

OTRAS OBRAS DEL AUTOR

1.-EL CANCER. DIETA Y FACTORES DE RIESGO. Edita INSALUD. 1ª Edición 1990; 2ª Edición 1992.

2.-EL CANCER EN SORIA (1950-1989). Edita Exma. Diputación Provincial de Soria. Volumen 14 de la Colección "Temas Sorianos". Soria 1991.

3.-TENDENCIAS NEOPLASICAS EN LA PROVINCIA DE SORIA 1981-1990 Edita Fondo de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social del Ministerio de Sanidad y Consumo 1992

4.-ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO ANALITICO DEL CANCER GASTRICO EN LA PROVINCIA DE SORIA. Edita Exmo. Ayuntamiento de Soria. Soria 1993.

5.- JUNTOS PODEMOS. ALIMENTACION Y SALUD. Edita Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León. Libro del Maestro. Valladolid. 1994

6.-LOS NUEVOS COMUNEROS. Cuento de Educación para la Salud en la Escuela Edita: FCCR Noviembre 1.995.

7.-SALUD y DIETA MEDITERRANEA CASTELLANO-LEONESA. Edita FCCR. 1997

8.- ATLAS DESCRIPTIVO DEL CANCER EN SORIA 1950-1999 Edita INSALUD. Ministerio de Sanidad y Consumo. Soria 2000.

9.-LLEGAR A VIEJO EN SORIA SIN MORIR EN EL INTENTO. C de S nº 2. Edita: FCCR. 2000

10.- AYER HOY y SIEMPRE SORIA. Editor y Coordinador. Introducción y Capítulo de SALUD.

Edita FCCR / UNICEF. Soria 1999

12.- SALUD Y ESTILO DE VIDA DE LOS SORIANOS EN EL SIGLO XXI. Edita FCCR. Soria 2005.

13.-AMOR HUMOR Y DOLOR EN LA RESIDENCIA, 25 AÑOS DESPUÉS. INSALUD 1980-SACYL 2005.

Edita SACYL Junta de Castilla y León. 2005

14.-LA SEXUALIDAD EN EL ADULTO Y EN EL MAYOR. C de S nº 6. U de My. Facultad de Geografía e Historia. (UCM. Madrid). Madrid: Octubre-Diciembre 2005. Edita FCCR. Soria 2006.

CO-AUTOR:

1.-ESTADISTICA 1991. FUNDACION CIENTIFICA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER. MADRID 1993. A.E.C.C.

2.-ESTADISTICA 1992. FUNDACION CIENTIFICA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER. MADRID 1994. A.E.C.C.

3.-ASPECTOS BASICOS DE BIOMEDICINA DEPORTIVA. MONOGRAFIAS UNIVERSITARIAS. UNIVERSIDAD INTERNACIONAL ALFONSO VIII. MONOGRAFIAS UNIVERSITARIAS SEBID. SORIA 1995. CAPITULO 20: DIETA Y DEPORTE; págs 247-254

4.-INVESTIGACION Y SALUD. TALLER DE INVESTIGACION EN BIOMEDICINA. JUNTA DE CASTILLA Y LEON. CONSEJERIA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL. SEGOVIA 1994.

5.-NUTRICION Y CANCER. Edita Ministerio de Sanidad y Consumo. 1.996 Coordina Fundación Valenciana de Estudios Avanzados. - Valencia.

6.-ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICO DE LA TUBERCULOSIS EN LA PROVINCIA DE SORIA 1983-1993. Autora: Mª Belén Gros Bañeres. PRÓLOGO: Juan Manuel RUIZ LISO. Edita: Excmo. Diputación de Soria. Colección Temas Sorianos nº 37. 1999 Soria.

7.-CATÁLOGO DE TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN. CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA. SICAR. Área de Anatomía Patológica. NIPO: 352-02-016-7 - INSALUD. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2002

8.-ACTUALIZACIÓN DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES: SANIDAD Y FORMACIÓN PROFESIONAL. Autor del Capítulo de Anatomía Patológica. Págs. 131-146. NIPO: 651-06-399-3 UIMP. Edita Ministerio de Educación y Ciencia. -Madrid 2007.- ISBN 84-369-4320-1,

9.- LIBRO BLANCO DE LA ANATOMÍA PATOLÓGICA EN ESPAÑA. Recursos, Calidad e Impacto de la Patología en España. Autor del capítulo de Cualificación profesional de los Técnicos Superiores de Anatomía Patológica. Edita: Sociedad Española de Anatomía Patológica, Págs 101-124. Zaragoza 2009. ISBN: 13-978-84-692-1562-3.

10 LIBRO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES del INSTITUTO CARDIOVASCULAR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS Y LA FUNDACIÓN BBVA" COORDINADORES: Dr. Carlos Macaya y Dr. Antonio López-Farré. Autor del Capítulo: "DIETA MEDITERRÁNEA Y PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR. MITO O REALIDAD" Edita: Fundación BBVA. Págs 551-561, Madrid. 2010

11.- LOS PERFILES NUTRICIONALES DE LOS ALIMENTOS Y LA OBESIDAD EN EUROPA. Capítulo 8: "La apuesta de Soria en el campo de la nutrición y la Salud." UNIVERSIDAD DE VALLADOLID. Págs 111-120 Valladolid 2010. ISBN: 978-84-8448-535-3

Hospitales de Soria y Provincia



Hospital de Santa Isabel



Santo Tomás



Hospital de Peregrinos



18 de Julio



San Antonio de Berlanga



Nuestra Sra. de Gracia



San Agustín de El Burgo



Hospital Virgen del Mirón



Hospital de Santa Bárbara



Dr. Juan Manuel Ruiz Liso

HISTORIA EPIDEMIOLOGICA

HISTORIA EPIDEMIOLOGICA

SORIA 1900-2010 EL MAÑANA DEL AYER

Dr. Juan Manuel Ruiz Liso



Juan Manuel Ruiz Liso

Jefe de Servicio de Patología del Complejo Hospitalario de Soria (SACYL)

Director Fundación Científica Caja Rural de Soria



HISTORIA EPIDEMIOLÓGICA

**SORIA 1900-2010
EL MAÑANA DEL AYER**

Dr. Juan Manuel Ruiz Liso



Servicio de Estudios Epidemiológicos
de la Fundación Científica Caja Rural de Soria

*Para tí, que tras el solsticio de verano abrirás los
ojos a la vida, esperando se llene tu corazón de
humanismo y tu cerebro de inteligencia*

© 2011

EDITA:

FUNDACION CIENTIFICA CAJA RURAL DE SORIA
COMPLEJO HOSPITALARIO DE SORIA (SACYL)
ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE SORIA

PRÓLOGO: PROFESOR JESÚS SAN MIGUEL IZQUIERDO

EPÍLOGO: DR. RAFAEL MATESANZ ACEDOS

Fotografías:

AHPSo, Tomás Pérez Frías, Inés Tudela, Agustín Ruiz, Alfonso Pérez Plaza,
Heraldo de Soria, Diario de Soria, J. M. Ruiz Liso, Familia Ruiz
Marisol Iglesias, Norberto Moreno, Roberto de Pablo,
F. Mandarria, M. Íñiguez

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema electrónico, ni su tratamiento en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopiadora, por grabación u otros métodos, sin el permiso y por escrito de los titulares del copyright.

Maquetación e impresión:

Ochoa Impresores Soria SL
Pol. Ind. Las Casas C/A, Parcela 43, nave 15
42005 Soria
Tel. 975 23 38 27

Impreso en España

I.S.B.N.: 978-84-7359-670-1
D.L.: SO-7/2011

CO-AUTORES

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

HOSPITAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

-Dr. JUAN RUIZ GARCIA Cardiología

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

-Dra. IRENE CANAL FONTCUBERTA Oftalmología

COLABORADORES

COMPLEJO HOSPITALARIO DE SORIA

-Dr. CARLOS AGUILAR FRANCO Hematología

ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA ASCENSION GARCIA PEREZ C.S. Soria Norte

REGISTRO Y DOCUMENTACIÓN

DIEGO RUIZ GARCIA Licenciado en A.D.E. (UCM Madrid)

SARA VERA ASENSIO Médico del Servicio de Archivo
y Documentación Clínica del Complejo Hospitalario de Soria.

MARIA DEL CARMEN GIL GARCIA Control de Gestión CHS

Este trabajo ha sido posible gracias a la colaboración continuada de todos los anatómicos-patólogos que a lo largo de los últimos treinta años han trabajado en el Servicio de Patología del Complejo Hospitalario de Soria, así como también del Servicio de Hematología, sin olvidar todos los profesionales sanitarios que con sus diagnósticos clínico-quirúrgicos y en el mismo periodo etario lo han hecho posible. Así mismo, difícilmente hubiéramos logrado la calidad diagnóstica sin la participación de las enfermeras, técnicos y auxiliares de laboratorio de estos servicios incluyendo celadores de autopsias.

ADMINISTRATIVOS

NURIA GUERRERO DE BLAS

PURIFICACIÓN HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

Índice

Índice



Prólogo	15
Profesor Dr. D. JESÚS SAN MIGUEL IZQUIERDO	
Introducción I	19
Introducción II	23
Abreviaturas.....	29
Objetivos	31
Personas y metodología.....	35
Incidencia.....	37
Mortalidad.....	42
Registro de Tumores.....	45
Supervivencia	47
Población y Demografía.....	51
Certificados / Boletines Estadísticos de Defunción	60
Localizaciones Neoplásicas CIE 10.....	62
Tumores Malignos en la Provincia de Soria CIE 9 // CIE 10	71
Incidencia Mortalidad y Supervivencia Neoplásica	75
1. Orofaringe	77
2. Esófago	83
3. Estómago	85
4. Intestino grueso.....	92
* Pólipos intestinales.....	100
5. Hígado y Vías biliares intrahepáticas	102
6. Vesícula Biliar	104
7. Páncreas	106
8. Laringe.....	108
9. Tráquea Bronquios Pulmón	110
10. Glándula Mamaria	120
11. Cuello Uterino	126
*Displasias Cervicales	131
12. Cuerpo de Útero	132
13. Ovario y trompas de Falopio	134
14. Próstata	138

15. Testículo.....	145
16. Vejiga Urinaria.....	148
17. Riñón y Vías Urinarias.....	162
18. Tumores Hematológicos.....	164
Linfomas.....	164
Mieloma Múltiple.....	170
Leucemias.....	173
19. Piel.....	179
Melanomas.....	186
20. Tiroides.....	188
21. Ojo y Anejos Oculares.....	189
22. Sarcomas de Partes Blandas.....	191
23. Hueso y Cartílago.....	192
24. Sistema Nervioso Central.....	193
25. Total neoplasias.....	195
Estudio de la Incidencia Neoplásica Histopatológica 2010.....	201
Castilla y León y España. Estudio comparativo de mortalidad neoplásica.....	205
Incidenia y Mortalidad de Otras enfermedades representativas	
1. Enfermedades Cardiovasculares.....	213
Soria Cardioprotégida.....	216
2. Enfermedades Neurodegenerativas.....	222
3. Enfermedades Endocrinas.....	225
4. Enfermedades Infecciosas.....	227
Tuberculosis.....	234
Otras.....	237
Necropsia Virtual A. Machado.....	239
Mortalidad por patología:.....	249
Perinatal.....	251
Respiratoria.....	252
Genitourinaria.....	253
Aparato Digestivo.....	253
Forense.....	254

El ayer del mañana en la enfermedad en Soria.....	257
Conclusiones. Perspectivas de Futuro.....	285
Hábitos sociales y culturales.....	291
Dieta Mediterránea: Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad.....	296
Soria: Comunidad Emblemática	
Nivel socioeconómico y Tumores malignos.....	299
Bibliografía.....	305
TABLAS Y GRÁFICOS.....	317
Soria principios s. XX.....	319
Salud y estilo de vida de Soria 2003.....	325
Tablas y gráficos de Incidencia.....	331
Tablas y gráficos de Mortalidad.....	421
Supervivencia.....	451
Estudios comparativos.....	469
EPILOGO	
Dr. D. RAFAEL MATESANZ ACEDOS	
Fundación Científica Caja Rural.....	555

PRÓLOGO

Profesor Dr. D. JESÚS SAN MIGUEL IZQUIERDO
Catedrático de Hematología de la Universidad de Salamanca
Subdirector del Centro de Investigación del Cáncer de Salamanca

HISTORIA EPIDEMIOLÓGICA DE SORIA 1900-2010

Como soriano es una satisfacción personal y profesional prologar un texto histórico epidemiológico que nos hace encontrarnos con un pasado que según lo he estudiado se hacía presente e incluso futuro.

Mi relación de afecto y amistad con su autor, el Dr. Juan Manuel Ruiz Liso, me impide ser objetivo con los criterios expositivos. A lo largo de estos 30 años asistenciales transcurridos tras la apertura del centro hospitalario de Soria, conocido primero como La Residencia y hoy como Complejo Hospitalario, he tenido la oportunidad de seguir la trayectoria profesional de quien sintió la necesidad vital de combatir las excesivas tasas de mortalidad e incidencia, primero del cáncer gástrico en Soria y posteriormente de todas aquellas patologías ligadas a la alimentación en las que se podría hacer una intervención a través de la educación para reducir su incidencia y mejorar la salud de la población.

Hablar de las aportaciones de Juan Manuel Ruiz Liso en el campo de la salud, lleva inexorablemente concatenada su contribución clave en el diseño, creación y mantenimiento de la Fundación Científica de Caja Rural de Soria ya que esta ha sido un vector fundamental en la planificación en salud de nuestra - mi provincia- .

Son muchas las iniciativas, algunas pioneras a nivel nacional e internacional, que ha puesto en marcha Juan Manuel, baste citar: La Escuela de Salud y Humanidades, la Escuela de la Abuela Madre, la Biblioteca Científica Calvo Melendro-Sala de Pablo, el servicio de Orientación de Padres, el servicio de Medicina Preventiva Deportiva, el servicio de Estudios Epidemiológicos, el ciclo de Soria Saludable y su Premio Nacional de Investigación, sus Cuadernos de Salud, sus Galardones anuales Saludables y sus dos proyectos internacionales más recientes "Soria Cardioprotégida"- Primera ciudad Cardioprotégida – y "Soria Mediterránea" –Provincia emblemática

para el reconocimiento por la UNESCO de la Dieta Mediterránea como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad- son proyectos ejecutados y hoy realidades que nos permiten hablar con propiedad de una Soria médicamente saludable.

En este libro, a lo largo de sus páginas, el Dr. Ruiz Liso nos demuestra que la apuesta firme y decidida por la medicina preventiva y predictiva tiene sus frutos y recompensas en el nivel de salud de una región, por otro lado envejecida como la soriana.

Observo con satisfacción, además, como este texto puede ser leído con interés tanto por los profesionales sanitarios como por el resto de los ciudadanos, que sin practicar ninguna de estas profesiones, son al igual que todos los hombres, testigos o protagonistas de estas enfermedades. Además, esta obra tiene la originalidad de poder acceder a sus conclusiones de forma integral o a través de sus fichas “resumen”.

El análisis y estudio de la incidencia y mortalidad está hecho desde el conocimiento y la reflexión de un profesional que ha pasado gran parte de su vida con los ojos pegados al microscopio, un microscopio que daba nuevas luces al médico que tenía la responsabilidad final de interpretar si una célula seguía siendo normal o se había transformado en tumoral.

Al leer los comentarios sobre las diversas enfermedades se aprecia en su lenguaje, que existen patologías donde ha conseguido éxito en la ejecución de sus programas y otras donde se debería hacer más hincapié para lograr objetivos similares. En este sentido traduce una complacencia especial el caso de la evolución favorable del cáncer gástrico, como reto personal desde su llegada a Soria en 1980, o la reducción de los tamaños de las neoplasias mamarias gracias a los programas de diagnóstico precoz. Por el contrario le preocupa la proyección emergente de las neoplasias de colon y recto. Incide especialmente en el campo de los melanomas cutáneos y su fácil regresión. Introduce especiales contenidos de valor añadido en los tumores de próstata, vejiga, cuello uterino y ovario. También, a pesar de ser algo más ajeno a su campo profesional, es sensible a las tasas emergentes de incidencia de diabetes y enfermedades neurodegenerativas; y como no podía ser de otra manera, como pionero de esa Soria Cardioprotégida, se siente feliz al ver la evolución decreciente de las tasas de mortalidad por cardiopatías isquémicas.

Quiero pensar que este estudio no tiene sólo valor para el plan de salud de la provincia de Soria, sino que podrá servir de modelo, con las oportunas



1927-1929 Los SABIOS de Soria en el Casino. De izquierda a derecha: Ignacio Carrascosa, José Tudela, Alfredo Llorente, Blas Taracena, Adolfo Cabrerizo, Félix Granados, Miguel Del Río, Mariano del Olmo, Teótico Sevilla, Jesús Calvo Melendro, Ballenilla y Gervasio Manrique. (TU-TA-GRA-CAS / “Tertulia de los Cráneos”).

adaptaciones, para nuestra Comunidad Autónoma y para gran parte de las regiones españolas.

Con este libro de alguna forma ha trasladado la filosofía de la Dieta Mediterránea con la que lleva trabajando más de tres décadas a la epidemiología de la salud desde el contexto histórico, preventivo y proyectivo. Exporta de una forma transversal ese estilo de vida a los factores de riesgo de todas estas enfermedades cuyos ejes asientan en la dieta, el ejercicio físico, la sostenibilidad medio ambiental frente a la contaminación, el diálogo y la convivencia, el optimismo y el humanismo en el desarrollo vital, con un especial enfoque hacia las jóvenes generaciones y los centros escolares, donde siempre ha sentido y siente la necesidad de sembrar conocimientos y ayudar a que estos jóvenes asuman su responsabilidad de intentar que nuestras vidas tengan hábitos más saludables, por nosotros mismos y por los que nos rodean.

El humanismo es la columna vertebral de su trabajo tanto macroscópica como microscópicamente, en este libro de historia “vertebrada” de la enfermedad que arranca de hombres como Mariano Iñiguez, Valentín Guisande, Jesús Calvo Melendro, Juan Sala de Pablo y otros anónimos que hoy verían con satisfacción el cambio de tendencias en la Soria del siglo XXI.

Son muchas las horas, muchos los días, muchas las semanas y muchos los años dedicados a su principal objetivo como médico que ha padecido y sufrido algunas de las enfermedades de las que puede hablar con total propiedad; con especial mención a sus desvelos por la educación para la Salud y especialmente en los niños y jóvenes: conocer para discernir y decidir, sembrar y cultivar en Centros Escolares.

Gracias Juan Manuel, por tus esfuerzos, por mejorar nuestra salud, por tu amor a esta tierra, por tu amor a las mujeres y a los hombres que te rodean y no conoces.

INTRODUCCION I

No sería justo iniciarla sin agradecer en primer lugar las palabras del Prólogo y Epílogo de dos grandes representantes internacionales de la medicina española, caracterizados especialmente por su grado de humanismo y contribución específica al bienestar integral no solo de la Celtiberia, sino de todo el orbe. Los doctores Jesús San Miguel Izquierdo y Rafael Matesanz Acedos están desde hace años impresos en la Historia de la Medicina Internacional. Mi humilde trabajo se ve enriquecido con su aportación tanto como la de esos miles de personas que les deben, sí, su vida. Me precio de su afecto, amistad y ejemplo.



1929: Herencias del pasado

Por su interés mantengo la realizada en ATLAS DE CÁNCER EN SORIA 1981 1999, ya que de alguna forma el texto que el lector va a valorar está basado en este, en mi tesis doctoral y en libros y publicaciones anteriores, todos ellos ligados y complementarios entre si. A ellos he sumado importantes datos demográficos y los de las enfermedades prevalentes más importantes en esta provincia actualmente y en la previsión de futuro: cardiocirculatorios, neurodegenerativos, infecciosos y endocrinos fundamentalmente

“Hace ahora prácticamente un siglo, un médico soriano, el Dr. Mariano Iñiguez Ortiz editaba, a través de la Exma. Diputación Provincial de Soria un trabajo que se puede considerar pionero en relación con la moderna epidemiología neoplásica. **“El Cáncer en España”** muestra los primeros registros de mortalidad neoplásica con gráficos y mapas de calidad científica muy superior a las posibilidades reales de principios de siglo.

Según sus datos, en los periodos 1901-1907 y 1917-23 la provincia de Soria era la de mayor riesgo potencial de mortalidad por “cáncer de estó-

mago e hígado". Por el contrario era la de menor mortalidad en España por "cáncer genital femenino y mama" y una de las de menor riesgo en "cáncer de intestinos, recto y peritoneo".

Hoy, cualquier país, comunidad ó región precisa de una base de datos epidemiológicos de las enfermedades más prevalentes para elaborar sus planes de salud. La epidemiología neoplásica geográfica pone de manifiesto las diferencias cualitativas y cuantitativas de los diferentes tumores en relación con su distribución territorial.

Es imprescindible conocer aquellos problemas de salud que más nos afectan con objeto de establecer soluciones prioritarias para los mismos. Gracias a estos trabajos epidemiológicos conocemos que nuestra provincia ha tenido el honor de ser la de menor mortalidad por **diabetes mellitus** de toda España (tasas estandarizadas).

De todos es conocido que el cáncer es, junto con las enfermedades cardiovasculares, la mayor causa de mortalidad en los países desarrollados y en vías de desarrollo.

La existencia de un único servicio hospitalario de Anatomía Patológica en la provincia de Soria permite recoger la práctica totalidad de los tumores incidentes en nuestra área sanitaria. Hoy en día es imprescindible el diagnóstico anatómo-patológico para filiar a un tumor. Por otro lado, la escasa población de Soria y el alto índice de afiliación a la Seguridad Social con tarjeta sanitaria individual permite un excelente control sociosanitario a la hora de realizar estudios epidemiológicos contrastados.

Creemos que con trabajos de este tipo contribuimos de forma indirecta en la lucha contra el cáncer en nuestra región.

Por otro lado, las evidencias epidemiológicas que ponen en relación la dieta con el desarrollo de determinadas neoplasias es cada día más evidente. Tras los trabajos de Doll y Peto en 1981 que ponderaban en un 33% la alimentación como factor de riesgo en el desarrollo global del cáncer, Willett en 1995 indica que el tipo de dieta es responsable del 32% de la mortalidad por cáncer (20-42% según localizaciones y tipos histológicos). Dos años más tarde Potter considera que se podría prevenir el desarrollo del 33% de las neoplasias broncopulmonares, gastrointestinales y de cérvix si incrementáramos dos veces y media la ingesta de frutas y verduras en nuestros hogares.



