonos: 01 (55) 5628-0400.

Nombre: infocáncer.

Servicio que otorga: Información acerca de los

distintos tipos de cáncer.

Página electrónica: <http://www.infocancer.org.mx/>

Dirección: : (Ubicado en el Instituto Nacional de Cancerología) Av. San Fernando No. 22, Col. Sección XVI Delegación Tlalpan, C.P. 14080 México, D. F.

Teléfonos: 01 800 226 23 71.

Chat infocáncer: <http://www.infocancer.org.mx/chat.php>.

Nombre: Red Contra El Cáncer.

Servicio que otorga: Educación sobre detección oportuna del cáncer de mama, en especial en los grupos socio-económicos más desprotegidos y marginados de México, diagnóstico, tratamiento especializado, seguimiento e investigación del cáncer de mama.

Página electrónica: <http://www.redcontraelcancer.org.mx/red/index.html>

Correo electrónico: contacto@redcontraelcancer.org.mx

Nombre: Fundación de Cáncer de Mama, A.C. (FUCAM)

Servicio que otorga: Apoyo emocional, asistencial, prótesis, cuidado paliativo, alimentación, transporte, medicamentos no oncológicos entre otros.

Página electrónica: <http://www.fucam.org.mx>

Dirección: Av. Bordo No. 100 Col. Viejo Ejido de Santa Úrsula Coapa Deleg. Coyoacán, C.P. 04980 México, D.F.

Teléfonos: 01 (55) 56 78 06 00.

Correo electrónico: fucam@fucam.org.mx.

Nombre: Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer A.C. (AMLCC)

Servicio que otorga: : Orientación, tratamientos de quimioterapia, apoyo de medicamentos, vacunas, entre otros.

Página electrónica: www.amlcc.org

Dirección: Chilpancingo 114 oficina 102, Col. Roma Sur, Deleg. Cuauhtémoc, C.P. 06760, Distrito Federal, México.

Teléfonos: 01 (55) 55 74 03 93.

Correo electrónico: info@amlcc.org

La agenda

La agenda

Ana Laura Toledo Avalos



Enero

- | | |
|----|--|
| 06 | Día de la enfermera |
| 27 | Día internacional de conmemoración anual en memoria de las víctimas del Holocausto |
| 30 | Día mundial contra la lepra
Día mundial de la no violencia y la paz |

Febrero

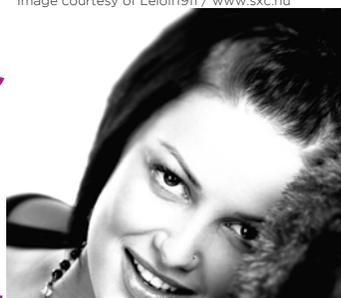
- | | |
|-------|--|
| 04 | Día mundial contra el cáncer |
| 09 | Día del odontólogo |
| 11 | Día mundial del enfermo |
| 14 | Día Internacional de las Cardiopatías Congénitas |
| 15 | Día internacional del niño con cáncer |
| 18 | Día Internacional del Síndrome de Asperger |
| 21 | Día Internacional de la Lengua Materna |
| 25 | Día Internacional del Implante Coclear |
| 23-28 | I Semana nacional de salud |
| 28 | Día mundial de las enfermedades raras |



Marzo

- | | |
|-------|---|
| 03 | Día de la familia |
| 06 | Día Internacional del Linfedema |
| 08 | Día de la mujer |
| 11 | Día mundial del riñón |
| 12 | Día mundial del glaucoma |
| 12-17 | I Semana nacional de vacunación antirrábica |
| 20 | Día mundial del sueño |
| 21 | Día mundial del síndrome de Down |
| 22 | Día mundial del agua |
| 23 | Día Meteorológico Mundial. |
| 24 | Día internacional contra la tuberculosis |
| 25 | Día de la abolición de la trata transatlántica de esclavos. |
| 27 | Día de la Salud Global |

Image courtesy of Leloff911 / www.sxc.hu





Fidel Velázquez No. 805,
Colonia Vértice,
Toluca,
Estado de México,
C.P. 50150.
Teléfono: (722) 2-19-38-87.

Eventos



Día internacional del condón, Toluca.
Febrero, 2013.



Congreso de Salud Pública, Cuernavaca.
Marzo, 2013.



Ciudades limpias, Cuernavaca.
Marzo, 2013.