Las Múndidas. San Pedro Manrique

INTRODUCCION II

Después de más de treinta años de convivir diariamente con las neoplasias malignas y en base a mi linaje soriano que se pierde en el siglo XVIII, era, y es mi intención realizar un texto donde la historia comparada del cáncer y de otras enfermedades degenerativas y crónicas prevalentes sirviera como método de trabajo para conocerlas mejor, y muy substancialmente para que en base a los innumerables datos que aquí figuran se puedan establecer bases preventivas y predictivas en relación con estas enfermedades, sin olvidar el fin principal de mis trabajos que fue, es y será la “Educación para la Salud”, primordialmente en las jóvenes generaciones.

Quisiera incidir en algunas cuestiones que son esencialmente relevantes, unas positivas y otras negativas fruto de mi experiencia oncológica laboral, social y personal que he tenido en la práctica médica. El hecho de que toda la información patológica de esta provincia drene en un solo servicio de Patología, Hematología, Microbiología, Radiodiagnóstico, así como de unidades integradas médico-quirúrgicas y por tanto en un único archivo documentado de diagnóstico, da una fiabilidad y precisión difícil de conseguir en otras regiones o provincias. Esa centralización que condiciona una provincia menor de 100.000 habitantes, así lo permite.

Quizás, no obstante, sea importante iniciar esta II Introducción señalando un hecho negativo para toda la publicación y es que de acuerdo con los datos y tasas que exponemos, la información que el I.N.E. presenta oficialmente como Mortalidad por Cáncer en España y en concreto, en Soria, no se ajusta a la realidad. Podemos comprobar como los órganos tributarios de localizaciones metastásicas presentan mayores tasas de mortalidad que de incidencia en todo el periodo que hemos estudiado. *En ninguna guerra puede haber un número mayor de muertes en la batalla que de guerreros participantes. Y las cifras que obtuvimos en 1985 y obtenemos ahora son escandalosas.*

Desde que en 1871 se estableciera el Registro Civil en España, no es hasta 1950 en que las causas de mortalidad figuran como datos referidos en el Instituto Nacional de Estadística (INE) a través de los boletines estadísticos de defunción que como certificados de defunción son exigidos para el entierro de cualquier ciudadano en este país. Su confección a través primero de los llamados médicos de cabecera, y en la actualidad a través de su médico de atención primaria o bien el último médico especialista que

atendió la enfermedad, responsable teórico de su “éxitus” -muerte- hemos comprobado que mantiene numerosos errores, figurando como enfermedad fundamental subsidiaria en muchos casos de esa muerte, un tumor que no es primario de esa localización, sino metastásico. Esto ha sido factible comprobarlo debido al hecho de que los registros civiles -al menos los de Soria- comunican periódicamente a las Gerencias de Salud provinciales o de área, los nombres de los fallecidos en el mes o trimestre anterior, al objeto de darles de baja en la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) que tiene cada ciudadano. Cuando se estudian ese millar de fallecidos anuales en Soria y se cotejan con las cifras oficiales que aporta el INE, se aprecia ese elevado porcentaje de fallecimientos por cáncer de hígado, pulmón, esófago o de cerebro que en realidad son metástasis primitivas de otros localizados en órganos diferentes. Sería muy importante que hubiera un cotejo y validación de estos diagnósticos en cada provincia a través de un médico especialista y en concreto, un patólogo, sería el idóneo. La valoración y objetivación de estos datos marcaría el perfil exacto de la enfermedad en España y en concreto de la neoplásica, y además con un coste-eficacia muy elevado. La realidad es que la complejidad de los certificados actuales favorece esa dispersión, que curiosamente no tiene sesgos cuando de valorar la totalidad de muertes por neoplasia se trata con porcentajes de validación superiores en la última década al 95%.

A nivel de localizaciones individuales, hay también un hecho que en la última década del siglo XX ha condicionado un aumento de tasas neoplásicas de la glándula prostática. El hallazgo del PSA (antígeno prostático específico) como “indicador” no selectivo de proliferación celular en la próstata ha promovido –en la actualidad- su solicitud como determinación analítica de rutina en los exámenes bioquímicos a nivel ambulatorio. Ello ha derivado en un número muy elevado de hombres con cifras elevadas de este antígeno que a su vez han condicionado la práctica de biopsias trans-rectales/perineales (*trp*) en la mayoría de ellos. De tal forma, que aunque según nuestros estudios tan solo algo más de la mitad de los pacientes con cifras elevadas presentaban histológicamente un carcinoma, las tasas de estos se han multiplicado. Estamos ante un fenómeno en que la bioestadística y la biotecnología no se hermanan. Muchos de los que en los últimos años se han diagnosticado, hubieran permanecido silentes, como lo eran en décadas anteriores, sin haber condicionado morbilidad para los pacientes. La mayor esperanza de vida de los sorianos y las biopsias *trp* por elevación de PSA han provocado una “multiplicación estadística de tasas” que sin embargo, sin la biotecnología actual nunca habrían alcanzado estos valores.



1980: y Suárez llegó a la Residencia

¿Cuántos carcinomas de próstata silentes hemos hallado los patólogos en la sala de autopsias sin haber manifestado clínica alguna?. Sin desconsiderar la alimentación, la raza, la obesidad y otros factores, consideramos que los responsables ciertos del aumento de la incidencia del cáncer de próstata son la edad y el número de biopsias realizadas (en relación con las determinaciones del PSA, tanto en atención primaria como en especializada, así como de los criterios en la práctica de la biopsia trans-rectal. Debemos plantearnos si realmente se ha infradiagnosticado esta neoplasia en nuestro país o simplemente se trata de un problema de recogida de datos. En todo caso, insistimos en que se deben mejorar los registros de cáncer en todo el Estado español ya que esa es la única forma de conocer realmente la entidad del problema de salud al que nos enfrentamos.

En el caso del cáncer de mama en la mujer soriana, es significativa la estabilización de tasas en las últimas décadas y especialmente es muy grato ver como la mortalidad por esta neoplasia ha bajado a cotas prácticamente de cronificación de la enfermedad. Por otro lado, a través de los hallazgos que exponemos, certificamos de alguna forma la importancia de la prevención en los exámenes periódicos. El hecho de que en 20 años el diámetro

tumoral medio de estos tumores se haya reducido a la tercera parte, lo dice todo. Hemos pasado de los años 1980s del siglo pasado en que las masas neoplásicas de las mamas tumorales alcanzaban 20 y 30 cm., incluso, de diámetro mayor, al final de la primera década del siglo XXI, en que ya es una excepción el encontrar tumores mayores de 3 ó 4 cm. de diámetro.

Los melanomas es otro tipo de neoplasias que merecen hacerles una distinción, también, en esta introducción, y es que como pueden observar en las tablas y tasas que acompaño se ha dado un hecho “manifiestamente empeorable” de nuestro estilo de vida. Los rayos solares y ultravioletas han condicionado una elevación de casos y tasas en la población femenina soriana, aunque afortunadamente y también gracias a la medicina preventiva y a la información sanitaria, los estadíos en el momento de su diagnóstico son favorables y por tanto la mortalidad es baja.

La importancia que ha alcanzado el cáncer de colon y recto en nuestra sociedad y su relación con las lesiones polipoides, especialmente con la poliposis familiar, nos ha hecho también evaluar por grupos etarios la incidencia de los pólipos intestinales en los últimos años de esta década. Hay semanas en el año 2010 en que hemos llegado a recibir 3 y 4 segmentos intestinales tumorales para su estudio histopatológico.

Hemos considerado también de gran interés incluir datos demográficos y sociales de los sorianos, estos últimos extraídos de nuestro reciente estudio “**Salud y estilo de vida de los sorianos en el siglo XXI**” editado también por la FCCR y que pueden descargarse de la web (www.fundacioncajarural.net/publicaciones).

Los datos que nos aportan los **Dres Guisande de Brea y Mariano Iñiguez** de principios de siglo XX y que hemos contextualizado en nuestras tablas, nos dibujan una Soria secular en que las neoplasias apenas eran significativas sobre las tasas de mortalidad total en nuestra provincia. Las infecciones, según observamos más adelante, condicionaban la mortalidad que hoy inducen las neoplasias o las enfermedades cardiovasculares, de muy baja incidencia también en dichos años. Una esperanza de vida media al 50% de la de nuestros días, y la inexistencia de los antibióticos hasta bien entrados los años 50 eran los responsables de esta situación epidemiológica que en determinados años llegó a diezmar la ciudad y la provincia (epidemias de cólera, tífus,...).

La hidatidosis, sin ser una neoplasia maligna fue otro proceso médico-quirúrgico que también tuvo, a lo largo de todo el siglo XX, una incidencia

elevada, casi tanto como el cáncer gástrico y con una mortalidad también muy alta. En los años 1970s y 1980s figuraba en los libros de patología en lengua inglesa como una rareza y en muchos, ni siquiera figuraba. Fueron las medidas preventivas y de educación para la salud las que también condicionaron que hoy sea prácticamente una enfermedad transmisible erradicada y de la que no hemos visto nuevos casos en los últimos años.

Señalar también nuestra preocupación porque la inmigración que ha llegado a nuestra provincia, y que supone cerca del 11% de la población de Soria - quizás la sobrepase cuando se edite este libro-, no adopte los patrones dietéticos de la **Dieta y Cultura Mediterránea**, especialmente los más jóvenes.

En cuanto a las previsiones que la *Agencia Europea para el estudio epidemiológico del Cáncer* hizo para España para el año 2015 (Globocan 2002 www.dep-iarc.fr) extrapoladas a nuestra provincia, no podemos identificarnos con las mismas, ni siquiera con el factor corrector etario que hemos incluido. Sus previsiones son muy inferiores a las que nosotros prevemos en base a la tendencia neoplásica analizada desde 1981. Próstata, vejiga e intestino grueso serán los tumores más incidentes en los hombres, mientras que en la mujer soriana serán los tumores de mama y, a corta distancia -cada vez más- en sus tasas de incidencia, los de intestino grueso y en menores tasas los ginecológicos. Tampoco consideramos que las tasas de cáncer de pulmón en la mujer soriana se eleven, tal y como diferentes estudios prevén, antes bien, se mantendrán e incluso mostrarán una tendencia a la baja.

Es muy importante conocer que aproximadamente entre un 5% y un 10% de los cánceres de mama y ovario diagnosticados y un 2% y 5% en el caso del cáncer colorectal se asocian con la herencia de mutaciones genéticas, que condicionan un riesgo elevado de desarrollar la enfermedad neoplásica. El estudio genético permite, además de los factores estimados de riesgo en cada persona para el desarrollo tumoral, establecer un riesgo estimado de desarrollo de estas neoplasias, lo que posibilita intervenir precozmente en la prevención, diagnóstico precoz y asesoramiento a estos grupos familiares -susceptibles- con historia familiar de cáncer.

Los datos de mortalidad por enfermedades neurodegenerativas, especialmente en la mujer y las elevadas tasas de incidencia y prevalencia de diabetes en ambos sexos, mayores en el sexo femenino. también se objetivan en nuestro estudio.

Sin embargo, los datos que aportamos en relación con los fenómenos isquémicos cardiacos, nos hacen concebir grandes esperanzas tanto en la reducción de incidencia como de mortalidad, en base a las últimas generaciones de fármacos inhibidores y de los avances de la hemodinámica y cirugía cardiovascular no intervencionista. Los gráficos que incluimos en relación con los primeros años de este siglo, son determinantes.

Por último, aunque personalmente la considero la más importante y primera causa y factor de riesgo medio-ambiental de muchas neoplasias y enfermedades crónicas y degenerativas -diabetes, Alzheimer, cardiocirculatorias-, la **alimentación** ha sido, es y será un factor determinante en las tendencias evolutivas del cáncer y enfermedades prevalentes en Soria. Pasaron las épocas en que el cáncer de estómago condicionaba la tercera parte de la mortalidad neoplásica en Soria. Los ahumados, salazones y productos en adobo con productos escasamente conservados en "fresqueras" al aire libre, sin apoyo nutricional de frutas, verduras y hortalizas, ni pescado, con refritos de las grasas de cocinado, hizo que Soria tuviera una "epidemia de cáncer gástrico" a lo largo de prácticamente todo el siglo XX y así se señalaba en los estudios internacionales. Hoy y desde los años 1980s del pasado siglo, los frigoríficos permiten que hasta el pueblo más alejado de la provincia disponga de productos frescos para su consumo diario. En la actualidad nos preocupan más las dietas bajas en fibra y ricas en grasas saturadas que condicionan lesiones neoplásicas digestivas, ginecológicas, prostáticas y un largo etcétera, lesiones cardiovasculares -muchas veces irreversibles-, neurodegenerativas, diabetes, etc...

Es preciso dar a conocer que según los datos del INE para 2008, las tres principales causas de mortalidad en España, por grandes grupos, fueron las **enfermedades cardiovasculares (31,7% del total de defunciones), las neoplasias malignas (26,9%) y las enfermedades del aparato respiratorio (11,4%)**.

El 16 de Noviembre de 2010, la UNESCO aprobó en Nairobi (Kenia) la incorporación de la DIETA MEDITERRÁNEA al PATRIMONIO CULTURAL INMATERIAL DE LA HUMANIDAD, de lo que por nuestra contribución institucional y personal nos sentimos muy orgullosos.

Este libro es continuación de nuestros anteriores estudios que se reflejan en el apartado de bibliografía y ha sido posible gracias a la financiación del Servicio de Estudios Epidemiológicos de la Fundación Científica Caja Rural de Soria, de la Gerencia del Complejo Hospitalario de Soria y del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Soria.

ABREVIATURAS

H/M: RAZÓN INTERSEXOS HOMBRE/MUJER

M/I: RAZON TASAS MORTALIDAD/TASAS DE INCIDENCIA

I/M: RAZON TASAS INCIDENCIA / TASAS MORTALIDAD

TB: TASA BRUTA (x 10⁵ h.) (**TBI/TBM:** INCIDENCIA/MORTALIDAD)

TA: TASA AJUSTADA (x 10⁵ h.)

TAM: Tasa ajustada a la población estándar mundial (x 10⁵ h.)

TAE: Tasa ajustada a la población estándar europea (x 10⁵ h.)

TAMI: TASA AJUSTADA INCIDENCIA a población mundial estándar (x 10⁵ h.)

TAMM: TASA AJUSTADA MORTALIDAD a población mundial estándar (x 10⁵ h.)

TAEI: TASA AJUSTADA INCIDENCIA a población europea estándar (x 10⁵ h.)

TAEM: TASA AJUSTADA MORTALIDAD a población europea estándar (x 10⁵ h.)

RR: Riesgo Relativo

MSC: Muerte Súbita Cardíaca

DEAS: Desfibrilador Semiautomático

NV/ Nv / nv: NO VALORABLE

TSI: Tarjeta Sanitaria Individual

INE: Instituto Nacional de Estadística.

DM: Dieta Mediterránea.

VPH/ HPV: Virus del Papiloma Humano

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana (SIDA).

CCR: Cáncer Colo-Rectal

CaP: Cáncer de Próstata

CCC: Cáncer de Cabeza y Cuello

IAM: Infarto agudo de Miocardio

ITS: Infección de Transmisión Sexual

CHS: Complejo Hospitalario de Soria

Objetivos

Objetivos



2001: María, la primera del siglo XXI

OBJETIVOS

- 1.- Constatar la realidad de la enfermedad neoplásica, infecciosa, degenerativa y crónica de la provincia de Soria en el siglo XX y la primera década del siglo XXI.
- 2.- Estimar las tendencias temporales evolutivas de la mortalidad neoplásica por sexo, edad y localizaciones de 1950 a 2008.
- 3.- Valorar las tendencias temporales evolutivas de la incidencia neoplásica por sexo, edad y localizaciones de 1981 a 2009.
- 4.- Posibilitar el estudio etiológico de las neoplasias de mayor incidencia.
- 5.- Analizar la evolución del “futuro-presente” oncológico de Soria en sus diferentes parámetros.
- 6.- Evaluar resultados de valores estadísticos de importancia en determinados tipos de tumores y localizaciones: próstata, mama, colon-recto y melanomas entre otros.
- 7.- Exponer y contrastar los valores más importantes de las enfermedades crónicas y degenerativas más prevalentes en el periodo de estudio.
- 8.- Colaborar con nuestros datos y conclusiones en la planificación sanitaria y de programas preventivos en nuestra área geográfica.
- 9.- Incidir en los principales factores de riesgo cuya etiopatogenia neoplásica o degenerativa está contrastada.
- 10.- Hacer estimaciones comparativas con otras provincias, regiones y países en el campo de la incidencia y de la mortalidad.
- 12.- Situar nuestra provincia dentro de la comunidad nacional, europea e internacional en el campo de las enfermedades más prevalentes de estos más de 100 años que contempla este estudio provincial.
- 13.- Valorar objetivamente la realidad médico sanitaria y social actual de Soria.
- 14.- Sentar las bases para el diseño de estrategias en el campo de la Educación para la Salud.
- 15.- Contribuir, por último, a una mejora de la Salud Integral en esta provincia.

HERALDO soria 7 días

La crisis de las ‘vacas locas’ llega a Castilla y León

“Nosotros sí que queremos seguir en la Copa del Rey”, dice García Remón

Soria sigue entre las provincias más ‘viejas’ de España

Los centros de salud aún no han registrado casos de gripe

María, primera soriana del milenio

DIARIO DE SORIA

El nuevo milenio recibe a María, la primera soriana del siglo XXI

El Numancia se enfrenta al Leganés en la Copa

Los centros de salud aún no han registrado casos de gripe

**Personas y
metodología**

Personas y Metodología

**Incidencia
Mortalidad
Registro de Tumores
Supervivencia**



1930 Aquellos que nos precedieron

INCIDENCIA

MATERIAL

El análisis de la incidencia es una herramienta fundamental para estimar la magnitud y distribución de un problema de salud. Desde el punto de vista de la organización sanitaria, proporciona los datos necesarios para evaluar las necesidades asistenciales, planificar el uso de recursos y plantear estrategias preventivas prioritarias, como las campañas de diagnóstico precoz. Desde el punto de vista científico, el análisis de la incidencia es a su vez básico para generar hipótesis etiológicas, objetivo señalado ya desde sus primeras ediciones en las publicaciones de referencia sobre incidencia del cáncer.

Al igual que en anteriores trabajos, hemos utilizado como fuente principal de casos incidentes los obtenidos del Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario del Sacyl de Soria donde, desde su creación en 1980, se centra el Registro Hospitalario de Cáncer. Al mismo tiempo estos datos se han contrastado también en el Servicio de Hematología y en el de Documentación y Archivo del mismo Complejo hospitalario.

A partir de los datos que acompañan a las biopsias, citologías y necropsias que allí se realizan desde el 1 de Enero de 1981 al 31 de Diciembre de 2009 hemos obtenido una serie de valores epidemiológicos de referencia para poderlos contrastar, evaluar, ponderar, analizar y comparar entre sí y con otros registros de otras regiones y comunidades y conocer de esta forma la realidad del cáncer en nuestra provincia.

METODOS

Dada la reducida población de Soria, el estudio se realizó por quinquenios con objeto de que las tasas puedan tener significación estadística. De esta forma equiparamos nuestro estudio a una población cercana a los 500.000 habitantes. Con objeto de equipararnos a otros Registros y fuentes epidemiológicas, el periodo etario del siglo XXI lo hemos fragmentado en dos periodos 2000-2002 (3 años) y 2003-2009 (7 años)

A lo largo del periodo de estudio 1981-2009- se han registrado las neoplasias malignas de esta provincia en relación a los siguientes parámetros:

- Localización topográfica
- Sexo
- Fecha de nacimiento
- Lugar de residencia
- Diagnóstico histopatológico
- Fechas de diagnóstico y de recidivas
- Fecha de fallecimiento

En todas las localizaciones corporales susceptibles de asentamientos tumorales hemos estudiado por quinquenios –trienio y septenio en este siglo- y en ambos sexos los siguientes valores epidemiológicos:

- Número de tumores por localizaciones
- Porcentaje de tumores por localizaciones
- Distribución etaria por grupos de edad
- Tasas brutas por 100.000 habitantes
- Tasas ajustadas a la población mundial estándar por 100.000 habitantes
- Tasas ajustadas a la población europea estándar por 100.000 habitantes
- Tasas específicas por grupos de edad
- Décadas de mayor incidencia por localizaciones
- Razón intersexos por localizaciones
- Distribución en los medios urbano y rural
- Tipos histológicos más frecuentes en cada localización
- Gráficos de curvas de tendencias neoplásicas
- Histogramas
- Parámetros pronósticos y de supervivencia

Todos estos valores se han obtenido de acuerdo con los censos y padrones que publica el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.) correspondientes al periodo de estudio, hasta 2008 (www.ine.es)



De fiesta en Berlanga de Duero

Muestra de estudio neoplásico:

Hemos registrado en el periodo 1981-2009, **14976** tumores malignos incidentes correspondientes a **8836 hombres (59%)** y **6140 (41%) mujeres**.

Se han distribuido por quinquenios en el siglo XX, trienio y septenio en el XXI y localizaciones en las diferentes tablas de este trabajo. No hemos incluido –específicamente- en el estudio específico aquellos tumores cuyo origen era incierto o desconocido, aunque figuran en el cómputo general. Las metástasis han sido estudiadas de forma integral con sus tumores de origen conocido e incluidas en desconocidas en el resto de casos.

La metodología estadística que hemos utilizado viene incluida en nuestro estudio publicado por el Fondo de Investigación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo: **“Tendencias Neoplásicas en la Provincia de Soria 1981-1990” (1992)**. Consideramos que dada la accesibilidad al mismo y nuestra corresponsabilidad medioambiental no debemos ampliar el Número de páginas de este trabajo.

Se han incluido y validado por nosotros, tras revisión exhaustiva personalizada, las neoplasias que a través de la Dirección General de Salud Pública de la Junta de Castilla y León figuran en ASEDAT-Soria desde 2003 a 2008, así como las revisiones de 2009 y cuyos valores son accesibles a través de su página web.

Hemos incluido una serie de neoplasias incidentes de nuestro registro en los años 2001-2002 con objeto de poder comparar objetivamente nuestras tasas con las de otros registros nacionales e internacionales, cuyos datos de incidencia corresponden a ese periodo. Por otro lado hemos incluido en estas tasas comparativas las cifras que incluye el Registro de Cáncer de Navarra con estimación 1997-2006, ya que para muchas localizaciones, la Comisión Europea, en este campo oncológico, no incluye determinadas localizaciones.

La epidemiología es una rama de la medicina preventiva y salud pública encargada del estudio de la distribución y la dinámica de las enfermedades en las poblaciones humanas.

Los datos de incidencia de GLOBOCAN para España son estimaciones. Utilizan modelos de estimación basados en los datos disponibles de mortalidad e incidencia de los Registros de Cáncer ante la ausencia de datos de incidencia a nivel nacional. Es evidente que esto señala carencias en los Registros de Cáncer de nuestro país. El uso de los Registros de Mortalidad para estimaciones de incidencia merece un comentario aparte por los problemas que genera. En primer lugar, la razón mortalidad/incidencia debe ser considerada con cautela, ya que se ve influida tanto por la supervivencia de los pacientes como por la calidad de los certificados de defunción. Esto es así a pesar de que en el caso del CCC el resultado de un tratamiento inefectivo suele conllevar al fallecimiento por la enfermedad no controlada (es poco habitual el éxitus por otras causas), lo cual aparentemente proporciona una variable resultado fácil de medir (fallecimiento por cáncer) y por tanto, en principio, una causa fácil de certificar. Por otro lado, una forma de estimar la objetividad de los Registros de Cáncer se basa precisamente en el porcentaje de casos identificados por el certificado de defunción.

El cáncer es la segunda causa de mortalidad en los países desarrollados y es un problema de salud de trascendencia incuestionable.

Era importante también incluir en nuestro trabajo la extrapolación para SORIA de la incidencia neoplásica en el año 2015 para España, que con el programa GLOBOCAN 2002 hizo la OMS a través de la IARC, y que hemos incluido en forma de tabla.

Sin embargo, y a pesar de las técnicas aplicadas, consideramos que las cifras que corresponderían a Soria están infravaloradas para 2015, incluso aplicando el factor de corrección que establecimos para ajustar el sesgo en su inicio.

El tratamiento que hemos dado a cada tumor en cuanto al apartado de CONSIDERACIONES ha ido ligado a la importancia que el mismo tiene en esta provincia, habiendo hecho ampliaciones en los tumores de intestino grueso, pulmón, próstata, vejiga, mama y cuello uterino fundamentalmente.

TUMORES DOBLES Y TRIPLES. TUMORES SINCRÓNICOS

Por su escasa entidad dentro del global de datos y tasas que hemos incluido en este trabajo, los consideramos objeto de estudios complementarios dentro del registro específico de tumores de Soria, señalando por su mayor afinidad e incluso sincronía de algunos de ellos los que a continuación se relacionan:

Carcinomas epidermoides cutáneos vs Carcinomas basocelulares: Estos últimos no son objeto de estudio neoplásico, por acuerdo internacional IARC.

Carcinomas de Vejiga vs Carcinomas de Próstata: Son los más prevalentes aunque en el global apenas superan el 0,5% de su grupo.

Carcinomas de Mama vs carcinoma contralateral de mama: Con un bajo significado presentan amplias variaciones histológicas con inmunofenotipos y biología molecular muy diferente.

Carcinomas de Pulmón, Laringe y Orofaringe: Especialmente los de hábito epidermoide como siembra neoplásica de una misma raíz oncogénica.

Carcinomas de Ovario, Mama e Intestino grueso, de carácter familiar en muchos casos y tributarios de consejo genético.

OTRAS ENFERMEDADES INCIDENTES Y PREVALENTES

Los datos de incidencia de los procesos infecciosos, cardiocirculatorios, endocrinometabólicos y neurodegenerativos, se han obtenido del Registro de Datos del Servicio de Archivo y Documentación Clínica del Complejo Hospitalario de Soria, cuya fiabilidad nos permite validarlos y contrastarlos de forma integral, así como establecer los mismos patrones de estudio que hemos realizado en el caso de las enfermedades neoplásicas. Por ello y por la similitud sistemática empleada no explicitamos las fórmulas empleadas.

MORTALIDAD

MATERIAL

Las fuentes de datos de mortalidad desde 1950 a 2008 las hemos obtenido a través de los boletines estadísticos de defunción de los diferentes registros civiles de la provincia de Soria. A partir de 1980 las hemos contrastado con el Banco de datos informático TEMPUS del I.N.E. (Instituto Nacional de Estadística). Los Juzgados de Instrucción de la provincia, proporcionan información nominal global de fallecimientos a la Dirección Provincial del INSALUD hasta 2002 y a partir de entonces a la Gerencia de Salud de Área, tras las transferencias sanitarias, con objeto de controlar las bajas de las Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) de asistencia sanitaria. A partir de esta última información realizamos un control de supervivencia del Registro Hospitalario de Cáncer.

El estudio se realiza, al igual que en el caso de la incidencia neoplásica, por quinquenios, desde 1950 a 1999, y por trienio y sexenio entre 2000 y 2008 con objeto de que las tasas puedan tener significación estadística.

MÉTODOS

En todas las localizaciones que aportan los boletines estadísticos de defunción (*) hemos estudiado por quinquenios y en ambos sexos los siguientes valores epidemiológicos:

- Número de fallecimientos por localizaciones.
- Porcentaje de fallecimientos por localizaciones.
- Tasas brutas por 100.000 habitantes.
- Tasas ajustadas a la población mundial por 100.000 habitantes de 1978 a 2008.
- Gráficos de curvas de tendencias de mortalidad neoplásicas.
- Histogramas específicos y de contraste.

(*) El I.N.E. no registra específicamente los fallecimientos neoplásicos de algunas localizaciones por lo que no es posible establecer valores es-

tadísticos en las mismas. Así, no figuran durante muchos años las muertes por tumores de laringe y de vesícula biliar que quedan englobados en otras localizaciones (probablemente –ya que no hay constancia manifiesta- en el apartado de bronquios y pulmón/ orales-faringe (¿?), y en hígado (¿?) respectivamente), por lo que su estudio sólo lo hemos podido realizar con los datos obtenidos de nuestros registros personales a través de los diferentes juzgados de nuestra provincia, mientras hemos sido autorizados a ello. También sucede lo mismo en los datos del INE con los tumores de riñón y vías urinarias superiores, ojo y anejos oculares, testículo, peritoneo y con los sarcomas de partes blandas que quedan incluidos –estos últimos- dentro de la mortalidad por tumores cutáneos. La mortalidad por tumores hematológicos sufre un proceso de definición más complejo debido a que desde 1950 se han definido con más objetividad muchas lesiones hematológicas proliferativas, que anteriormente quedaban diagnosticadas nominalmente de forma diferente y al mismo tiempo ha habido en el último tercio del siglo XX varias neo-clasificaciones de Linfomas y de Leucemias. Como veremos en las CONCLUSIONES de este estudio en muchas localizaciones los datos del INE se alejan significativamente de la realidad. Los datos de mortalidad causal se encuentran reflejados en los Registros Civiles a partir de 1950.

La tasa bruta de mortalidad en España por todas las causas fue en el año 2008, de 847,3 fallecimientos x 100.000 habitantes. (Hombres: 886,8 // Mujeres: 808,8).

Al mismo tiempo y en base a los datos del INE hemos realizado nuestras propias tablas porcentuales y de tasas brutas y ajustadas de mortalidad por diferentes procesos tan significativos como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades neurodegenerativas, infecciosas e incluso de procesos externos como los suicidios o la mortalidad perinatal.

Muestra de Estudio neoplásico:

Hemos registrado 11844 fallecimientos por neoplasias malignas en el periodo 1950-2008, de los que 6963 (58.8 %) eran hombres y 4881 (41.2 %) mujeres.

La metodología estadística que hemos utilizado viene incluida en nuestro estudio anterior que fue publicado por el Fondo de Investigación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo: “Tendencias Neoplásicas en la Provincia de Soria 1981-1990” (1992) y en el “Atlas descriptivo de Cáncer en Soria 1950-1999”.

Hemos estudiado las localizaciones más significativas en mortalidad con objeto de realizar un estudio más objetivo y accesible. No hemos incidido en aquellos casos de mortalidad por Tumores raros o de baja frecuencia, como los de corazón, intestino delgado, p.ej. ni en aquellos mal definidos, porque consideramos que debemos centrarnos en procesos significativos.

CONTROL DE CALIDAD y VALORACION ESTADÍSTICA

Se han utilizado los mismos criterios de nuestros anteriores estudios ya citados: Atlas de Cáncer y Tendencias neoplásicas.

(ver bibliografía y web: www.fundacioncajarural.net).

REGISTROS DE TUMORES

Registro de Tumores o Registro de Cáncer es la fuente de datos básica para el análisis de la incidencia de esta enfermedad. Existen Registros de Tumores en el ámbito hospitalario (Registro de Tumores Hospitalario) y Registros de Cáncer de base poblacional (Registro de Cáncer Poblacional). Su objetivo es recoger de forma exhaustiva y continuada los datos básicos sobre todos los casos de cáncer. En los registros hospitalarios se recogen todos los casos diagnosticados o tratados en el hospital, cualquiera que sea su procedencia. Las fuentes de datos de los registros de población son tanto hospitalarias (servicios de anatomía patológica, oncología, hematología, otros servicios clínicos, archivo de historias clínicas y servicio de admisión), como extrahospitalarias (registros de mortalidad, atención primaria y otros registros de tumores). Se mantienen también, Registros de Tumores o bases de datos de pacientes oncológicos, en servicios clínicos implicados en el manejo de esta patología. Por último existen entidades supranacionales como la Asociación Internacional de Registros de Cáncer (*International As-*



1925: Los almacenes Evaristo Redondo, en orden.

sociation of Cancer Registries), o en un ámbito más próximo la **Red Europea de Registros de Cáncer** (*European Network of Cancer Registries*), que puede ser consultada en Internet.

ESTUDIOS COMPARATIVOS

Hemos utilizado los datos de mortalidad (tasas ajustadas) de cáncer en Europa correspondientes al año 2006, que aporta la Comisión Europea de Salud y Consumidores (Dirección General). Con ellas hemos confeccionado tablas comparativas que nos permiten situar la evolución real de la mortalidad neoplásica en Soria, con los sesgos que hacemos mención, especialmente los tributarios de metástasis.

Sin embargo, tenemos que infravalorar los datos de mortalidad sobre los de incidencia dado que la confección de los Boletines estadísticos de defunción (Certificados de defunción) tiene estas deficiencias en el diagnóstico en nuestro país y que se ponen de manifiesto en numerosos artículos con variaciones del 20% al 35% de sesgo, y a lo que ya hemos hecho referencia en la Introducción..

SUPERVIVENCIA NEOPLÁSICA

Los datos de supervivencia neoplásica – a nivel internacional- se reflejan en el Estudio EUROCARE 4 correspondientes al quinquenio 1995-1999 (CANCER 2009; 45(6):931-991).

Según el Informe Mundial sobre el cáncer, el análisis de morbilidad más completo realizado hasta la fecha, la incidencia del cáncer podría aumentar en un 50% hasta el año 2020, en el que habría 15 millones de nuevos casos. Sin embargo, el informe también demuestra que los modos de vida saludables y las actuaciones de los gobiernos y de los profesionales sanitarios en el campo de la salud pública pueden frenar esa tendencia y evitar hasta un tercio de los cánceres en todo el mundo.

En el año 2000, los tumores malignos fueron la causa del 12% de los casi 56 millones de muertes que se produjeron en el mundo por todas las causas. En muchos países, más de una cuarta parte de las muertes son atribuibles al cáncer. En el año 2000, 5,3 millones de hombres y 4,7 millones



Supervivientes: en la Saca



Supervivientes: en la guerra

de mujeres presentaron tumores malignos y, en conjunto, 6,2 millones murieron por esa causa.

Entre los campos de actuación que pueden contribuir efectivamente a frenar el aumento de la incidencia del cáncer y a prevenir un tercio de los casos figuran los siguientes:

- La reducción del consumo de tabaco, que sigue siendo el principal factor evitable de riesgo de cáncer. En el siglo XX murieron en todo el mundo unos 100 millones de personas por enfermedades relacionadas con el tabaco. Ver tablas.
- El régimen alimentario y los modos de vida saludables también pueden ayudar. El consumo frecuente de frutas y verduras y la actividad física pueden ser medidas eficaces.
- Los programas de detección precoz posibilitan la prevención y el éxito de la curación, particularmente en el caso de los cánceres de mama y del cuello uterino.

El pronunciado aumento del número de nuevos casos de neoplasias, previsto en todo el mundo, de 10 millones en 2000 a 15 millones en 2020, se debe sobre todo al continuo envejecimiento de la población, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, y también a la tendencia actual de la prevalencia del consumo de tabaco y a la creciente adopción de modos de vida malsanos.



Población y Demografía

Población y demografía

Certificados
Localizaciones Neoplásicas
Tumores malignos



1930: Años de muchos...

**POBLACION Y CARACTERISTICAS MEDIOAMBIENTALES
Y SOCIALES DE LA PROVINCIA DE SORIA**

Ver:

- 1.- TABLAS de Población y Demografía.
- 2.- Censos y padrones provinciales y de Soria Capital
- 3.- CUADROS DE SALUD Y ESTILO DE VIDA DE LOS SORIANOS EN EL SIGLO XXI

Desde 1960 el crecimiento vegetativo de esta provincia es netamente negativo.

Superficie: 10.287 km²
Densidad 2009: 9,24 habitantes por km²
Temperatura Media: 10-11° C
Altitud media...: 1000 metros

Nº de nonagenarios: +/- 1500
Nº de centenarios...: +/- 100 Ver tablas

Población emigrante 2010

NÚMERO:

10.377 11% (CENSO) - TIS -SACYL-
102 nacionalidades diferentes

EDUCACION No Universitaria:

1920 alumnos extranjeros.....(14,8% Total)
54 nacionalidades diferentes

FAMILIAS NUMEROSAS:

293 -.....(27,88% Total)

Ver tablas.

NACIONALIDADES

PADRÓN 2010

ECUATORIANOS	16,1%
BÚLGAROS.....	14,2%
RUMANOS	13,4%
MARROQUÍES	11,6%

NUMERO EXTRANJEROS CON PERMISO RESIDENCIA

AÑO	POBLACION		PORCENTAJE
1997	0743	92848	0,80%
2001	2219	90717	2,44%
2004	4123	92773	4,44%
2007	6528	94800	6,88%
2010	9565	95093	10,05% 5385 MUJERES (5,7% T; 11,5%M)



CENSOS Y PADRÓN DE SORIA CAPITAL Y PROVINCIA

Año	Nº MUNI. PROV.	CAPIT. Hombres	CAPIT. Mujeres	CAPIT. H+M	CAPIT. DCHO	PROV. HECHO	PROV. H	PROV. M
1900	345	2979	3646	7151	7296	150462	72707	77755
1910	345	3265	4038	7303		156354	75819	80535
1920	345	3434	4185	7619	7703	151595	73355	78240
1930	348			10098		156207	77412	78795
1940	347			13054		159824	78365	81459
1950	345	7294	8647	16878		161182	80260	80922
1960				19301	19589	146904	72842	74062
1970		11702	13328	25030	25219	117481	58260	59221
1981				32039	30326	100719	50084	50635
1986		15576	16914	32490	32490	97565	48758	48807
1990		15651	18226	33877		97268	48472	48796
1991	185	15464	16896	32360	35540	94537	47163	47374
1996					33597	92848	47113	47283
2001	184	16845	18306	35151		90717	45443	45274
2005						92773		
2009	183	18936	20592	39528		95101	48286	46815
2010	Padrón					95093	48325	46768

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE LA PROVINCIA DE SORIA CON RESIDENCIA EN SORIA CAPITAL

CAPITAL	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1900	4,8	4,1	4,7
1910	4,7	4,3	5,0
1920	5,0	4,7	5,3
1930	6,5		
1940	8,2		
1950	10,5	9,1	10,7
1960	13,1		
1970	21,3	20,1	22,5
1981	31,8		
1986	33,3	31,9	34,7
1990	34,8	32,3	37,4
1991	34,2	32,8	35,7
2001	38,7	37,1	40,4
2009	41,6	39,2	44,0

EN 1981 se incorporan al padrón de SORIA CAPITAL los municipios de OTERUELOS y PEDRAJAS

MORTALIDAD TOTAL Y PERINATAL SORIA 1900 - 1906

Año	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906
HOMBRES TOTAL	68	93	70	85	93	72	68
< 1 Año %	8 11,8	21 22,6	19 27,1	18 21,2	26 27,95	15 20,8	21 30,9
MUJERES TOTAL	95	83	61	76	87	65	85
< 1 Año %	20 21,1	21 25,3	10 16,4	19 25,0	21 18,3	13 20,0	14 11,9

POBLACION DE SORIA CAPITAL 1900: 7.151 HABITANTES

TASA BRUTA DE MORTALIDAD PERINATAL < 1 AÑO:

491 niños x 100.000 h./año

NATALIDAD en 1933. Tasas x 100.000 habitantes.

España	2.620
Italia	2.320
Inglaterra	1.440
Francia	1.630
Alemania	1.470

DESCENSO DE NATALIDAD en 1935

- Desde 1880 la natalidad descendió en Europa
 - 23,5 % en España
 - 35,3 % en Francia
 - 35,8 % en Italia
 - 46,8 % en Suiza
 - 59,3 % en Inglaterra
 - 62,5 % en Alemania

507 ABORTOS FISIOLÓGICOS O NATURALES

SORIA 2006-2009

Edad	Nº	Porcentaje	Trimestre (1º)	Trimestre (2º)	Trimestre (3º)
15-19	21	4,1 %	18	18	0
20-29	86	17,0 %	74	6	2
30-39	328	64,7%	301	20	7
40-46	328	14.2%	67	5	5

Tasa Bruta 142,0 x 100.000 mujeres/año

Tasa Ajustada 278,6 x 100.000 mujeres/año

NACIMIENTOS 2006-2009:

720 + 695 + 769 + 748 = 2932 NACIMIENTOS REALES

NACIMIENTOS + ABORTOS 2006-2009 = 3439

NACIMIENTOS POTENCIALES (¿)

ABORTOS FISIOLÓGICOS EN SORIA 2006-2009

Intervalos Etarios	Mujeres Población Mundial	Nº Casos Soria	Mujeres Soria 2006 2009	Tasa Bruta	Tasa Ajustada Mundial	Tasa Ajustada Europea
0-9 Años	22000	-----	3144	0	0	0
10--19	18000	21	4142	126,8	22,8	9,6
20-29	16000	86	5580	385,3	61,6	33,0
30-39	12000	328	6365	1288,3	154,6	104,9
40-49	12000	72	5691	316,3	38,0	22,4
50-59	9000	0	4530	0	0	0
Total	89.000	386 (390)*	45873	212,5	277	169,9

TASAS x 100.000 mujeres
(* sin edad consignada)

ABORTOS FISIOLÓGICOS

11,8% EMIGRANTES (22,7% DE GESTACIONES)
50% < que población nativa

46 /4= 11,5 anuales / 5385 = 213,6 abortos x 100000 mujeres emigrantes

324/4=81,0 anuales/ 40488 = 200,0 abortos x 100000 mujeres nacionales

2009:

TASA DE NATALIDAD 7,5 x 100.000 hab.

TASA DE MORTALIDAD 12,2 x 100.000 hab.

Número de HIJOS x Mujer Soria 1,14

Inmigrantes 2,7

ESPAÑA 1,40

Defunciones 1050

Nacimientos 748

Crecimiento Vegetativo (-) 303 (negativo)

NACIMIENTOS de POBLACIÓN EMIGRANTE (datos I.N.E.)

AÑO	PORCENTAJE
1996.....	1,24%
1999.....	5,20%
2000.....	6,08%
2003.....	16,53%

**NACIMIENTOS de POBLACIÓN EMIGRANTE (cordones umbilicales)
Elaboración personal**

AÑO	PORCENTAJE
1999.....	3,25% de 630 partos
2004.....	11,04% de 654 partos
2009.....	21,20% de 748 partos
01-01-2010 a 31-07-2010:	22,70% de 418 partos

**Consumo de Tabaco 1-01-2010 a 30-06-2010
POBLACIONES ESPAÑOLAS**

	Habitantes Padron 2010	Consumo Cigarrillos por persona semestre	Cajas Cigarrillos por persona y mes	Consumo Puros por persona semestre	Puros por persona y mes
Soria	95101	35,8	6,0	18,8	3,1
Castilla y León	2563521	37,2	6,2	21,0	3,5
España	46745807	38,9	6,5	14,3	2,4
Madrid	6386932	36,7	6,1	9,0	1,5
Cádiz	1230594	30,7	5,1	8,0	1,3
Barcelona	5487935	35,8	6,0	13,9	2,3
Guipuzcoa	705698	60,8	10,1	33,0	5,5
A Coruña	1145488	35,4	5,9	13,0	2,2
Alicante	1917012	46,5	7,8	12,8	2,1
Sevilla	1900224	37,4	6,2	10,3	1,7
Extremadura	1102410	42,9	7,2	17,5	2,9
Asturias	1085289	39,6	6,6	22,5	3,7
Pontevedra	959764	33,0	5,5	14,0	2,3
Lugo	355195	33,1	5,5	16,3	2,7
Teruel	146751	37,5	6,2	15,5	2,6
Cuenca	217363	41,5	6,9	15,2	2,5
Badajoz	688777	42,8	7,1	16,0	2,7

Mundo Estanco nº 134 Agosto 2010. pag 33-36

CERTIFICADOS // BOLETINES ESTADÍSTICOS DE DEFUNCIÓN

En el año 1989 ya pusimos de manifiesto las deficiencias que conllevaba la elaboración de tasas de mortalidad neoplásica basadas en los boletines de defunción de los Registros Civiles en España y en concreto en Soria (1985).

En estas dos últimas décadas hemos observado pocas variaciones en dichas deficiencias. Es significativa nuestra equiparación - 2003-2008 - con los resultados de concordancia que publican en el registro de Cáncer de Granada 1999-2000. Hay una exactitud en la certificación de la causa de muerte como neoplásica –de forma genérica o nominal: cáncer de...- en los datos que hemos encontrado en el INE y los obtenidos a través de las TSI dadas de baja en el SACYL en la primera década del siglo XXI (97,2%).

También hay una correcta equiparación de sexos con un sesgo que no alcanza ni el 1% de los datos de 2003 a 2008.

Sin embargo, las deficiencias se demuestran en algunas de las localizaciones neoplásicas. El porcentaje total de exactitud es el 76% de forma global, pero no siempre los tumores de mayor prevalencia en ambos sexos son los mejor registrados. Por otro lado y al igual que en el Registro de Granada, a medida que aumenta la edad de fallecimiento, el porcentaje de errores en la localización es mayor. Da la impresión subjetiva de que *“como el difunto ya era muy mayor, se cumple con el protocolo de una forma poco objetiva y sin consultar o pedir la historia clínica del paciente”*

En el año 2006, ya citamos que B. Pérez-Gómez, publica en Gaceta Sanitaria, un interesante trabajo –también- en el mismo sentido y semejante a los dos citados sobre la validez de la certificación de la muerte por cáncer en España y la evidencia disponible. Parte de la hipótesis de que en cierta medida, las discrepancias en tasas de mortalidad por cáncer entre países europeos podrían deberse a diferencias de calidad en las estadísticas de mortalidad. Estudió también la tendencia del porcentaje de muertes mal definidas o tumores mal definidos entre 1980-2002. Como resultado concluye que en España, el cáncer en conjunto y las principales localizaciones pulmón, colon-recto, próstata, estómago, páncreas, mama, útero, cerebro, leucemia,

linfomas y mieloma están bien certificados. Sin embargo, otras localizaciones como laringe, hígado y esófago están sobrecertificadas, mientras que el cáncer de vejiga, riñón y ovario están infracertificados. Considera que en general, los certificados de cáncer pueden considerarse válidos y útiles para estimar el impacto del cáncer en España, aunque la certificación de algunas localizaciones importantes tendría que mejorar. En nuestro caso, y a diferencia de Pérez-Gómez, las mayores divergencias, como ya hemos indicado, son las localizaciones de pulmón, hígado y cerebro.

Haremos hincapié en cada localización de los sesgos que hemos encontrado y que varían discretamente aunque en algunos casos de forma específica de lo publicado por Pérez Gómez y colaboradores, y a cuya tabla resumen de los 14 estudios realizados en España desde 1981 remito a quienes interesen estos datos.



1920. Calle Pósito. Aquellas funerarias

LOCALIZACIONES NEOPLÁSICAS: CIE 10

- **(C00-C14) Labio, cavidad oral y faringe.**
- (C00) Tumor maligno del Labio
- (C01) Neoplasias malignas de la base de la lengua
- (C02) Neoplasias malignas de otras partes y sin especificar de la lengua
- (C03) Neoplasias malignas de la encía
- (C04) Neoplasias malignas de la base de la boca
- (C05) Neoplasias malignas del paladar
- (C06) Neoplasias malignas de otras partes y sin especificar de la boca
- (C07) Neoplasias malignas de la glándula parótida
- (C08) Neoplasias malignas de otras partes y sin especificar de las glándulas salivares
- (C09) Neoplasias malignas de las amígdalas
- (C10) Neoplasias malignas de la orofaringe
- (C11) Neoplasias malignas de la nasofaringe
- (C12) Neoplasias malignas del seno piriforme
- (C13) Neoplasias malignas de la hipofaringe
- (C14) Neoplasias malignas de otras partes del labio, la cavidad oral y la faringe

- **(C15-C26) Neoplasias digestivas.**
- (C15) Neoplasias malignas de esófago
- (C16) Neoplasias malignas de estómago
- (C16.0) Neoplasias malignas del cardias
- (C16.1) Neoplasias malignas de la funda del estómago
- (C16.2) Neoplasias malignas del cuerpo del estómago
- (C16.3) Neoplasias malignas del antro pilórico
- (C16.4) Neoplasias malignas del píloro
- (C16.5) Neoplasias malignas de la curvatura menor del estómago
- (C16.6) Neoplasias malignas de la curvatura mayor del estómago
- (C16.8) Lesión del solape del estómago

- (C16.9) Neoplasias malignas de otras partes del estómago
- (C17) Neoplasias malignas de intestino delgado
- (C17.0) Neoplasias malignas del duodeno
- (C18) Neoplasias malignas de colon
- (C19) Neoplasias malignas de la unión rectosigmoida
- (C20) Neoplasias malignas del recto
- (C21) Neoplasias malignas de ano y canal anal
- (C22) Neoplasias malignas de hígado y de canalículos biliares intrahepáticos
- (C22.0) Carcinoma de las células hepáticas
- (C22.1) Carcinoma de los canalículos biliares intrahepáticos
- (C22.2) Hepatoblastoma
- (C22.3) Angiosarcoma de hígado
- (C22.4) Otros sarcomas de hígado
- (C22.7) Otros carcinomas especificados de hígado
- (C22.9) Otras neoplasias malignas de hígado sin especificar
- (C23) Neoplasias malignas de la vesícula biliar
- (C24) Neoplasias malignas de otras partes y sin especificar del tracto biliar
- (C25) Neoplasias malignas de páncreas
- (C25.0) Neoplasias malignas de la cabeza del páncreas
- (C25.1) Neoplasias malignas del cuerpo del páncreas
- (C25.2) Neoplasias malignas de la cola del páncreas
- (C25.3) Neoplasias malignas del conducto pancreático
- (C25.4) Neoplasias malignas del endocrino del páncreas
- (C25.7) Neoplasias malignas de otras partes del páncreas
- (C25.8) Neoplasias malignas del solape del páncreas
- (C25.9) Neoplasias malignas sin especificar del páncreas
- (C26) Neoplasias malignas de otras enfermedades de órganos digestivos

- **(C30-C39) Neoplasias de órganos respiratorios e intratorácicos.**
- (C30) Neoplasias malignas de la cavidad nasal y el oído medio
- (C31) Neoplasias malignas de los senos paranasales

- (C32) Neoplasias malignas de laringe
- (C33) Neoplasias malignas de la tráquea
- (C34) Neoplasias malignas de bronquios y pulmón
- (C34.0) Neoplasias malignas del bronquio principal
- (C34.1) Neoplasias malignas del lóbulo superior de los bronquios o el pulmón
- (C34.2) Neoplasias malignas del lóbulo medio de los bronquios o el pulmón
- (C34.3) Neoplasias malignas del lóbulo inferior de los bronquios o el pulmón
- (C34.8) Lesión del solape de los bronquios o el pulmón

- **(C37) Neoplasias malignas del timo**

- **(C38) Neoplasias malignas del corazón, el mediastino y la pleura**
- (C39) Neoplasias malignas de otras partes del sistema respiratorio y de órganos intratorácicos

- **(C40-C41) Neoplasias malignas de hueso y cartílago articular**
- (C40) Neoplasias malignas de hueso y cartílago articular de miembros
- (C41) Neoplasias malignas de hueso y cartílago articular de otras partes sin especificar

- **(C43-C44) Neoplasias de piel.**
- (C43) Melanoma de piel
- (C44) Otras neoplasias malignas de la piel

- **(C45-C49) Neoplasias malignas de tejidos conectivos y blandos**
- (C45) Mesotelioma maligno
- (C46) Sarcoma de Kaposi
- (C47) Neoplasias malignas de nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo
- (C48) Neoplasias malignas del retroperitoneo y del

- (C49) Neoplasias malignas de otros tejidos conectivos y blandos (los códigos alfanuméricos son ILDS)
- (C49.M10) Histiocitoma fibroso maligno
- (C49.M12) Fibroxantoma atípico
- (C49.M20) Haemangiopericitoma
- (C49.M22) Angioendoteliomatosis maligna
- (C49.M24) Dermatofibrosarcoma protruberante
- (C49.M30) Tumor Bednar
- (C49.M40) Sarcoma de piel
- (C49.M42) Fibrosarcoma
- (C49.M44) Schwannoma maligno
- (C49.M48) Leiomiosarcoma
- (C49.M50) Rabdomiosarcoma
- (C49.M54) Mixofibrosarcoma
- (C49.M60) Angiosarcoma cutáneo
- (C49.M70) Limfangiosarcoma

- **(C50-C58) Neoplasias malignas de mama y de órganos genitales femeninos.**
- (C50) Neoplasias malignas de mama
- (C51) Neoplasias malignas de vulva
- (C52) Neoplasias malignas de vagina
- (C53) Neoplasias malignas de cuello uterino
- (C54) Neoplasias malignas del cuerpo del útero
- (C54.1) Cáncer endometrial
- (C55) Neoplasias malignas de las partes no especificadas del útero
- (C56) Neoplasias malignas de ovario
- (C57) Neoplasias malignas de otros órganos genitales femeninos no especificados
- (C58) Neoplasias malignas de placenta

- **(C60-C63) Neoplasias de órganos genitales masculinos.**
- (C60) Neoplasias malignas de pene

- (C61) Neoplasias malignas de próstata
- (C62) Neoplasias malignas de testículo
- (C63) Neoplasias malignas otros órganos genitales masculinos no especificados
- **(C64-C68) Neoplasias de órganos urinarios**
- (C64) Neoplasias malignas de riñón, excepto de la pelvis renal
- (C65) Neoplasias malignas de la pelvis renal
- (C66) Neoplasias malignas de uréter
- (C67) Neoplasias malignas de vejiga urinaria
- (C67) Neoplasias malignas de otros órganos urinarios no especificados
- **(C69-C72) Neoplasias malignas del sistema nervioso**
- (C69) Neoplasias malignas de ojo y anexos
- (C69.0) Neoplasias malignas de la conjuntiva
- (C69.1) Neoplasias malignas de la córnea
- (C69.2) Neoplasias malignas de la retina
- (C69.3) Neoplasias malignas de las coroides
- (C69.4) Neoplasias malignas de los cuerpos ciliares
- (C69.5) Neoplasias malignas de la glándula y los conductos lagrimales
- (C69.6) Neoplasias malignas de la órbita ocular
- (C69.7) Lesión del solape del ojo y anexos
- (C70) Neoplasias malignas de meninges
- (C70.0) Neoplasias malignas de las meninges cerebrales
- (C70.1) Neoplasias malignas de las meninges espinales
- (C71) Neoplasias malignas de cerebro
- (C71.0) Neoplasias malignas del telencéfalo, excepto lóbulos y ventrículos
- (C71.1) Neoplasias malignas del lóbulo frontal
- (C71.2) Neoplasias malignas del lóbulo temporal
- (C71.3) Neoplasias malignas del lóbulo parietal
- (C71.4) Neoplasias malignas del lóbulo occipital
- (C71.5) Neoplasias malignas del sistema ventricular
- (C71.6) Neoplasias malignas del cerebelo

- (C71.7) Neoplasias malignas del tronco del encéfalo
- (C71.8) Lesión del solape del cerebro
- (C71.9) Neoplasias malignas de otras partes del cerebro sin especificar
- (C72) Neoplasias malignas de la médula espinal, del par craneal y otras partes del sistema nervioso central
- (C72.0) Neoplasias malignas de la médula espinal
- (C72.1) Neoplasias malignas de la cauda equina
- (C72.2) Neoplasias malignas del nervio olfativo
- (C72.3) Neoplasias malignas del nervio óptico
- (C72.4) Neoplasias malignas del nervio auditivo
- (C72.5) Neoplasias malignas otros nervios craneales
- (C72.8) Lesión del solape del cerebro y otras partes del sistema nervioso central
- (C72.9) Neoplasias malignas del sistema nervioso central sin especificar
- **(C73-C75) Neoplasias malignas de tiroides, otras glándulas endocrinas y estructuras similares**
- (C73) Neoplasias malignas de la glándula tiroidea
- (C74) Neoplasias malignas de la glándula suprarrenal
- (C74.0) Neoplasias malignas de la corteza de la glándula suprarrenal
- (C74.1) Neoplasias malignas de la médula de la glándula suprarrenal
- (C74.9) Neoplasias malignas de la glándula suprarrenal sin especificar
- (C75) Neoplasias malignas de otras glándulas endocrinas y estructuras similares
- **(C76-C80) Neoplasias malignas secundarias y de enfermedades**
- (C76) Neoplasias malignas de otras partes enfermas
- (C76.0) Neoplasias malignas de histiocitosis de células de Langerhans
- (C76.1) Neoplasias malignas de linfocitosis hemofagocítica
- (C76.2) Neoplasias malignas del síndrome hemofagocítico asociado a infecciones
- (C76.3) Neoplasias malignas debidos a otros síndromes de histiocitosis
- (C77) Neoplasias malignas secundarias de ganglios linfáticos

- (C78) Neoplasias malignas secundarias de órganos respiratorios y digestivos
- (C79) Neoplasias malignas secundarias de otras partes
- (C80) Neoplasias malignas sin parte especificada
- **(C81-C96) Neoplasias malignas, declaradas o presuntas de ser primarias de tejidos linfoides, hematopoyéticos o tejidos relacionados**
- (C81) Enfermedad de Hodgkin
- (C81.0) Predominancia linfocítica
- (C81.1) Esclerosis nodular
- (C81.2) Celularidad mezclada
- (C81.3) Depleción linfocítica
- (C82) Linfoma folicular no-Hodgkin (nodular)
- (C82.0) Pequeñas células hendidas (folicular)
- (C82.1) Mezcla de células hendidas pequeñas y grandes (folicular)
- (C82.2) Células Grandes (folicular)
- (C83) Linfoma difuso no-Hodgkin
- (C83.0) Células pequeñas (difuso)
- (C83.1) Pequeñas células hendidas (difuso)
- (C83.2) Mezcla de células hendidas pequeñas y grandes (difuso)
- (C83.3) Células grandes (difuso)
- (C83.4) Inmunoblástico (difuso)
- (C83.5) Linfoblástico (difuso)
- (C83.6) Células madre (difuso)
- (C83.7) Linfoma de Burkitt
- (C84) Linfomas de células T periféricas y cutáneas
- (C84.0) Micosis Fungoides
- (C84.1) Síndrome de Sézary
- (C84.2) Linfoma zona-T
- (C84.3) Linfoma linfoepitelioide
- (C84.4) Linfoma periférico tipo T
- (C85) Otros tipos sin especificar de linfoma no-Hodgkin
- (C85.0) Linfomasarcoma
- (C85.1) Linfoma de células B, sin especificar

- (C88) Enfermedades malignas inmunoproliferativas
- (C88.0) Macroglobulinemia Waldenström
- (C88.1) Enfermedad de la cadena pesada alfa
- (C88.2) Enfermedad de la cadena pesada gamma
- (C88.3) Enfermedad inmunoproliferativa del intestino delgado
- (C90) Mieloma múltiple y neoplasias malignas de células plasmáticas
- (C90.0) Mieloma múltiple
- (C90.1) Leucemia de células plasmáticas
- (C90.2) Plasmacitoma extramedular
- (C91) Leucemia linfoide
- (C91.0) Leucemia linfoide aguda
- (C91.1) Leucemia linfática crónica
- (C91.4) Leucemia de las células capilares
- (C92) Leucemia mieloide
- (C92.0) Leucemia mieloide aguda
- (C92.1) Leucemia mieloide crónica
- (C92.2) Leucemia mieloide subaguda
- (C92.3) Sarcoma mieloide
- (C92.4) Leucemia promielocítica aguda
- (C92.5) Leucemia mielomonocítica aguda
- (C93) Leucemia monocítica
- (C93.0) Leucemia monocítica aguda
- (C93.1) Leucemia monocítica crónica
- (C93.2) Leucemia monocítica subaguda
- (C94) Otras leucemias de tipo de célula específico
- (C94.0) Policitemia aguda y eritroleucemia
- (C94.1) Policitemia crónica
- (C94.2) Leucemia megacarioblástica aguda
- (C94.3) Leucemia mastocítica
- (C94.4) Panmielosis aguda
- (C94.5) Mielofibrosis aguda
- (C94.7) Otras leucemias específicas
- (C95) Otras leucemias de tipo de célula no específicas
- (C95.0) Leucemia aguda de tipos de célula no específicos

- (C95.1) Leucemia crónica de tipos de célula no específicos
- (C95.2) Leucemia subaguda de tipos de célula no específicos
- (C95.7) Otras leucemias de tipos de célula no específicos
- (C95.9) Leucemias sin especificar
- (C96) Otras neoplasias malignas y neoplasias malignas no especificadas de tejidos linfoides, hematopoyéticos y tejidos relacionados
- (C96.0) Enfermedad Letterer-Siwe
- (C96.1) Histiocitosis maligna
- (C96.2) Tumor maligno de mastocitos
- (C96.3) Linfoma histiocítico real
- (C96.7) Otras neoplasias malignas de tejidos linfoides, hematopoyéticos y tejidos relacionados
- (C96.9) Neoplasias malignas de tejidos linfoides, hematopoyéticos y tejidos relacionados s.e.
- (C97) Neoplasias malignas (primarias) de múltiples localizaciones independientes



1930: Cada uno en su lugar en el Teatro Principal

TUMORES MALIGNOS EN LA PROVINCIA DE SORIA

En la provincia de Soria la incidencia y mortalidad por cáncer ocupa un lugar prioritario dentro del amplio campo de enfermedades que afectan al organismo humano.

Para ser prácticos agrupamos este estudio por aparatos y sistemas que nos permiten realizar una mejor visión epidemiológica de los tumores malignos.

Hemos querido equiparar las dos clasificaciones actualmente vigentes a nivel internacional CIE 9 y CIE 10, dado que de esta forma podemos conjugar y cotejar nuestros datos anteriores a los actuales y los de otros registros y publicaciones.

	CIE-9	CIE 10
1. OROFARINGE	140-149	C09-C11
Cavidad Oral y Faringe		140-149
Glándula Salivar (*)		142
C07-C08		
2. ORGANOS DIGESTIVOS	150-159	C15-C26
Esófago		150
Estómago		151
Intestino Delgado (*)		152
Intestino Grueso		153-154
Hígado		155
Vesícula Biliar		156
Páncreas		157
3. APARATO RESPIRATORIO	160-165	C30-C39
Fosas Nasales (*)		160
Laringe		161
Tráquea, Bronquios y Pulmónes		162

4. HEMATOLÓGICOS	169-196	C81-C96
LEUCEMIAS		
LINFOMAS		
MIELOMAS		
S. MIELOPROLIFERATIVOS		
5. HUESOS	170	C40-C41
6. PARTES BLANDAS	171	C45-C49
7. PIEL MELANOMA	173	C43-C44
PIEL NO MELANOMA	173	
8. MAMA Y	174-175	C50-C58
ORGANOS GENITALES FEMENINOS	179-184	
Cuerpo de Utero	179,182	
Cérvix (Cuello de Utero)	180	
Ovarios y Trompas	183	
Vulva -Vagina (*)	184	
9. ORGANOS GENITALES MASCULINOS	185-186	C60-C63
Próstata	185	
Testículo	186	
10. APARATO URINARIO	188-189	C64-C68
Vejiga Urinaria	188	
Riñón y Vías Urinarias	189	
11. SISTEMA NERVIOSO	190-192	C69-C72
OJO Y ANEJOS OCULARES	190	
S.N. Central (*)	191	
S.N. Periférico (*)	192	
12. TIROIDES Y	193	C73-C75
OTRAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS		
13. OTROS		
Peritoneo y Retroperitoneo (*)	158	

14. ORIGEN DESCONOCIDO E INCIERTO

(*) Por su mínima incidencia y mortalidad tan sólo hemos considerado estas localizaciones neoplásicas en el conjunto numérico de las tablas generales sin hacer una valoración específica de las mismas. Los tumores del S.N.C. en Soria carecen de estudio histopatológico ya que nuestra provincia carece de servicio de neurocirugía. Por otro lado es factible que las tasas de estos tumores estén infravaloradas, sobre la base de esa carencia de neurocirugía que permite que algunos tumores vayan directamente a Hospitales de referencia sin haber sido valorados previamente por los neurólogos de nuestro Complejo Hospitalario de Soria.

Dentro de cada localización analizamos de una forma sucinta pero objetiva los siguientes patrones de comportamiento neoplásico:

- Consideraciones. Introducción
- Tendencias de incidencia
- Tendencias de mortalidad
- Valoración neoplásica
- Factores de riesgo más importantes



1967: Un Entierro en Santo Domingo

**Incidencia y
Mortalidad
Neoplásica en Soria**

**Incidencia y
Mortalidad
Neoplásica
en Soria**



OROFARINGE - CIE 140-149

CONSIDERACIONES

Bajo el término de tumores de cabeza y cuello (CCC) se incluye a un grupo de neoplasias localizadas en los senos paranasales, nasofaringe, orofaringe, amígdala palatina, paladar blando, base de lengua, hipofaringe, laringe, cavidad oral, labio y glándulas salivares. Se excluye de esta terminología el resto de los tumores de la vía aerodigestiva superior, neoplasias cutáneas, del sistema nervioso y tiroides.

En los datos de mortalidad neoplásica que aporta el INE en sus 40 años de registro sistematizado a través de los certificados de defunción, es uno de los grupos que más ha variado en su composición y contenidos, ya que la laringe, por ejemplo, ha tenido su propia personalidad en determinadas tablas y anualidades y en otras se encontraba dentro de este marco global. De igual forma ha ocurrido también con la glándula tiroides y los tumores de vesícula biliar e hígado.

Los tumores localizados en la cavidad oral y faringe forman parte del colectivo neoplásico que ha experimentado un marcado crecimiento progresivo en incidencia en los últimos años en la práctica totalidad de los países desarrollados y fundamentalmente en el sexo masculino.

El análisis de la incidencia es una herramienta fundamental para estimar la magnitud y distribución de un problema de salud. Desde el punto de vista de la organización sanitaria, proporciona los datos necesarios para evaluar las necesidades asistenciales, planificar el uso de recursos y plantear estrategias preventivas prioritarias, como las campañas de diagnóstico precoz. Desde el punto de vista científico, el análisis de la incidencia es a su vez básico para generar hipótesis etiológicas, objetivo señalado ya desde sus primeras ediciones en las publicaciones de referencia sobre incidencia del cáncer.

Los tumores de cabeza y cuello son frecuentes y la mayoría son carcinomas, llegando a ser el 5-10% de todos los procesos malignos en muchas áreas geográficas. En España origina aproximadamente el 5% de las muertes por cáncer. En algunas zonas como el sudeste asiático es mucho más frecuente y es responsable de hasta un 20% de las muertes por cáncer.

La incidencia de los CCC varía no sólo dependiendo de la región geográfica considerada, sino también de la localización anatómica. En Europa

el tumor más frecuente es el de laringe, seguido del de orofaringe, cavidad oral y nasofaringe. En la India, sin embargo, el más frecuente es el de cavidad oral, y en China, el de nasofaringe.

Esta distribución sugiere una etiología predominante de tipo ambiental.

La distribución por sexos se decanta a favor de los varones en una relación de 4:1, que en España llega a ser de 10:1.

La edad de aparición suele situarse por encima de los 50 años, siendo más baja si se trata de tumores de nasofaringe y glándulas salivares. Desgraciadamente las previsiones muestran una tendencia alcista en incidencia y especialmente en el sexo femenino por su aproximación al tabaquismo, sobre todo en jóvenes, sin olvidar el factor viral HPV.

En España, la mortalidad por neoplasias en esta localización es semejante a la de los tumores esofágicos en el sexo masculino y en el femenino, ocupando un 8º lugar en frecuencia en los primeros y con mínima significación en las segundas (1978-95: tasas ajustadas).

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo implicados en el desarrollo de este grupo de neoplasias, aunque en muchos casos son comunes, varían según la localización y se resumen a continuación:

- **Tabaco:** ya sea fumado o masticado, incrementa el riesgo de carcinoma de la cavidad oral, orofaringe, hipofaringe y laringe. Los cánceres epidermoides de rinofaringe es probable que también.
- **Alcohol:** la ingesta de alcohol incrementa el riesgo de carcinoma de laringe en cinco veces respecto a la población general. Este riesgo aumenta sinérgicamente si se combina con el tabaco. También se incrementa significativamente en el carcinoma de orofaringe, hipofaringe y cavidad oral.
- **Higiene bucal:** cuando ésta es deficitaria se asocia con el cáncer de cavidad oral, así como la irritación crónica de las dentaduras postizas mal ajustadas.
- **Infecciones:** la infección por *Treponema pallidum* incrementa el

riesgo de cáncer de lengua y de laringe si la infección afecta a este nivel. En el caso de los virus, los datos epidemiológicos implican al virus de Epstein-Barr en la patogénesis del carcinoma de nasofaringe, fundamentalmente en la variedad histológica de carcinoma indiferenciado. En los pacientes infectados por el VIH e inmunodeprimidos la prevalencia del carcinoma de cavidad oral es mayor en inmunocompetentes. La infección laríngea por el virus del papiloma humano predispone al carcinoma epidermoide.

- **Radiaciones:** la exposición a la luz ultravioleta explica la alta incidencia de cáncer de labio inferior, comparado con el superior, en población con trabajos al aire libre en individuos de piel clara.
- **Dieta:** el déficit de vitaminas A y C puede contribuir a la patogénesis del carcinoma de cavidad oral, laringe y faringe.
- **Inhalación de productos:** los trabajadores del níquel y de la madera tienen un riesgo incrementado de padecer carcinoma de los senos paranasales y de nasofaringe.

SITUACIÓN INTERNACIONAL

Se estima que cada año se diagnostican en Estados Unidos más de 1,700 casos nuevos de CCC, en mujeres y cerca de 5,700 en hombres.¹ Estas cifras se basan en los cánceres situados en áreas específicas de la cabeza y el cuello (cavidad bucal y orofaringe) y no incluyen los cánceres en todas las áreas de la cabeza y el cuello. Las personas de raza negra contraen estos cánceres con más frecuencia que las de otras razas y grupos étnicos.

¹ Estos datos corresponden a un amplio estudio que abarcó el 83% de la población de Estados Unidos de 1998 y al 2003, y es posible que representen una cifra menor que la real de los diagnósticos de cáncer durante ese periodo. A su vez, este estudio utilizó información de los registros del cáncer para estimar el número potencial de casos de cáncer asociados al VPH con base en los análisis del cáncer en distintas áreas del cuerpo y el tipo de células cancerosas que más probablemente son causadas por el VPH. Los registros del cáncer no recopilan información sobre la presencia o ausencia del VPH en el tejido canceroso al momento del diagnóstico. Los cánceres de cabeza y de cuello por lo general son causados por el tabaco y el alcohol, pero estudios recientes muestran que cerca del 25% de los cánceres de boca y 35% de los cánceres de garganta son causados por el VPH.

Las personas no hispanas y los hombres contraen estos cánceres con más frecuencia que las personas hispanas y las mujeres.

- De las personas de raza blanca, cerca de 1.3 mujeres y 5.1 hombres por cada 100.000 recibieron un diagnóstico de CCC asociado al VPH.
- De las personas de raza negra, cerca de 1.5 mujeres y 6.8 hombres por cada 100.000 recibieron un diagnóstico de CCC asociado al VPH.
- De las personas asiáticas o de las Islas del Pacífico, cerca de 0.5 mujeres y 1.7 hombres por cada 100.000 recibieron un diagnóstico de CCC asociado al VPH.
- De las personas hispanas, cerca de 0.7 mujeres y 3.6 hombres por cada 100.000 recibieron un diagnóstico de CCC asociado al VPH.
- De las personas no hispanas, cerca de 1.4 mujeres y 5.3 hombres por cada 100.000 recibieron un diagnóstico de CCC asociado al VPH.

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

En Soria, porcentualmente son los tumores que ocupan el 9º lugar en incidencia en hombres y el 17º en mujeres en el periodo 1981-2009. En hombres, se observa una tendencia marcadamente creciente pasando de una TAMI de 2,9 (1981-85) a 11,9 (2003-2009) neoplasias por 100.000 hombres, diferencias que son significativas estadísticamente entre ambos periodos ($p < 0,01$).

La relación intersexos en el último septenio, en incidencia $H/M = 4.9$, muestra diferencias de riesgo significativas a favor de los varones aunque estas diferencias se acortarán en los próximos años.

Las curvas de tendencias muestran dos picos de máxima incidencia correspondientes a los 60-69 años y mayores de 80 años en el periodo 2003-2009, en ambos sexos.

En mujeres también hay unas tasas crecientes pasando de una TAMI de 0,7 a 2.2 por 100.000 mujeres de 1981-85 a 2003-2009.

No hay diferencias de riesgo en incidencia entre el medio urbano y rural

La década de mayor incidencia se establece en torno a los 70-79 años para ambos sexos.

Se puede considerar a Soria como una provincia de riesgo medio por cáncer orofaríngeo en relación con otros registros nacionales e internacionales. (Ver tablas)

La evolución secular ha sido creciente en el periodo de estudio y más bien podría hablarse de exponencial al multiplicarse por seis sus tasas.

Sus tendencias neoplásicas son emergentes.

Para Globocan las TBIs en 2015 en esta provincia dan un perfil de 25,9 en varones y 3,1 en mujeres, que corregidas presentan cifras de 54,1 y 6,5, siendo en el periodo 2003-2009, las cifras de 29,1 y 6,0 que ya superan esos valores en un tumor emergente para los próximos años.

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

En mortalidad también ocupan un orden porcentual bajo (13º y 18º respectivamente en hombres y mujeres) en todo el periodo de estudio 1950-2008 con un 0,7% de mortalidad global en el periodo en hombres y 0,4% en mujeres. En el sexenio 2003-2008 su porcentaje es del 1,1% en varones y de 0,7% en las féminas.

Las tasas brutas se han multiplicado por seis desde el periodo 1950-59 a 2003-2008, pasando de una TBI de 0,8 fallecidos por 100.000 hombres a 4,4. En mujeres también han multiplicado (x 9) sus tasas pasando de 0,2 fallecidas por 100.000 a 1,8 en los mismos periodos.

En mortalidad la relación H/M es de 2,44 en el sexenio 2003-2008.

La mortalidad en relación con otros registros nacionales e internacionales se sitúa en la franja media inferior. (Ver tablas)

TAMM España 2006: 7,3 (H) 1,2 (M)

SUPERVIVENCIA

Los datos de supervivencia nos muestran un tipo de tumor con una mortalidad baja en el último septenio y una supervivencia a los 5 años que supera el 73% en hombres y el 82% en mujeres, sobre una supervivencia en ambos sexos del 50% en el periodo 1981-1985. (Ver fichas y tablas).

La accesibilidad de estas lesiones y la frecuentación de las visitas al odonto-estomatólogo favorecen estas ratios.

De acuerdo con el estudio EUROCARE 4, la supervivencia media de estos tumores en el conjunto de los registros europeos correspondientes a 23 países globalmente apenas supera el 50% a los 5 años -(52,2%)- con variaciones desde el 93.6% en labios a 25,5% en hipofaringe.



1926: La vida sigue igual junto al Casino provinciano

ESÓFAGO CIE 150

CONSIDERACIONES

Es una de las localizaciones tumorales malignas con peor pronóstico y de incidencia netamente masculina. En España es la 7ª causa de mortalidad neoplásica en el varón y ocupa uno de los últimos lugares en la mujer. Curiosamente, existe una zona de máxima incidencia en Asia que ha sido denominada por los epidemiólogos “cinturón asiático del cáncer esofágico” y en cuyos factores de riesgo no se incluyen ni el alcohol ni el tabaco. Tan solo en Irán es más frecuente en la mujer que en el varón.

FACTORES DE RIESGO

- Tilosis. En un 60% de los casos se asocia a un cáncer de esófago
- Acalasia de más de 25 años de evolución
- Esófago de Barrett
- Consumo de Alcohol
- Tabaco
- Alcohol + Tabaco = Efecto multiplicador
- Déficit nutricional
- Consumo de productos muy calientes = quemaduras
Mate: en países sudamericanos
- Productos en salazón
- Estenosis caústica del esófago

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

Es un tumor mínimamente significativo en el hombre y la mujer sorianos, sin superar en el periodo de estudio 1 caso por 100.000 mujeres y año, habiendo reducido su incidencia al 50% en los hombres en el periodo 1981-2009. Se ha pasado en hombres de una TAMI de 3,9 en 1981-85 a 2,5 entre 2003-2009.

La década de mayor incidencia se ha desviado hacia edades más maduras en los hombres (mayores de 70 años).

La razón intersexos H/M ha variado poco en los años de estudio apareciendo 6 casos en el varón por cada uno que aparece en la mujer.

No hay diferencias de riesgo entre el medio urbano y rural. (ver tablas).

La evolución secular es decreciente y las tendencias neoplásicas estables.

Para Soria, Globocan prevee una TBI corregida de 9,8 en hombres y 1,3 en mujeres en el año 2015, siendo las TBIs actuales (2003-2009) de 5,6 y 0,9, y las obtenidas en el año 2010 de 4,2 y 2,1 respectivamente

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

Aunque fueron creciendo de forma permanente desde 1950 hasta 1990, en el último sexenio estudiado, han bajado sus tasas con las connotaciones que indicamos en la nota que se cita.

NOTA: Al igual que en el caso del cáncer de pulmón, hemos demostrado en el periodo 1991-95, y entre 2006-08 que hay una sobrestimación en el número de casos filiados como fallecimientos por tumores primitivos de cáncer de esófago ya que el cociente de tasas de mortalidad/ tasas de incidencia -M/I- es de 1,24 en hombres y 1,2 en mujeres (1991-95) y de 1,28 en hombres entre 2006-08 lo que supone un número de fallecimientos muy superior al de enfermos por esta neoplasia, hecho epidemiológicamente **imposible**. Algunos de los casos serán probablemente neoplasias del cardias gástrico que han sido codificadas como primitivas esofágicas.

TAMM España 2006: 6,0 (H) 0,8 (M)

SUPERVIVENCIA

No procede su estudio dada la errónea codificación de sus tasas de mortalidad.

De acuerdo con el estudio EURO CARE 4 la supervivencia media de estos tumores en Europa (93 registros / 23 países) es del 10,3% a los 5 años, y del 8,1% a los 10 años, englobando ambos sexos, sin datos específicos para España, al estar incluidos dentro del segmento de tumores de cabeza y cuello en muchos registros.

ESTÓMAGO CIE 151

CONSIDERACIONES:

Desde el punto de vista epidemiológico el cáncer de estómago atrae la atención por el descenso de sus tasas de incidencia y de mortalidad, a través del tiempo, en casi todos los países. Incluso en Japón donde las tasas han sido muy elevadas, se observa una declinación de las mismas.

Este descenso mundial se atribuye a la refrigeración de los alimentos con lo que se evita el agregado de sustancias conservadoras, como aditivos, colorantes, salazones, etc., de posible acción mutagénica, y se evita también el consumo de alimentos en los que se iniciaron procesos de descomposición. De todos modos, este cáncer en el hombre, era el segundo más frecuente en el mundo después del cáncer de pulmón, lugar que próximamente ocupará el recto-colon en los países desarrollados y que en la mujer soriana ya lo ha hecho, por encima de los tumores de mama.

Histopatológicamente se distinguen dos tipos de cáncer de estómago: el tipo intestinal y el tipo difuso. El tipo intestinal asentaría sobre una metaplasia de mucosa intestinal -una transformación de las células propias del estómago en células del epitelio del intestino grueso-, predomina en los hombres, y en los mayores tiene apariencia glandular y es más frecuente en las zonas de alto riesgo. El tipo difuso predomina en personas más jóvenes y en zonas de bajo riesgo. Se piensa que los dos tipos puedan tener diferentes causas.

En el cáncer gástrico se ve claramente que la supervivencia depende del estadio en que se le detecta. En EEUU sólo el 16% de los casos se detecta en etapa localizada, en los que la supervivencia a los cinco años puede superar el 50%. El resto es detectado en etapas regionales o diseminadas donde la supervivencia es muy pobre. Merece destacarse el esfuerzo de los investigadores japoneses que desarrollaron una rica tecnología gastroscópica para poder detectar el cáncer de estómago en etapas precoces.

Al contrario que el cáncer de esófago, afecta a la mujer con marcada incidencia.

Hasta los años 1970s la mortalidad por cáncer gástrico era la mayor de las causas neoplásicas y superaba -en España- a la mortalidad por cáncer

de pulmón en los hombres. En el periodo 1978-95 (tasas ajustadas) era ya la segunda en hombres y la tercera en las mujeres.

Estos tumores asientan con mayor frecuencia en el antro gástrico (tercio final del estómago) y disminuye el grado de aparición según subimos hacia el cuerpo y cardias.

Hace ya más de un tercio de siglo que el Profesor Pelayo Correa diseñó la historia natural de los carcinomas gástricos a partir de lo que conocemos como metaplasias intestinales ó transformaciones del epitelio gástrico en intestinal, pasando posteriormente al grado de displasias y por último establecerse el tumor como tal en un intervalo etario de aproximadamente 20 años (adenocarcinomas de patrón intestinal). De aquí la gran importancia de la alimentación adecuada en las etapas tempranas y adolescentes de la vida.

FACTORES DE RIESGO

A-PRINCIPALES

1- DIETA – En la dieta parecen encontrarse los principales factores de riesgo. Se admite que se debe evitar o disminuir la ingestión de comidas manipuladas con ahumados, salazones, colorantes o cualquier medio químico de conservación. Asociados, los diferentes aditivos potenciarían el riesgo. El pescado desecado, salado o ahumado entraría dentro de ese grupo de factores de riesgo. Como alimentos protectores se consideran a las frutas frescas, los vegetales verdes, el ácido ascórbico o la vitamina C.

2- NITRITOS Y NITRATOS – En muchos estudios se ha demostrado la asociación de los nitratos y sus compuestos derivados, con el cáncer de estómago. La acción mutagénica se ejercería a través de la transformación de los nitratos en nitritos y de éstos en nitrosaminas que son potentes carcinógenos. Los nitratos se encuentran en pequeñas proporciones en embutidos, pescado ahumado, hongos, tocino, etc.

Cabe recordar que en Chile existen grandes yacimientos de nitratos y las tasas de mortalidad por cáncer de estómago son altas, 43.48 en hombres y 21.26 en mujeres, mucho mayores que en Uruguay, 14.71 en hombres y 5.82 en mujeres.

Se sabe que el ácido ascórbico y la vitamina C, pueden prevenir la formación de nitrosaminas.

3- HELICOBACTER PYLORI – Esta bacteria gram negativa, asociada inicialmente a la úlcera péptica gástrica y a la gastritis antral, también se ha comprobado que tiene una fuerte vinculación con el cáncer gástrico. Tanto la forma intestinal como la difusa del cáncer gástrico estarían asociadas a la presencia del helicobacter pylori. La solución es la erradicación terapéutica del helicobacter pylori cuando esta bacteria es detectada en la mucosa gástrica.

En nuestras biopsias gástricas en Soria, ha llegado a tener una prevalencia del 60-70% en los últimos años del pasado siglo, viéndose en la actualidad con menor frecuencia (Tinción de Giemsa).

B- OTROS

4- SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA – Este cáncer predomina en los grupos socioeconómicos de bajos ingresos, en forma similar a lo que ocurre con el cáncer de esófago y de cuello uterino.

5- LESIONES PREDISONENTES – En primer lugar se considera que la gastritis crónica atrófica, asociada muchas veces con la anemia perniciosa es una lesión predisponente. La presencia de metaplasia intestinal es también un signo de alarma potencial y se considera que su aparición depende de la acción de carcinógenos estando en los márgenes del tipo intestinal del cáncer gástrico. Lo mismo se puede decir de los pólipos gástricos y se piensa que el factor que genera el cáncer también motiva el desarrollo de los pólipos. En cuanto a la úlcera gástrica actualmente se piensa que la mayoría de los cánceres gástricos no estarían precedidos por úlceras.

6- RADIACIONES – Es un factor predisponente como se pudo observar en los sobrevivientes de la bomba atómica y en los pacientes irradiados por afecciones reumáticas.

III- MEDIDAS PREVENTIVAS

Los principales factores de riesgo del cáncer de estómago no son todavía perfectamente conocidos. De ahí las dificultades de instrumentar una campaña de prevención primaria. Lo que se puede hacer es delimitar grupos de alto riesgo: poblaciones que consumen dietas de riesgo ya señaladas, fumadores, y personas de bajo nivel socio económico.

El principal objetivo de la prevención primaria es educar a la pobla-

ción con respecto a la dieta: evitar o disminuir las comidas manipuladas con ahumados, salados/salazones u otros procedimientos de conservación química. Al mismo tiempo recomendar el consumo de frutas y verduras verdes que proporcionan vitamina C y otros antioxidantes naturales.

El tratamiento antibiótico del *helicobacter pylori* cuando se comprueba su existencia es un factor preventivo y predictivo de gran trascendencia.

SITUACION INTERNACIONAL

El impacto del cáncer de estómago sobre las poblaciones sigue siendo importante y en muchos países continúa siendo la primera causa de mortalidad tumoral. En Uruguay esta localización tumoral provocó la muerte en el año 2000 de 443 personas, 284 en hombres con una tasa ajustada de 12.38 (x 100.000) y 159 casos en mujeres con una tasa ajustada de 4.68 (x100.000).

La detección precoz y el cribado poblacional o “screening” se han perfeccionado y generalizado en el Japón donde las tasas de incidencia y mortalidad son las más altas del mundo. Se ha desarrollado una tecnología muy perfeccionada en base a la realización de fibrogastoscopías seriadas en poblaciones de alto riesgo. En poblaciones asintomáticas del Japón se ha hallado una prevalencia del 2.7 por mil, es decir, en mil personas examinadas se han encontrado 2.7 cánceres gástricos.

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

A partir de los estudios del Dr. Mariano Iñiguez Ortiz a principios del siglo XX, sabemos que Soria era, junto con Burgos, la provincia de mayor incidencia y mortalidad neoplásica por cáncer de estómago con cifras muy elevadas que podemos ver en las tablas de demografía. En el quinquenio 1981-85 de cada 4 tumores malignos diagnosticados en nuestro medio y provincia, 1 era de estómago. Esta situación, con tasas de incidencia crecientes -del patrón histológico intestinal- hasta 1990, tanto en hombres como en mujeres, sufre un giro muy importante y descendente en el último decenio. (Ver tablas y gráficos)



1914: Reponer para comer

El cáncer de estómago ocupa el 5º lugar en frecuencia en hombres en el periodo 1981-2009 (8,6%) y el 6º en el septenio 2003-2009 (5%), siendo el 4º (6,7%) y 5º (4,4%) respectivamente en mujeres. Continúa el descenso de la incidencia de cáncer de estómago iniciada en las décadas anteriores en ambos sexos, aunque existe una mínima tendencia al alza coincidente con el aumento de la población norteña sudamericana en nuestra provincia (Ecuador, Colombia).

Por otro lado este descenso se acompaña de un desplazamiento hacia edades cada vez más seniles en el momento de su diagnóstico.

En la actualidad, el grupo etario de máxima frecuencia se sitúa en la década de 70-79 años en hombres y 60-69 en mujeres en el último septenio. La edad media en el momento del diagnóstico ha pasado a 66.5 años en hombres frente a la media de todo el periodo 1981-2009 que es de 59.6 años.

La razón intersexos H/M ha disminuido en los últimos años pasando de 2,4 entre 1981-85 a 1,6 entre 1996-99 y 1,87 entre 2003-2009.

La distribución de estos tumores es significativamente mayor en el medio rural que en el urbano ($p < 0,05$), hecho que es una constante en todo el periodo de estudio. Sin embargo, consideramos que el acceso a una ali-

mentación integral de cualquier familia del medio rural en nuestra provincia -a partir de los años 1980s- con la utilización y conservación frigorífica de los mas variados productos alimenticios frescos, igualará esas diferencias y serán las tasas semejantes a las del medio urbano.

En Soria, el estudio Globocan para España prevee unas TBIs corregidas de 26,9 y 14,6 en hombres y mujeres para el año 2015, siendo estas tasas en la actualidad de 42,9 y 23,0 respectivamente, lo que implica una percepción de decrecimiento en ambos sexos y una tendencia regresiva de estos tumores en los próximos años. De hecho la TBI del año 2010 es de 14,7 en hombres, manteniéndose la de mujeres en los mismos valores que en el septenio 2003-2009 (23,2)

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

Entre 1950 y 2008 han fallecido por cáncer de estómago un total de 1637 hombres y 1112 mujeres, sobre 11844 fallecimientos por neoplasias malignas lo que supone el 23,2 % de las muertes tumorales. Es por tanto, el tumor con mayor mortalidad del periodo.

La mortalidad por cáncer gástrico tuvo un perfil creciente hasta 1985, fecha a partir de la cual comienza un progresivo descenso con TMM por debajo de los 40 casos en los hombres y 20 en las mujeres hasta alcanzar cifras de 7,6 y 1,6 en el año 2008. Sobran los calificativos.

La relación intersexos en mortalidad es de 3/2 H/M siendo en la actualidad el cociente de 1.5 (2008).

Hemos llegado a ser en 2008 la provincia de Castilla y León con menor tasa de mortalidad.

En nuestra provincia tuvieron que pasar mas de 25 años para que la incidencia y mortalidad por cáncer de estómago se viera superada por otros tumores (ver tablas y gráficos). A nivel personal considero que la implantación y generalización del "frigorífico" en el medio rural ha sido una de las causas que ha contribuido a la reducción de sus elevadas tasas. Pensemos que la conservación de los productos frescos en el medio rural se hacía, en las dos terceras partes de este siglo, con medios rústicos que obligaban a un bajo consumo de frutas y pescado fresco. El adobo, ahumado y salazón de los productos cárnicos eran la base de su alimentación.

TMM España 2006: 13,0 (H) 5,5 (M)

SUPERVIVENCIA

Al contrario que en otras neoplasias, la supervivencia a 5 años del cáncer gástrico en nuestra provincia apenas supera el 30% en hombres y entorno al 20% en las mujeres. Hasta los años 1990s juzgamos inadecuada y errónea la codificación de los certificados y boletines de defunción, tal y como ha ocurrido en otras localizaciones (ver tablas y gráficos). El perfil histológico de patrón "difuso" no ligado específicamente a los alimentos, tiene un peor pronóstico, tanto en nuestro medio como en el resto de los registros.

De acuerdo con el estudio EURO CARE 4 la supervivencia media de estos tumores en Europa (93 registros / 23 países) es del 23,4% a los 5 años, siendo en España la supervivencia en el periodo 1985-2002 del 27%, englobando ambos sexos.



1954: Con mando de jurado

INTESTINO GRUESO: COLON Y RECTO CIE 153-154

CONSIDERACIONES

La incidencia de cáncer colorrectal (CCR), el tumor más frecuente, considerando la globalidad de hombres y mujeres (25.600 nuevos casos al año en España), está en aumento, con un incremento anual de hasta el 2,6%, y constituye la primera causa de muerte oncológica cuando se analizan conjuntamente los casos en ambos sexos.

La incidencia del CCR varía en función de la edad, incrementándose de forma notoria a partir de los 50 años. La distribución anatómica del CCR varía en las series estudiadas. La mayoría de los tumores son esporádicos, mientras que una pequeña proporción de ellos corresponde a formas hereditarias, ya sea la poliposis adenomatosa familiar (PAF) (menos del 1%) o el síndrome de Lynch (2-5%). Sin embargo, se estima que en un 15-20% adicional de casos puede haber un componente hereditario aún no bien establecido.

En España, en el año 2006 ocurrieron 7.903 muertes por CCR en varones y 5.490 en mujeres, lo que representa un 12,4% de las muertes por cáncer en varones y el 9,6% en mujeres. En los últimos años, la mortalidad por CCR muestra una tendencia al descenso, tanto en lo que respecta al cáncer de colon como al de recto, y en ambos sexos. Esta tendencia observada en España a partir de 1995 podría estar relacionada con la mejora en el diagnóstico y el tratamiento del CCR. Los resultados del EURO-CARE-4 (European Cancer Registry Study of Survival and Care of Cancer Patients) muestran que la supervivencia media a los 5 años -ajustada por edad- para los pacientes adultos (> 15 años) diagnosticados entre 1995-1999 y seguidos hasta el año 2003 presenta marcadas diferencias entre la población europea.

La supervivencia media en España es del 52,5% y se sitúa por debajo de la media europea (54%). Los resultados de los diferentes estudios EURO-CARE, en los que se analizan los períodos 1980-1985, 1990-1994 y 1995-1999 muestran que la supervivencia de los pacientes con CCR ha mejorado en los últimos años. En España, no obstante, la supervivencia en los últimos 3 períodos estudiados no muestra un aumento significativo. Sin embargo, estos datos son orientativos, puesto que en EURO-CARE sólo participan 8 registros de tumores que cubren el 16% de la población española. Además, en el análisis de supervivencia no se tienen en cuenta el sexo, la histolo-



1980: Callos de la matanza

gía o el estadio del tumor. El análisis de la supervivencia en los pacientes diagnosticados en el período 2000-2002 a partir de los datos provenientes de los registros que participan en el estudio EURO-CARE-4 muestran que la supervivencia media a los 5 años ajustada por edad para el CCR en España es del 61,5% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 57,7-65,5), situándose por encima de la media europea, que es del 56,2% (IC del 95%, 55,3-57,2) y más baja que la de Estados Unidos, que se estima en un 65,5% (IC del 95%, 64,9-66,1). La supervivencia del CCR depende fundamentalmente del estadio tumoral en el momento del diagnóstico. Así, en los pacientes con estadio I, II, III y IV, de acuerdo con la clasificación TNM, la supervivencia a los 5 años es del 95-100%, el 70-85%, el 50-70% y el 5-15%, respectivamente.

A pesar de que en muchos registros se hace una separación entre ambas localizaciones anatómicas, la revisión de los boletines estadísticos de defunción nos indica que existen variaciones y sesgos a la hora de confeccionarlos por lo que para establecer datos objetivos de la mortalidad neoplásica en estas localizaciones los hemos agrupado conjuntamente.

La localización en los segmentos de colon (ascendente, transversal y descendente) es, en nuestro país, dos veces superior a los que asientan en el recto-sigma. Al igual que existe una mayor mortalidad femenina en los

tumores que asientan en el colon, los tumores de recto-sigma tienen mayor afectación en el sexo masculino.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL CÁNCER COLORRECTAL

- En España, en el año 2002 se diagnosticaron 22.000 nuevos casos de CCR, con una TAMI 36,87/100.000 hombres y 22,5/100.000 mujeres. Las tasas se incrementan de forma notoria a partir de los 50 años.

La incidencia de CCR presenta una tendencia creciente (registros de cáncer).

- En España, en el año 2006 se produjeron 13.393 muertes por CCR. Las tasas de mortalidad por cáncer de colon fueron del 12,62/100.000 hombres y 6,77/100.000 mujeres, y por cáncer de recto de 4,58/100.000 hombres y 2,04/100.000 mujeres. La mortalidad por CCR presenta una tendencia a la disminución (registros de mortalidad).
- El estudio EUROCARE-4 sitúa la supervivencia media del CCR en España en el 61,5%, por encima de la media europea (56,2%).

La afectación ganglionar es el principal factor pronóstico del cáncer colorrectal localizado, y la principal indicación de un tratamiento adyuvante.

El CCR ocupa el segundo lugar como causa de mortalidad por cáncer en la mayoría de los países desarrollados, tanto en hombres como en mujeres, y cuando se consideran ambos sexos conjuntamente, esta neoplasia ocupa el primer lugar. El CCR ha pasado a ser el tercer cáncer más frecuente en varones, por detrás del de próstata y pulmón. En mujeres continúa siendo el segundo cáncer más frecuente después del de mama en la práctica totalidad de registros salvo el de Soria. En comparación con otros países europeos, España ocupa una posición intermedia en cuanto a incidencia y mortalidad por CCR.

En España en el año 2002 la incidencia del cáncer de colon fué 3 veces superior a la de recto, aunque las cifras de cáncer de colon y recto varían ampliamente entre los diferentes registros.

INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR CCR EN LA U.E. Año 2002

	HOMBRES		MUJERES	
	TASA AJUSTADA		TASA AJUSTADA	
	INC	MORT	INC	MORT
Alemania	45,5	19,9	33,1	15,7
Austria	42,1	20,1	27,8	13,9
Bélgica	37,0	18,7	26,8	14,1
Dinamarca	41,0	23,3	33,0	19,2
España	36,8	18,5	22,5	11,3
Finlandia	25,5	11,5	21,1	9,8
Francia	40,8	18,2	25,9	11,8
Grecia	19,4	9,7	15,6	8,0
Holanda	40,9	18,9	30,8	14,4
Irlanda	43,1	23,6	27,0	13,7
Italia	39,3	16,5	26,6	10,9
Luxemburgo	43,6	18,6	30,8	13,4
Portugal	36,0	20,0	21,1	11,9
Reino Unido	39,2	17,5	26,5	12,4
Suecia	33,4	14,9	26,2	11,1

Mortalidad por cáncer de colon y de recto en España en el año 2006

	CÁNCER DE COLON		CÁNCER DE RECTO	
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES
Número de muertes	5.633	4.279	1.952	1.211
Edad media en la muerte	71,4	72,7	70,6	71,9
TBM	26,18	19,26	9,07	5,45
TAMM	12,62	6,77	4,58	2,04
TAEM	20,04	10,85	7,12	3,18
Mortalidad % TOTAL M.	9,2 %	7,21 %	3,2 %	2,39 %

Fuente: Cáncer en cifras. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III (<http://193.146.50.130/mortal/>).

FACTORES DE RIESGO

- Colitis Ulcerosa
- Enfermedad de Cröhn
- Poliposis Familiar
- Síndrome de Gardner
- Síndrome de Turcot
- Cáncer colo-rectal hereditario familiar no polipoide (Síndrome de Lynch)
- Antecedentes de cáncer de mama
- Antecedentes de cáncer de útero y ovario
- Radioterapia pélvica previa
- Pólipos adenomatosos

Consumo en exceso de:

- Carne roja
- Carne muy procesada
- Alcohol
- Exceso de consumo de grasas saturadas

Aumenta el riesgo:

Carencias de FIBRA en la alimentación diaria.

RECOMENDABLE EL CONSEJO GENÉTICO en personas con familiares directos y/o con:

- Cáncer colo-rectal hereditario familiar no polipoide (Síndrome de Lynch)
- Antecedentes de cáncer de mama
- Antecedentes de cáncer de útero y ovario
- Radioterapia pélvica previa
- Pólipos adenomatosos

Un CÁNCER se activa si hay una predisposición genética sobre la que actúan factores de riesgo medioambientales y entre los mas importantes la alimentación inadecuada.

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

Como vemos en las tablas y gráficos adjuntos, desde 1981 en que obtenemos los primeros datos objetivos sobre la INCIDENCIA de cáncer de colon y recto (CCR) en Soria, es decir de casos nuevos anuales, podemos ver como en los hombres ha aumentado en más de un 165% y en las mujeres próximo al 120%.

Son cifras muy elevadas para un periodo de menos de 30 años. La tendencia actual en hombres y mujeres es creciente en ambos sexos.

Siempre ha habido mayor incidencia en el hombre que en la mujer soriana, en una relación de 5 H / 3 M

Al contrario que en el caso del cáncer gástrico, ha llevado en los últimos años una tendencia semejante a la del resto de los registros españoles consultados, duplicándose sus TAMIs del periodo 1981-85 al 1986-90 para mantenerse después estables hasta su crecimiento en el último septenio, en ambos sexos, en que han alcanzado TAMIs de 34,9 y 21,3, representando el 11,1% y el 10,5% de todas las neoplasias en hombres y mujeres en este periodo. También han aumentado los intervalos etarios.

También se observa un desplazamiento de las edades medias de incidencia hacia décadas más seniles en ambos sexos, según podemos ver en los gráficos de tasas específicas para este tipo de tumores.

La razón intersexos H/M entre 1,3 y 1,5 a lo largo del periodo de estudio presenta por tanto una desviación global mayor hacia el sexo masculino que es mayor aún en el septenio 2003-2008 en que la ratio H/M alcanza un valor de 1,75.

No hemos observado diferencias de riesgo entre el medio urbano y rural. (Ver tablas, gráficos y demografía).

En relación con otros registros de cáncer nacionales e internacionales a pesar de sus incrementos en los últimos años, sin embargo no alcanzamos las tasas de la mayoría y estamos por debajo de la TAMI nacional. (Ver ficha y tablas)

La edad media de presentación y diagnóstico ha avanzado hacia edades más seniles (H 72,6 / M 70,8)

Globocan prevee para el año 2015 en Soria unas TBIs de 31,2 en hombres y de 22,1 en mujeres -sin factor de conversión- -65,1 /46,1 corregidas-

frente a 95,8 y 51,2 del septenio (2003-2009), y 134,7 y 65,3 del año 2010. Consideramos por tanto infravaloradas e improbables estas tasas, dada la evolución alcista de estas neoplasias en nuestra provincia.

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

En el periodo 1950-1995 con 704 fallecimientos, alcanzaba el 8,6% del total de muertes por tumores neoplásicos, siendo el 3º tumor maligno en el orden de frecuencia. Sus TBMMs se habían quintuplicado en los hombres y cuadruplicado en las mujeres en dicho periodo.

Hoy ocupa el 2º lugar en varones y el 1º en mujeres.

El cociente intersexos de mortalidad es menor que el de incidencia para el mismo periodo, sugiriendo una mayor mortalidad en la mujer (2003-2008: H/M =1.39)

En los datos del INE hay un infradiagnóstico de mortalidad de estos tumores de un 13% que han sido mal codificados como tumores de hígado o pulmón.

Contrariamente al resto de los Registros españoles, en Soria, el CCR es el de mayor mortalidad proporcional en la mujer ya que en Soria fallece un 13,1% de mujeres por cáncer de colon frente al 12,2% que lo hace por cáncer de mama. Este hecho que se ha puesto de manifiesto en el año 2008 implica la importancia que este tumor va a tener para los próximos años en la mujer. En España sigue siendo la mama el que más muertes origina.

Sin embargo en el caso del hombre el CCR es el segundo en mortalidad con un 11,3% detrás y a mucha distancia del de pulmón que supera el 21% aunque con un supradiagnóstico del 25-30% en el periodo citado y muy por encima del de estómago que apenas supera el 7% de todos los fallecimientos.

También la edad media de mortalidad por esta neoplasia ha aumentado varios años sobre periodos anteriores estudiados. (Ver tablas y fichas)

Soria era a principios de siglo la provincia española con menor mortalidad por "cáncer de intestinos y peritoneo" de acuerdo con los estudios del Dr. Mariano Iñiguez Ortiz. (Ver tablas y gráficos).

Las TBMM de Soria en hombres están muy por debajo de la media nacional y de la mayoría de las provincias españolas mientras que las de la

mujer soriana siendo bajas no lo son tanto como las de los hombres. (Ver fichas)

TAMM España 2006: 27,4 (H) 13,8 (M)

SUPERVIVENCIA

La supervivencia a los 5 años en el periodo 2003-2008, es también mayor en los hombres sorianos con un 53,5% y 41,6% en mujeres.

De acuerdo con el estudio EURO CARE 4 la supervivencia media de estos tumores en Europa (93 registros / 23 países) es del 56,8% a los 5 años, siendo en España la supervivencia en el periodo 1985-2002 del 53% englobando ambos sexos.

ADDENDUM. PÓLIPOS INTESTINALES

Dada la íntima relación existente entre los pólipos intestinales y el desarrollo de determinados CCC hemos incluido un breve estudio epidemiológico de los mismos en nuestra provincia en los últimos años, en que valoramos grupos etarios, tasas por grupos de edad y grados de displasias.

- La relación H/M numérica es de 2,87, cifra por encima del la relación intersexos del cáncer colorectal en Soria que vimos era de 1,75 en este periodo. Si ajustamos las tasas y el cociente lo hacemos a través de TAMIs este es de 4,7 , lo que hace incluir el sexo masculino en nuestra provincia. como riesgo para el desarrollo de pólipos intestinales.
- También observamos como es la década de los 70-79 la de mayor porcentaje e incidencia de pólipos intestinales.
- Es algo que no debe olvidar el clínico el hecho de que un 2% de los pólipos son hallados en personas menores de 40 años.
- Las tasas brutas y ajustadas de este tipo de lesiones intestinales tienen los mismos valores e incluso superan a los valores de las tasas de incidencia neoplásica en la provincia, por lo que deben interpretarse en los planes de salud de Soria y de la Comunidad Autónoma.
- El Número de displasias sobre el de pacientes (algunos con varias biopsias) en este volumen estudiado fué de.
 - * 373 DISPLASIAS DE BAJO GRADO 16,50%
 - * 118 DISPLASIAS DE ALTO GRADO 5,20%
 - * 24 DISPLASIAS INDETERMINADAS 1,06%
- No había diferencias mayores del 2% en el grado de displasias dentro de cada sexo.
- Presencia en muchos de los pacientes con displasia de alto grado, de otros pólipos o áreas con displasia asociada de bajo riesgo.

PÓLIPOS INTESTINALES INCIDENCIA 2003 2009

Décadas	Hombres	Pacientes	Mujeres	Pac.	Total	Pac.	%
<40 años	33	27	16	13	49	40	2,1
40-49	159	131	52	43	211	174	9,2
50-59	277	223	90	78	367	301	15,9
60-69	410	347	123	112	533	459	24,2
70-79	583	491	216	169	799	660	34,9
>80	205	178	100	81	305	259	13,7
TOTAL	1667	1397	597	486	2264	1893	100

TASAS POLIPOS INTESTINALES 2003 2009

Tasas x 105	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
TBI	437.2	153.3	246.0
TAMI	208.9	44.5	139.8
TAEI	349.9	117.4	230.0

HIGADO Y VIAS BILIARES INTRAHEPÁTICAS CIE 155

CONSIDERACIONES

Es una localización neoplásica que si observamos la bibliografía a lo largo de este último medio siglo ha sufrido grandes variaciones en incidencia y en mortalidad. Sus datos no los podemos considerar válidos por un doble motivo. En primer lugar, los registros de mortalidad a partir de los boletines estadísticos de defunción han incluido como primarios muchos tumores metastásicos. Por otro lado las nuevas tecnologías de imagen y de punción con aguja fina han permitido filiar con objetividad estos tumores.

FACTORES DE RIESGO

- Alcohol
- Infección por virus de Hepatitis B y C

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

En valores absolutos la incidencia de cáncer primitivo hepático ha experimentado un notable incremento en el último decenio estudiado, habiéndose triplicado sus tasas ajustadas en hombres y en mujeres.

La edad de presentación marca un discreto desplazamiento hacia edades más maduras, siendo en la actualidad la década de mayor incidencia en ambos sexos de 60 a 69 años.

La razón intersexos H/M presenta una neta prevalencia del sexo masculino en todos los años de estudio.

No hay diferencias de riesgo entre el medio urbano y rural.

Las TBIs de Globocan para este tipo de neoplasias, nos muestran para el año 2015 en Soria una proyección de valores de 15,9 y 6,5, que al contrario que en otras localizaciones consideramos sobreponderado, aun incluyendo también las TBIs de vesícula biliar. (Ver fichas y tablas)

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

Consideramos que es una de las neoplasias menos valorable para realizar un estudio epidemiológico objetivo de mortalidad. Sin embargo podemos realizar algunos comentarios bajo este prisma. A pesar de que en orden de frecuencia ocupa el 4º lugar en mortalidad en el periodo 1950-95, y el 7º y 11º en hombres y mujeresº en el periodo 2003-2008, los presuntos fallecidos teóricos los consideramos irregularmente tipificados en su origen.

Vemos en las tablas de mortalidad como disminuye tanto el número de casos como de tasas en ambos sexos, pasando de un porcentaje de mortalidad de 8,9% en los años 1950s a tan solo un 4% (H) y 5,7% (M) en el último sexenio, estando en todas las épocas sobredimensionadas.

Otro signo de codificación irregular es observar como en el periodo 1978-82 las TMM en mujeres eran de 2,3 frente a 1,7 en hombres mientras que las TMI es netamente masculina. Algo semejante ocurre también en el periodo 2003-08.

TMM España 2006: 10.9 (H) 3.7 (M)

SUPERVIVENCIA

Ya comentamos en la introducción que las tasas de mortalidad que aporta el INE vienen mal codificadas con unos valores que no son asumibles al ser mucho más elevadas las Tasas de Mortalidad que las de Incidencia. (Ver fichas y tablas).

De acuerdo con el estudio EUROCORE 4 la supervivencia media de estos tumores en Europa (93 registros / 23 países) es del 9,8% a los 5 años, englobando ambos sexos..

VESICULA BILIAR CIE 156

CONSIDERACIONES

Es un tumor de baja incidencia en ambos sexos que ha tenido mayor prevalencia en la mujer que en el hombre. En el periodo 1978-1995, en España, la mortalidad por cáncer de vesícula biliar era la 9ª causa en frecuencia en la mujer duplicando en número de casos a los hombres.

FACTORES DE RIESGO

No hay estudios contrastados. Sin embargo, un gran número de neoplasias son concomitantes con litiasis biliar.

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

Es un tumor paradójico en nuestra provincia, de tal forma que mientras que en el periodo 1981-1995 era de clara prevalencia femenina, en el periodo 1996-99 invirtió su tendencia y superaban las tasas de incidencia en el hombre a las de la mujer, hecho que se repite en el septenio 2003-2009 (H/M = 1.23).

No obstante, la baja incidencia en ambos sexos, sin alcanzar nunca TBI ni TAMI superiores a los 5 casos por 100.000 habitantes/año, no permite sacar conclusiones objetivas.

En relación con otros registros, es difícil establecer comparaciones porque muchos incluyen la vesícula biliar conjuntamente con el hígado.

No hay diferencias de riesgo entre el medio urbano y rural.

Para el año 2015, el estudio Globocan prevee unas TBIs en Soria de 5,4 y 4,0 en hombres y mujeres frente a las actuales de 2,5 y 1,1 respectivamente. En este caso consideramos también que hay una sobreestimación neoplásica.

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

El Instituto Nacional de Estadística no codifica específicamente esta neoplasia por lo que sólo podemos obtener datos a partir de la revisión personal de los boletines de defunción en base a los certificados de defunción.

Según nuestra revisión a partir de los datos de Tarjeta Sanitaria Individual del SACYL y de nuestros registros, la mortalidad está mal estimada también en el sexenio 2003-2008 ya que se incluye con dudoso criterio entre los tumores primitivos de hígado.

Su mal pronóstico hace que se equiparen las tasas de mortalidad con las de incidencia, con un cociente M/I cercano a la unidad.

TAMM España 2006: incluida en Hígado

SUPERVIVENCIA

No procede valorarla por falta de objetividad de sus datos

De acuerdo con el estudio EUROCORE 4 la supervivencia media de estos tumores en Europa (93 registros / 23 países) es del 14.4% a los 5 años, englobando ambos sexos.



Antiguo Hospital Convento de Ntra. Sra. de Gracia

PÁNCREAS CIE 157

CONSIDERACIONES:

Es una de las neoplasias malignas con peor pronóstico. Su diagnóstico suele realizarse cuando el tumor está ya muy avanzado.

Su pronóstico una vez diagnosticado rara vez alcanza los 18 meses de supervivencia.

En España, las tasas de mortalidad ajustadas en el periodo 1978-1995, presentan un orden de frecuencia que las sitúa en el 9º y 6º lugar en hombres y mujeres respectivamente.

FACTORES DE RIESGO

- Tabaco
- ¿Exceso de consumo de grasas? No hay datos contrastados.
- ¿Exceso de consumo de cafés? No hay datos contrastados

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

Es llamativo al analizar las TAMIs, cómo han ido creciendo en los tres primeros quinquenios en hombres para descender en el cuatrienio 1996-99. En la mujer soriana, sin embargo, tras un fuerte incremento en el quinquenio 1986-90, desciende en el periodo 1996-99 a los valores de 1981-85. La mejoría en las técnicas diagnósticas ha permitido valorar más objetivamente su verdadera incidencia que sigue siendo baja y menor que en la mayoría de los registros ya que en el septenio 2003-2009 alcanza TAMIs de 2,5 (H) y 1,1 (M), siendo la media nacional en 2002 de 8,9 y 5,3 respectivamente.

No hay diferencias de riesgo entre el medio rural y urbano.

Las décadas de mayor incidencia se han desplazado a su vez a etapas más maduras, aunque la edad media se ha modificado apenas en 2 años.

La relación intersexos es más del doble en hombres que en mujeres (H/M = 2,2) entre 2003-2009.

Las perspectivas de Globocan para 2015 señalan unas TBIs que duplican las del septenio y muy por encima de las obtenidas en el año 2010, (poco representativas por su baja incidencia) . (Ver fichas y tablas).

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

Del global de fallecidos por cáncer en el periodo 1950-2008, corresponden a cáncer de páncreas el 3,1% y 3,6% en hombres y mujeres respectivamente situándose en orden de frecuencia en 8º y 7º lugar de mortalidad.

Contrariamente a las tasas de incidencia, las tasas de mortalidad –brutas- han ido creciendo sucesivamente y en ambos sexos, muy por encima de las de incidencia en los últimos años. A pesar del alto grado de mortalidad de estas neoplasias, nunca podremos admitir epidemiológicamente que el número de fallecimientos sea superior al de enfermos por ese tumor.

El parámetro de supervivencia TB M / TB I en ambos sexos es muy superior a la unidad por lo que no son valorables los datos de mortalidad para el cáncer de páncreas. (Ver tablas y fichas)

TAMM España 2006: 9.8 (H) 6.3 (M)

SUPERVIVENCIA

Es otra de las neoplasias con una mala codificación en los boletines de defunción con que confecciona el INE sus datos epidemiológicos, que hace inviable su análisis, con unos cocientes I/M menores de la unidad en todas las épocas y en ambos sexos

De acuerdo con el estudio EUROCORE 4 la supervivencia media de estos tumores en Europa (93 registros / 23 países) es del 5,2% a los 5 años, englobando ambos sexos.

LARINGE CIE 161

CONSIDERACIONES:

Son tumores fundamentalmente ligados al sexo masculino y es infrecuente el diagnóstico de un carcinoma en la mujer soriana. En España ocupan un lugar intermedio en la tabla de frecuencias de mortalidad neoplásica (6º) en los hombres. Son prácticamente todas las neoplasias carcinomas epidermoides. Otros tipos histológicos (sarcomas) pueden también afectar a la mujer en esta localización.

En muchos registros de mortalidad se integran dentro de los tumores orofaríngeos, y en otros casos dentro de los del árbol traqueobronquial, hecho no evaluable en las tasas españolas del INE, lo que condiciona una difícil comparación entre los registros.

FACTORES DE RIESGO

- Tabaco
- Alcohol
- Tabaco + Alcohol: Efecto multiplicador
- Ver factores de riesgo de orofaringe (pág. 74)

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

En Soria, dentro de los hombres, ocupan el 9º lugar en el orden de frecuencia en el último septenio, mientras que en la mujer no tienen significación alguna (25º). La relación intersexos no existe pues es un tumor casi exclusivamente masculino, con diferencias significativas ($p < 0,01$).

Está estabilizada su incidencia desde 1981 con tendencia a la baja tanto en hombres como en mujeres, con TAMIs de 11,2 (H) y sin superar nunca la unidad en mujeres (2003-2009). La TAMI en España en este periodo es muy superior, de 18,3 en hombres y 3,7 en mujeres (2002)

Los picos de mayor incidencia en las curvas de tendencias muestran

unas tasas específicas que van desplazando su aparición –discretamente- hacia edades más tardías. En veinte años se ha desplazado -ha envejecido- su edad de aparición una década (50-59 // 60-69 años). La edad media de presentación de este tipo de neoplasias se mantiene estable en el periodo entre 60-69 años en hombres.

Por otro lado, su incidencia en el medio urbano es mayor que en el medio rural con significación estadística ($p < 0,01$) en sus diferencias de riesgo, en todo el periodo de estudio.

No tenemos proyección de TBI de laringe para el año 2015, aunque esta se mantiene en el año 2010 en valores estables en el decenio 2000-2009 con valores de 25,3 en varones y ausencia de neoplasias en el sexo femenino.

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

Hemos podido estudiar la mortalidad por tumores de laringe únicamente hasta 1992 ya que los datos que publica el INE no incluyen específicamente la mortalidad por este tumor y los datos incluidos en este estudio corresponden a los obtenidos personalmente por nosotros en los registros civiles provinciales y los aportados por la AECC. Sobre la base de ellos podemos observar una mortalidad estable y relativamente baja por esta neoplasia hasta la fecha antes citada. Las tasas obtenidas a partir de la TSI nos confirman estos datos.

TAMM España 2006: sin datos

SUPERVIVENCIA

Su baja incidencia y su “deslocalización” en los registros de mortalidad hace que no podamos dar cifras objetivas, aunque su mortalidad está incluso por debajo de la de los tumores orofaríngeos con quien comparte tipos histológicos y accesibilidad fisiológica y de aviso o urgencia ante ronqueras o afonías que duren más de 8-10 días, las cuales deben ser revisadas laringoscópicamente.

De acuerdo con el estudio EURO CARE 4 la supervivencia media de estos tumores en Europa (93 registros / 23 países) es del 67.3% a los 5 años, englobando ambos sexos.

TRAQUEA -BRONQUIOS- PULMÓN CIE 162

CONSIDERACIONES

Recordemos que el consumo de tabaco es la causa del 60-90% de los carcinomas broncogénicos, y que la curva de incidencia y mortalidad por este tumor, suele ser paralela a la curva que representa la evolución del tabaquismo en la población, con retraso aproximado de unos 20 años. En España en los años 1975s se produjo un incremento progresivo del consumo de labores de tabaco en los varones hasta alcanzar una prevalencia máxima, próxima al 60%, tras lo cual se estabilizó durante una década y posteriormente comenzó a disminuir. (Ver tabla de consumo tabáquico 2010 y 2009). En las mujeres el ascenso se produjo alrededor de 1970, progresando hasta alcanzar una prevalencia máxima en torno al 27%, claramente inferior a la de los varones, en los primeros años de la presente década. Según los datos obtenidos en la última Encuesta Nacional de Salud realizada en 2006, todavía eran fumadores habituales un 35,84 % de los hombres y un 24,3% de las mujeres. Dado que en el carcinoma broncogénico, como se ha comentado, las tasas de mortalidad se hallan muy próximas a las de incidencia, y que aquellas se encuentran disponibles en España desde los años 50 del siglo pasado, resultan especialmente útiles para analizar la evolución de la enfermedad a pesar de su sobrestimación que es también semejante y paralela en los mismos años.

En los hombres españoles, como en otros de su entorno mediterráneo, se ha producido un ascenso claro de las tasas de mortalidad hasta los primeros años 1990s, momento a partir del cual se aprecia una modificación de la tendencia en el conjunto de país. De hecho, el porcentaje de cambio anual de mortalidad entre 1991 y 2000 fue solamente de 0,13 (índice de confianza, IC: -0,05 a 0,319). Como referencia indiquemos que entre 1997 y 2002, en los hombres europeos el carcinoma broncogénico se redujo un 1,9% anual.

En 2005 se produjeron en España 16.647 defunciones por cáncer de pulmón en varones y 2.471 en mujeres, lo que representó el 26,6 y el 6,6% de la mortalidad por tumores, respectivamente. En los varones las tasas truncadas, tras un período de incremento (1980-1992, un 3,1% anual; $p < 0,05$), comienzan a descender (1992-2005, un -0,8% anual; $p < 0,05$). Las tasas específicas por grupos de edad muestran un descenso estadísticamente

significativo por debajo de los 85 años que comienza en la década de los noventa. En las mujeres las tasas truncadas, tras un período inicial en que permanecen estables, se incrementan significativamente a partir de 1992 un 6,3% anual. El análisis por grupos de edad muestra que las tasas se han incrementado en todos ellos, excepto en los grupos de 25-34 y 75-84 años, donde permanecen estables.

Mientras que la tendencia de mortalidad por cáncer de pulmón en los varones españoles comenzó a descender ligeramente hace 15 años, en las mujeres se observa un aumento llamativo durante el mismo período.

Hemos extraído parte de la tabla de consumo de cigarrillos en España en 2009 y la correlación con las tasas brutas de mortalidad de las causas más directamente ligadas al consumo de tabaco, en la media nacional, y en las provincias de mayor y menor consumo junto a Soria.

Los datos estadísticos observados no tienen correspondencia objetiva, debido fundamentalmente a que -y es nuestro criterio más lógico- los gaditanos compran tabaco en Gibraltar, los gallegos en Portugal, los alemanes en Baleares y los franceses aumentan el consumo medio en provincias como Guipúzcoa, Lleida/Lérida y Gerona. Por tanto, los datos de consumo, vemos como debido a la *globalización* en este y en otros casos, presentan sesgos que los hacen no valorables para estudios bioestadísticos neoplásicos como factores de riesgo, cuando hay pruebas objetivas de casos y controles

Provincias 2008 POBLACION	2009 CONSUMO CAJETILLA 20 CIGARRILLOS HABITANTE/MES	TBM CÁNCER PULMÓN	TBM CÁNCER VEJIGA	TBM INFARTO AGU. MIOC
Cádiz	5,1	38,1	11,6	50,2
Pontevedra	5,5	43,8	9,6	38,2
Soria	6,0	43,3	18	64,5
ESPAÑA	6,5	43,8	10,2	44,3
Guipúzcoa	10,1	52,8	11,1	25,8
Lleida	10,6	36,1	13,1	46,1
Girona	16,2	35,5	12	39,8

Provincias 2008 POBLACION	TBM ENFERMEDAD ALZHEIMER	TBM CÁNCER OROFAR	TBM ICTUS
Cádiz	21,2	4,3	56,9
Pontevedra	21,7	6	74,6
Soria	37	4,2	78,2
ESPAÑA	30,2	4,5	69,0
Guipúzcoa	27,5	6,7	70,6
Lleida	38	2,8	88,3
Girona	30,2	4,8	54,8

ELABORACION PROPIA CON DATOS del INE y www.estanquero.com

FACTORES DE RIESGO

- Tabaco
- Exposición a determinados carcinógenos: asbesto, compuestos de arsénico y cromo, bis-clorometil éter, productos de la incineración del carbón y gases radiactivos.
- Consumo de Alcohol

El principal factor de riesgo del cáncer de pulmón es -como conocemos- el consumo de tabaco, que es responsable del 85-90% de las muertes por esta causa. Por este motivo sería interesante hacer algún comentario sobre la evolución de estas tasas de mortalidad y la prevalencia del tabaquismo.

En Soria de acuerdo con el estudio que hicimos entre más de 2700 sorianos en el año 2003, fumaba tan solo el 15,6% de la población mayor de 18 años (26,7% de hombres y 11,7% de mujeres), de los que un +/- 60% consumía menos de 1 paquete al día (Ver tablas de hábitos).

En España, la primera estimación representativa de la prevalencia de fumadores se realizó en 1978 (un 53,9% de los varones y un 16,5% de las mujeres mayores de 8 años fumaban regularmente). El 31,1% de la población española de 16 años o más (un 37,6% de los varones y el 24,7% de las mujeres) fumaba (fumadores ocasionales más fumadores diarios) en 2003 Las mujeres se han incorporado al consumo de tabaco más tarde que los varones, condicionadas por factores socioculturales relacionados con su incorporación al mundo laboral y el movimiento de igualdad de derechos, aspecto amplia y hábilmente utilizado por la industria tabacalera. En las

mujeres, la prevalencia de fumadoras se ha incrementado un 7,9% durante el período 1987-2003.

Teniendo en cuenta estos datos, y dado que la latencia para observar los efectos del tabaco en la mortalidad es de 25-30 años, cabe pensar que el cambio en las tendencias de mortalidad por cáncer de pulmón en varones y mujeres en España podría atribuirse a cambios en el patrón de consumo de tabaco en la década de los sesenta. De hecho, en el estudio EpicliCP-2003 el 37,6% de los pacientes diagnosticados de cáncer llevaba un período de abstinencia superior a 10 años, lo que indica un período de latencia prolongado

El cáncer del árbol tráqueo-bronquial y pulmonar es una de las neoplasias más importantes en los varones. En la actualidad, en España, y tras un marcado predominio en el sexo masculino, inicia un progresivo crecimiento de la incidencia en el femenino equiparándonos a otros países desarrollados en este aspecto, de tal forma que es la primera causa de mortalidad neoplásica en los hombres y la sexta en las mujeres españolas.

Por su interés recogemos los valores de tasas brutas y ajustadas de mortalidad en hombres y mujeres en las diferentes provincias españolas en 2002, de acuerdo con los datos del INE (ver nuestros comentarios sobre su valoración y especificidad). Observamos como el factor envejecimiento se corrige en las Tamm. También el hecho que hemos constatado en varios puntos de este libro, de que los datos de mortalidad neoplásica que aporta el INE están sobreestimados en esta localización, donde la mortalidad por cáncer de pulmón en Soria (dato contrastado) es superior a la de incidencia, algo que no es posible ni médica ni matemáticamente.

MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN. 2002

	HOMBRES		MUJERES	
	TBM	TAMM	TBM	TAMM
Almería	57,89	40,37	5,29	3,42
Cádiz	78,07	62,94	6,87	4,52
Córdoba	72,24	45,76	6,29	2,9
Granada	63,89	39,99	7,28	4,28
Huelva	94,91	64,45	9,17	4,69
Jaén	68,85	42,29	4,83	2,65
Málaga	77,75	54,34	8,64	5,24
Sevilla	78,39	57,88	7,81	4,66
Huesca	67,43	29,68	6,87	2,58
Teruel	88,17	37,55	4,44	0,59

	HOMBRES		MUJERES	
	TBM	TAMM	TBM	TAMM
Zaragoza	92,42	47,83	11,27	4,63
Asturias	103,7	51,68	10,6	3,87
Baleares	93,78	58,37	8,96	4,88
Las Palmas	55,23	44,36	8,37	5,85
Sta Cruz Tf.	60,44	42,25	13,88	8,82
Santander	98,51	53,42	12,26	5,95
Albacete	52,54	32,82	4,47	3,01
Ciudad Real	72,36	42,08	7,38	3,48
Cuenca	71,83	32,6	5,03	2,2
Guadalajara	78,86	40,45	6,1	2,38
Toledo	78,4	43,48	6,86	3,15
Ávila	76,62	33,12	7,25	4,89
Burgos	62,23	29,46	10,4	5,3
León	82,91	41,37	9,99	4,63
Palencia	87,22	38,15	9,97	3,34
Salamanca	83,6	39,44	13,86	5,07
Segovia	69,08	34,23	12,38	4,38
Soria	84,27	36,13	6,58	3,79
Valladolid	75,41	42,93	7,56	3,81
Zamora	76,57	29,56	10,71	2,9
Barcelona	88,81	49,88	9,99	4,53
Gerona	86,46	47,15	7,45	3,57
Lérida	77,84	41,41	8,47	4,12
Tarragona	80,25	45,51	6,42	3,06
Alicante	76,98	48,76	10,61	5,88
Castellón	89,64	47,17	7,35	3,79
Valencia	91,41	55,69	9,09	4,44
Badajoz	104,79	66,08	7,39	2,84
Cáceres	100,93	53,93	10,47	4,42
Coruña La	90,39	49,74	11,18	5,44
Lugo	79,74	34,22	11,3	2,66
Orense	87,81	34,17	13,1	3,34
Pontevedra	73,52	44,72	8,93	4,59
Madrid	73,61	45,03	10,05	5,32
Murcia	66,39	45,33	7,1	4,7
Navarra	73,61	40,45	11,21	6,76
Álava	68,76	41,55	13,45	6,81
Guipúzcoa	74,88	42,16	12,25	6,05
Vizcaya	81,97	45,23	12,5	6,15
Logroño	86,3	44,02	8,39	2,66
Ceuta	62,03	47,99	2,74	0,86
Melilla	59,51	51,74	6,29	3,24

SITUACIÓN INTERNACIONAL

El carcinoma broncogénico –generado en los bronquios pulmonares–, actualmente, el tumor diagnosticado con mayor frecuencia en el mundo, aunque existen grandes diferencias entre unas y otras zonas. Concretamente en Europa, la estimación de cánceres en ambos sexos para el año 2006 fue de más de tres millones de casos (3.191.600). Los pulmonares, con 386.300 casos, constituyeron la tercera localización en frecuencia (el 12,1% del total) tras la mama (429.900 casos) y el colo-rectal (412.900 casos). Dado el mal pronóstico que, como veremos conlleva la neoplasia pulmonar, sus cifras de mortalidad son sólo ligeramente inferiores a las de incidencia -cuando se validan los datos de mortalidad-, y también las más elevadas entre todas las derivadas de la patología tumoral.

En Europa, en el año 2006, fallecieron por carcinoma broncogénico, 334.800 personas, lo que supone un 19,7% de todas las muertes por cáncer. Estos números son sensiblemente superiores a los del colon y recto, el segundo grupo de tumores en frecuencia, que con 207.400 fallecimientos constituyeron el 12,1% de los ocasionados por cáncer.

A nivel mundial disponemos de datos referidos al año 2002 proporcionados por la IARC (“International Agency for Research on Cancer”), agencia perteneciente a la Organización Mundial de la Salud, que se hallan recogidos en su base de datos, denominada GLOBOCAN 4. En el sexo masculino, el mayor número absoluto de casos incidentes y fallecimientos lo encontramos en Asia, por su elevado número de habitantes, seguida de Europa y Norteamérica. Las TAEI y TAEM más elevadas se hallaron en los países de la Europa Central y del Este, con 65,7 y 59,7 casos por cien mil hombres, respectivamente.

En las mujeres del continente asiático se encontró el mayor número de diagnósticos y fallecimientos por carcinoma broncogénico, seguido de las norteamericanas y las europeas. Sin embargo, las TAMI más altas, con diferencia, se constataron en Norteamérica, donde se presentaron valores de incidencia de 35,6 casos por cien mil mujeres, siendo la TAMM de 26,7 casos por cien mil mujeres. En el contexto del continente europeo, las tasas españolas de incidencia y mortalidad por carcinoma broncogénico de 2002 en los hombres (55,8 y 49,2 casos por cien mil, respectivamente) se hallaban muy próximas a las medias del grupo de los países de sur (incidencia 56,9; mortalidad 49,1 - por cien mil-). Dichas tasas españolas eran inferiores a las de los países del centro y este de Europa, pero mayores que

las presentadas en los países del norte y oeste, cuyos hombres redujeron el consumo de tabaco varias décadas antes que los españoles. En el mismo año, las tasas de incidencia y mortalidad de las mujeres españolas (5,4 y 4,7 casos por cien mil respectivamente) se encontraban aún entre las más bajas de Europa, siendo sólo inferiores las de Bielorrusia. Al contrario de lo observado en varones, eran precisamente las mujeres de los países del norte de Europa (Islandia, Dinamarca, Reino Unido, etc.) las que presentaban las tasas continentales más elevadas, en concordancia con la magnitud de la prevalencia del tabaquismo femenino observado a mediados del pasado siglo en algunos de esos lugares.

La mortalidad por cáncer de pulmón ha experimentado notables variaciones durante los últimos años. Actualmente, en la Unión Europea (UE) el cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en varones y la tercera en mujeres. Sin embargo, los datos de evolución de mortalidad durante el período 1997-2002 mostraron un descenso de las TAMM del (-)1,9% anual en los varones, mientras que en las mujeres se incrementaron un 1,6%. Aunque la mortalidad por cáncer de pulmón en las mujeres está todavía aumentando en gran parte de los países de la UE, en los últimos años se aprecian tendencias más favorables, sobre todo en los grupos de edad más jóvenes. Efectivamente, en la UE las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón en las mujeres de 20-44 años, tras un período de incremento (1970-1991) del 2,8%, han comenzado a descender un 3,6% por año.

Esto indica que, si mediante medidas efectivas logramos disminuir el consumo de tabaco entre las mujeres, la epidemia de cáncer de pulmón en la UE podría controlarse y no alcanzaría los niveles observados en EE.UU..

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

En Soria, el cáncer de pulmón representa el 7,5 % de los tumores malignos entre los hombres y el 2,0 % entre las mujeres en el septenio 2003-2009. En el período de estudio- 1981-2009-, las tasas de incidencia de cáncer de pulmón entre los varones han disminuido un 3,5% mientras que hay una estabilidad entre las féminas, con cifras muy alejadas de las que aportan los registros oficiales y los del INE y lejos de la tendencia en los EEUU y UE.

En nuestra provincia, desde 1986, se viene manteniendo una tasa de incidencia ajustada en hombres estable con desplazamiento progresivo en



1910: En Numancia no fumaban

la edad de aparición hacia edades más maduras. Es la década de los 70 a 79 años la de mayor incidencia en el período 2000-2009 mientras que lo era entre 60-69 de 1981-1999.

Sin embargo, la mujer soriana presenta un “ciclo en óvalo” con un incremento significativo en los años 1990s y un regreso a TAMIs muy bajas de 2,8 casos en los últimos siete años, tras haberse llegado a cuadruplicar las mismas. Además, las curvas de tendencias en el sexo femenino presentan mesetas de aparición en edades más tempranas que en los hombres e incluso en mujeres jóvenes.

La razón intersexos H/M ha experimentado un sustancial descenso pasando de 13,1 en 1981-85 y 19,4 en 1986-90 a 7,4 en el último septenio.

Existe un mayor riesgo de incidencia en el medio urbano que en el rural con diferencias de riesgo significativas ($p < 0,05$).

Soria presenta de acuerdo con los registros españoles contrastados y con la media nacional unas tasas relativas muy bajas respecto a ellos tanto en hombres como en mujeres.

Podemos considerar a Soria como un área geográfica en regresión secular respecto al cáncer de pulmón con estabilidad temporal en incidencia y previsiones muy satisfactorias para los próximos años y quinquenios.

Las previsiones de Globocan 2015 de TBI de 45,5 en hombres (TBI corregida de 95,5) la consideramos sobreponderada mientras que la TBI femenina corregida de 9,8 sí que se ajustaría a nuestras previsiones de tendencias. En 2010 presenta Soria unas TBI de 35,8 (H) y 4,2 (M) lo que implica

unas tasas decrecientes. (Ver fichas, gráficos y tablas).

En la actualidad somos la provincia de Castilla y León con menor incidencia tanto en hombres como en mujeres de acuerdo con los trabajos de la Sociedad Castellano-Leonesa de Patología Respiratoria (SOCALPAR).

Debemos ser conscientes de que esta neoplasia no admite diagnósticos precoces y que, por tanto, cuando realizamos su diagnóstico, la enfermedad suele estar en un estadio avanzado.

** Ver tipos histológicos en tablas.

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

Es el 2º tumor en el orden de frecuencia que ha provocado más mortalidad en el periodo 1950-2008 con 1314 (11,1%) fallecimientos, tras el cáncer gástrico (23,6%), en su práctica totalidad varones. En el periodo 2003-2008 es porcentualmente el número 1 en mortalidad en hombres (21%) y el 10º (4.5%) en mujeres.

Las TBM en hombres han experimentado un crecimiento progresivo desde 1950 (6,2 x 100.000 hombres) 1995 (62,4), a 2003-2008 (82,5). Las TBM en mujeres han aumentado un 80% en los 7 últimos años (TBM= 11,0), habiéndose mantenido estables hasta 1999 desde 1950, en valores próximos a los 6 fallecidos por 100.000 mujeres.

La relación intersexos de mortalidad –en TMM- tiene un cociente H/M de 7,53 en el periodo 2003-2008, aumentando la edad media en el caso de los hombres y manteniéndose estable en el caso de las mujeres.

Al igual que en incidencia hay una mayor mortalidad en el medio urbano que en el rural.

Dentro del mapa nacional nuestras tasas de mortalidad se encuentran dentro de las más bajas del estado español (Ver mapas de mortalidad de España). No podemos establecer comparaciones con otros registros internacionales dado que además de que incluyen también los fallecimientos de tumores de laringe, hay un supradiagnóstico en varones y mujeres. (Ver fichas, tablas y gráficos)

TMM España 2006: 71,0 (H) 8,9 (M)

SUPERVIVENCIA

A pesar de los valores de las tasas de mortalidad incluidas en nuestras tablas, hay un hecho que no puede ser valorado desde el punto de vista epidemiológico. En concreto, en el periodo 1991-95 y en los años 2006-08, no puede aceptarse que el cociente inter-tasas de mortalidad/incidencia sea superior a la unidad. Nunca puede haber mayor número de fallecidos por una enfermedad que los enfermos que la padecieron. Consideramos que en los boletines estadísticos de defunción se han incluido como tumores primitivos un número no filiado de tumores metastásicos que darían origen a estas tasas de mortalidad sobrestimadas epidemiológicamente.

De acuerdo con el estudio EURO CARE 4 la supervivencia media de estos tumores en Europa (93 registros / 23 países) es del 12.0% a los 5 años, englobando ambos sexos.



GLÁNDULA MAMARIA CIE 177

CONSIDERACIONES

Es el tumor con mayor incidencia y mortalidad en la mujer española con tendencia emergente. Los casos de cáncer de mama en el varón apenas alcanzan el 1% de los encontrados en la mujer.

El pronóstico ha sido más sombrío en edades premenopaúsicas que en postmenopaúsicas.

Los tumores malignos de mama, útero y ovario son responsables del 30 % de las muertes por cáncer en las mujeres españolas. En las últimas décadas, España ha experimentado importantes transformaciones socio-económicas, que pueden haber afectado las tendencias de mortalidad. El descenso observado en la mortalidad de estos tumores se debe principalmente a la mejoría de la supervivencia, como resultado del diagnóstico precoz y un mejor tratamiento del cáncer. En España y en el periodo 1978-95 las TMM sitúan a la mama como el tumor de mayor mortalidad en el sexo femenino, un 50% más altas que el cáncer de colon y recto que ocupaba el 2º lugar en la mujer.

El cáncer de mama constituye uno de los problemas de salud más importantes para las mujeres de los países industrializados, debido a su alta incidencia, a su mortalidad y a la repercusión personal y social que comporta. Se trata de la neoplasia más frecuente en la mujer y, considerando los dos sexos conjuntamente, es el cáncer más frecuente en el mundo después del de pulmón. Además, se trata de la primera causa de muerte por cáncer en la población femenina. En España, aunque la incidencia y mortalidad por cáncer de mama son menores que en otros países europeos, las cifras siguen siendo altas. Así, la TMM es de 70 por 100.000 mujeres al año, y anualmente fallecen unas 5.700 mujeres por cáncer de mama, lo que representa el 16,7% de todos los fallecimientos por cáncer del sexo femenino y una TMM de 21,42 por 100.000 mujeres. Asimismo, en España la supervivencia global de los casos de cáncer de mama (78% a los 5 años) es algo superior a la media europea (76%). Hasta el momento, no se dispone de estrategias eficaces para la prevención primaria del cáncer de mama, ya que los principales factores de riesgo de esta enfermedad están relacionados claramente con el sexo femenino, la edad superior a 50 años y los antecedentes familiares, todos ellos factores difícilmente modificables. Por este motivo,

es la prevención secundaria, mediante la detección precoz del cáncer de mama y el tratamiento adecuado, la que constituye hoy día el instrumento fundamental para el control de la enfermedad.

En estos últimos años, la tasa de mortalidad por cáncer de mama ha ido disminuyendo, atribuyéndose dicho beneficio a los programas de detección precoz y a los avances en el tratamiento sistémico de la enfermedad.

España tiene una de las menores tasas de cáncer de mama en Europa (ver mapas de EU), aunque la incidencia estimada se ha incrementado sustancialmente en las últimas décadas. Hace algunos años, la mortalidad por cáncer –Atlas- mostró como España tiene una distribución heterogénea de la mortalidad por cáncer de mama a nivel provincial

En las mujeres mayores de 50 años y más, hay aumento de la mortalidad con el mayor nivel socio-económico, y fue menor en las zonas rurales y municipios con mayor proporción de personas de edad. Entre las mujeres menores de 50 años, lo rural era la única variable explicativa estadísticamente significativa. Para las mujeres mayores de 49 años, los mayores riesgos importantes se registraron principalmente por municipios situados en las Islas Canarias, Islas Baleares, la costa mediterránea de Cataluña y Valencia, además de otros alrededor del río Ebro. En las mujeres premenopáusicas, el patrón fue similar, pero tendió a ser más homogéneo. En la España peninsular, un grupo de municipios con RR alto se localizaron en Andalucía, cerca de la orilla izquierda del río Guadalquivir.

Una tercera parte de los casos incidentes de mama en España, se presentan en mujeres premenopáusicas (<50 años).

Como ya se ha observado en otros contextos, las tasas de mortalidad están positivamente relacionadas con nivel socio-económico y negativamente relacionadas con la ruralidad y la presencia de una mayor proporción de personas mayores de 64 años. En conjunto, estas variables representan la influencia de los factores de estilo de vida que han determinado el aumento de la frecuencia de cáncer de mama en las últimas décadas. Los resultados para el grupo más joven de las mujeres sugieren una atenuación del gradiente socioeconómico en la mortalidad por cáncer de mama en España. La variación geográfica en esencia sugiere la influencia de otras variables ambientales; sin embargo y dado el carácter descriptivo de este estudio no permite que se establezcan los principales determinantes.

FACTORES DE RIESGO

- Menarquia precoz
- Menopausia tardía
- Primigesta tardía
- Nulíparas
- Obesidad postmenopáusicas
- Abundante parénquima mamario
- Historia familiar de cáncer de mama ó ginecológico
- Terapia hormonal sustitutiva postmenopáusicas - Anovulatorios

Consumo excesivo de:

- Alcohol
- Carne Roja
- Carne Frita
- Grasas
- Azúcares

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

Ha sido y sigue siendo el 2º tumor en incidencia en Soria desde 1980 y lo sigue siendo en 2010, habiendo aumentado el porcentaje global de neoplasias femeninas hasta alcanzar actualmente el 25% del total. La edad media de presentación se ha elevado y en la actualidad prácticamente alcanza los 70 años, con una prevalencia mayor en el medio urbano que en el rural como en muchos otros registros..

En los últimos 15 años observamos una estabilización en sus tasas de incidencia que se corresponden numéricamente con +/- 55 casos anuales en una población que mantiene también estable su población femenina.

En los gráficos de tasas específicas de incidencia podemos ver como hay dos picos etarios en este tipo de neoplasias y corresponden a 50-59 años y mayores de 80 años, habiéndose desplazado una década en el grupo de perimenopáusicas y en el de postmenopáusicas, aunque con un amplio intervalo de 33 a 95 años.

Hay mayor incidencia y prevalencia en el medio urbano aunque no hay significación estadística.

En Soria en el último septenio 2003-2009 hemos comprobado una disminución manifiesta del tamaño macroscópico de estos tumores. Así,

estudiamos aleatoriamente los diámetros de 100 neoplasias mamarias en el periodo 1986-1989 y lo comparamos con el obtenido tras evaluar la media de 100 tumores en el intervalo 2006-2009. Con gran satisfacción comprobamos como la variación había sido muy significativa (< 2,66 veces) pasando en 1986-88 de un diámetro medio de 9,54 cm² a 2006-2009 de 3,58 cm². Este hecho avala como pocos la importancia de la medicina preventiva y de los exámenes en salud a expensas de los programas realizados por el SACYL en la mujer soriana.



La mujer de Pinares tras la pinochada

NEOPLASIAS MALIGNAS DE MAMA

**1986 -1988: Superficie media tumoral sobre 100 casos aleatorios:
9,54 cm²**

**2006 -2008: Superficie media tumoral sobre 100 casos aleatorios:
3,58 cm²**

**Diferencial del tamaño medio de los tumores:
9,54/ 3,58 = 2,66 veces menor**

La evolución secular ha mostrado un tumor con crecimiento progresivo constante aunque pequeño durante tres décadas que presenta una estabilidad para los próximos años, y en el que GLOBOCAN para el año 2015 plantea una TBI de 36,8 en la mujer (TBI corregida 78.8), que consideramos bastante inferior a la realidad para esa fecha. La TBI en el año 2010 es para la mujer soriana de 134.7 y de 97,3 la TAMI.

Sus TAMIs son de las más bajas de España, hecho comprobado y referido en todos los estudios efectuados incluido el más específico del Instituto de Salud Carlos III.

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

En el estudio que hizo el Dr. Mariano Iñiguez a principios de 1900s, ya se señalaba a la provincia de Soria como la de menor mortalidad en España por tumores de mama y ginecológicos. Esta tendencia se ha mantenido durante todo el siglo XX y permanece en el XXI.

En Soria, a pesar de ser la neoplasia con mayor incidencia, la mortalidad porcentual por cáncer de mama ha pasado al 2º lugar en frecuencia (12,2%) por detrás del cáncer de colon en la mujer.

Es importante comprobar como la edad media de mortalidad ha subido 4 años en el último septenio siendo de 74,1 años frente a los 70,5 del periodo 1950-1980. También la década de fallecimiento se ha desplazado hacia edades más seniles.

Sus tasas de mortalidad al igual que las de incidencia son de las meno-

res de las provincias españolas llegando a alcanzar hasta un 30% menos de mortalidad absoluta. (Ver fichas y tablas).

La mortalidad es mayor en el medio urbano aunque sin significación estadística.

TAMM España 2006: 0,2 (H) 18,7 (M)

SUPERVIVENCIA

Desde 1981-85 en que la supervivencia a los 5 años era del 49,8% , hemos pasado en el septenio 2003-2008 a un 72,9%, con un patrón en los dos últimos años en que está próxima al 78%

De acuerdo con el estudio EURO CARE 4 la supervivencia media de estos tumores en Europa (93 registros / 23 países) es del 82.2% a los 5 años, siendo en España la supervivencia en mujeres durante el periodo 1985-2002 del 80,0%.

CUELLO UTERINO CIE 180

CONSIDERACIONES

El cáncer de cérvix es el segundo tumor más frecuente entre las mujeres en el mundo. Mientras que más del 80% de los casos se producen en los países en vías de desarrollo, es mucho menos habitual en los países desarrollados, donde las tasas de incidencia y mortalidad más bajas se asocian, al menos en parte, al cribado mediante citología de screening. En el año 2004 los países europeos con mayor incidencia y mortalidad eran los países del Este y el de menor incidencia y mortalidad Finlandia.

La TAEI -estimada- para España era de 9,5 y la de mortalidad de 3, lo que la sitúa entre los países con menor incidencia y mortalidad de la Unión Europea. En el año 2006 fallecieron 598 mujeres en España por cáncer de cuello de útero, lo que supone una TAEM de 2. El cáncer de cérvix es muy raro en mujeres menores de 20 años, y aumenta progresivamente hasta la quinta década de vida.

El carcinoma invasor de cuello uterino es una enfermedad de transmisión sexual causada por el virus del papiloma humano (VPH). Entre las nuevas opciones de prevención y tratamiento del carcinoma de cérvix se incluyen la citología en medio líquido, el test de ADN de VPH y las vacunas preventivas y terapéuticas. Las vacunas preventivas frente a VPH están basadas en la producción de VLPs o partículas similares al virus. Existen dos tipos de vacunas: la vacuna bivalente VPH 16 y 18, y la tetravalente VPH 6, 11, 16 y 18. Actualmente y en las próximas décadas estaremos ante uno de los descubrimientos más importantes de la medicina actual: la prevención y tratamiento de un cáncer mediante vacunación

El carcinoma invasor de cuello uterino afecta a mujeres relativamente jóvenes, y su origen inicial es una enfermedad de transmisión sexual causada por el VPH. El virus utiliza el epitelio escamoso que reviste el cérvix, para su síntesis e integración celular, originándose una respuesta inmune. Básicamente los virus de bajo riesgo originan lesiones escamosas intraepiteliales -pretumorales- de bajo grado (LSIL/ Displasias leves), mientras que los de alto riesgo pueden producir lesiones de alto grado (HSIL/ Displasias moderada y grave) y, en último término, transformación neoplásica de la unión escamo-columnar (zona de transición entre ectocervix y endocervix). Los factores implicados en esta progresión son dependientes tanto del virus como de los hábitos del huésped (situación de la paciente).

FACTORES DE RIESGO

- Tabaco (Se han descubierto metabolitos de la nicotina en el moco cervical)

Fumadores activos

Fumadores pasivos

- Relaciones sexuales precoces
- Tener varios compañeros sexuales
- Papilomavirus humano HPV
- Promiscuidad sexual tanto de los hombres como de las mujeres
- Estatus sociales bajos

En la actualidad está demostrada la relación causal entre la persistencia de una infección por el virus del papiloma humano (HPV) y la aparición de cáncer de cérvix y sus lesiones precursoras, lo que permite que se establezcan estrategias de actuación de prevención primaria, como la vacunación frente al HPV. Los HPV se clasifican por su etiopatogenia en alto y bajo riesgo oncogénico (riesgo de transformación en cáncer).

La infección por HPV es una infección de transmisión sexual (ITS). La mayor parte de los casos de cáncer de cérvix presentan HPV 18 o 16, aunque también se ha encontrado asociación de cáncer de cérvix con HPV 45, 31, 33, 52, 58 y 35. Su prevalencia está ligada a la edad y es más elevada en la etapa inmediata al inicio de las relaciones sexuales (15-25 años). Posteriormente se produce una disminución muy marcada y se estabiliza a partir de los 40 años. La infección del tracto genital por un HPV de alto riesgo suele ser limitada y desaparece espontáneamente en unos 6-8 meses sin dejar ningún tipo de lesión en la mayoría de los casos. Si la infección por HPV persiste, las lesiones progresan a lesiones más graves, pudiendo llegar a la aparición del carcinoma de cérvix. Existen distintas estimaciones sobre la tasa de progresión, persistencia y regresión de las infecciones a lesiones CIN (Tumores intraepiteliales), y de lesiones CIN / Displasias (I, II, y III) a carcinoma in situ o invasivo. Existen otros factores endógenos y exógenos asociados al desarrollo de cáncer de cérvix: inicio precoz de las relaciones sexuales, promiscuidad sexual, tabaquismo, nivel socioeconómico bajo, coinfecciones con otras infecciones de transmisión sexual (ITS), multiparidad, uso continuado de anticonceptivos orales o estados de inmunodepresión (aunque muchos de ellos también se asocian al riesgo de padecer una infección por HPV)

Prevención primaria del cáncer de cérvix. Vacunas.

En el cáncer de cérvix se están aplicando estrategias de prevención primaria ante la evidente relación causal entre la persistencia de una infección por HPV y el cáncer de cérvix .

El objetivo es disminuir la incidencia de las infecciones persistentes por HPV. Como no existe un tratamiento eficaz, se recomienda el uso de campañas educativas encaminadas a lograr cambios de estilos de vida en relación con la actividad sexual y la introducción de vacunas profilácticas. Se han desarrollado vacunas profilácticas monovalentes (frente al HPV 16), bivalentes (tipos 16 y 18) y tetravalentes (tipos 16, 18, 6 y 11) (13).

Aunque se establezca el programa de vacunación y se alcance un nivel de cobertura razonable, hay muchas razones para no interrumpir las pruebas de cribado: las mujeres que no están en la edad diana de la vacuna no se benefician de esta, la vacuna no protege frente a tipos de HPV que no están incluidos en ella y los tipos 16 y 18 solo aparecen en aproximadamente el 70% de los cánceres de cérvix. Además se desconoce la protección de la vacuna a largo plazo. Pero se cree que la primera consecuencia clínica en la población vacunada será una significativa reducción de la frecuencia de lesiones oncológicas –*sic*- citológicas que precisen un estudio diagnóstico.

España ha sido uno de los países –junto con Israel en judías- con menor incidencia y mortalidad por cáncer de cuello de útero, con tendencia creciente en las últimas décadas. En la actualidad cada día se diagnostican mayor número de carcinomas de cérvix, fundamentalmente en estadíos iniciales (carcinomas “in situ”) y gracias a los programas de detección precoz del cáncer que realiza el Sacyl y las Comunidades autónomas (citologías vaginales).

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

El cáncer de cuello uterino es en el periodo 1981-2009 el 8º tumor en frecuencia en la mujer soriana con un 2,9% del total de neoplasias en este periodo. Porcentualmente vemos una estabilidad a la baja en el septenio 2003-2009 en que pasa al 11º lugar con un 1,7%.

La edad media de presentación no ha sufrido variaciones en el periodo 46,1 -->45,4, manteniendo el intervalo etario de presentación (Ver tablas).

Mientras que en las edades postmenopáusicas se mantienen los valores a lo largo de todo el estudio, es significativo el marcado incremento de este tipo de tumores en las mujeres adultas jóvenes, fundamentalmente a expensas de “carcinomas in situ”.

El pico de mayor incidencia es el más precoz de todas las neoplasias femeninas posicionándose de los 30-39 años.

La TAMI han pasado de 2,8 (1981-1985) a 4,8 (2003-2009).

Nuestra TAMI en el último septenio es de las menores de España y a nivel de las menores del mundo (Finlandia: TAMI 4,3)

Al igual que en el cáncer de mama existe una mayor incidencia en el medio urbano que en el rural aunque sus diferencias de riesgo no son significativas.

Globocan para el año 2015 presenta una TBI de 21,3 -TBI corregida de 44.5- para el conjunto de tumores ginecológicos. Su TBI para el año 2010 ha sido de 14.7 en cérvix en la mujer soriana (84,2 para el total de ginecológicos sin mama)

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

Debido a la precocidad de los diagnósticos, a la amplia cobertura de las campañas de screening en la provincia y a su mínimo grado de infiltración tumoral en los tejidos, en la mayoría de los casos, presenta unas tasas de mortalidad muy bajas a lo largo del periodo que apenas superan 1 caso por 100.000 mujeres año. (TAMM 2003-2008: 0.5). Son también de las menores del mundo.

Se incluyen en muchos registros de tumores conjuntamente las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino con las de cuerpo, sin especificar localización.

TAMM España 2006: 2,1 (M)

SUPERVIVENCIA

La supervivencia ha sido desde 1981 prácticamente del 100%. Sin embargo, durante el sexenio 2003-2008 el fallecimiento por esta neoplasia de dos emigrantes, dentro del número limitado de fallecimientos condiciona este porcentaje, por otro lado no valorable dado el número de casos tabulado. El control asistencial y la accesibilidad personal y temporal permite supervivencias muy elevadas, si en el momento del diagnóstico la lesión estaba localizada.

De acuerdo con el estudio EUROCORE 4 la supervivencia media de estos tumores en Europa (93 registros / 23 países) es del 65,2% a los 5 años, en las mujeres europeas.



Entre todas las mujeres: Prevención

ADDENDUM. DISPLASIAS CERVICALES

Las displasias de cérvix, como procesos preneoplásicos del cuello de útero precisan de un análisis específico.

Con objeto de hacer una valoración objetiva hemos tomado como referencia las obtenidas en citología cérvico-vaginal y biopsia cervical en los años "0" de nuestro estudio. Así estudiamos las habidas en 1990, 2000 y 2010.

Es muy significativo el hecho de que sin variar la población tributaria de screening en estos 20 años, porcentualmente vemos como aumenta el número de displasias de cérvix de alto grado (CIN III), prácticamente un 9,0% por década, mientras que existe cierta tendencia estable para las de bajo grado -CIN I- y para CIN II.

Contrariamente a lo que podría sospecharse el número de infecciones vaginales en este periodo, no solo no se ha mantenido sino que ha bajado significativamente. Trichomonas, clamydias, hongos et... tienen muy baja incidencia.

Tan solo valorar -en principio como hallazgo- un aumento, no significativo, de ese grado de displasias, dentro de la población emigrante sudamericana en nuestra provincia.

AÑO	CIN I	%	CIN II	%	CIN III	%
1990	35	71,4	7	14,3	7	14,3
2000	35	63,6	6	10,9	14	25,5
2010	33	50,8	10	15,4	22	33,8

CUERPO DE UTERO CIE 179,182

CONSIDERACIONES:

Es uno de los tumores malignos de mayor incidencia en la mujer española. En el periodo 1978-95 (tasas ajustadas) ocupaba el 4º lugar en mortalidad neoplásica con una tendencia descendente y elevadas tasas de supervivencia.

En la actualidad, al igual que en el caso del cáncer de cuello uterino, las campañas de despistaje de cáncer ginecológico permiten detectarlo en estadios poco avanzados y por tanto con buen pronóstico. Además las nuevas técnicas de histeroscopia permiten en determinados casos conservar el útero (pólipos con transformación maligna).

FACTORES DE RIESGO

- Menarquia temprana
- Menopausia tardía
- Nulíparas
- Obesidad
- Exposición prolongada con estrógenos
- Diabéticas
- Clases sociales altas

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

El tumor de esta localización es el 5º más frecuente en las mujeres, mientras que en España es el 3º tras el cáncer de mama y colorrectal, representando en nuestra provincia en el periodo 1981-2009, el 4,6% de todos los casos incidentes en mujeres y el 4,5% en 2003-2009.

Prácticamente mantiene estables sus tasas ajustadas desde el quinquenio 1986-90 (TAMI 11,4) hasta el septenio 2003-2009 (TAMI: 11,1), muy semejante a la TAMI nacional de 10,4 en 2002. (ver gráficos y tablas)

Al contrario que el cáncer de cuello uterino, la década de mayor incidencia se corresponde con edades postmenopáusicas de 60-69 / 70-79 años, aunque la meseta etaria arranca a partir de los 40-49 años.

No hay diferencias de riesgo entre el medio rural y urbano a lo largo del estudio.

La TBI prevista para el año 2015 tiene un valor corregido de 44,5 (22,9 sin factor de conversión) para el total de tumores ginecológicos sin mama. En el año 2010 la TBI ha sido de 33,7. (ver tablas y fichas)

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

A lo largo del periodo 1950-2008 ocupa el lugar 5º en el orden de frecuencia por mortalidad neoplásica con 265 fallecidas.

Incluimos en este apartado, en muchas tablas, la mortalidad por cáncer de cuello y cuerpo uterino dado que en muchos boletines de defunción no se especifica la localización precisa del tumor.

Podemos observar cómo permanecen estables las tasas de mortalidad a partir de 1981-1985 (6.1%) y ser de 5.2% entre 2003-2008.

La TBM en Soria durante 2008 es la más elevada del contexto nacional (25,7).

La TMM (8,5) en Soria en 2008 es también de las más elevadas en el contexto nacional e internacional .

TMM España 2006: 3,7 (M)

SUPERVIVENCIA

Es baja en relación con otras neoplasias ya que tan solo es del 45,6%, a pesar de su accesibilidad anatómica y clínica y de los cribados y screenings actuales.

De acuerdo con el estudio EUROCORE 4 la supervivencia media de estos tumores en Europa (93 registros / 23 países) es del 78.1% a los 5 años, en la población femenina europea.

OVARIOS Y TROMPAS DE FALOPIO CIE 183

CONSIDERACIONES

El cáncer de ovario es el sexto más frecuente entre las mujeres, con aproximadamente 205.000 nuevos casos al año en todo el mundo. Representa entre el 4%- 5% de los tumores femeninos.

En España se diagnostican unos 3.300 casos anuales (5,1% de los cánceres entre las mujeres, por detrás de los de mama, colorrectales y de cuerpo de útero). La incidencia en nuestro país se puede considerar alta (TAMI: 9,9), con un ascenso lento pero constante desde los años 1960s.

Es un tumor propio de las edades medias de la vida. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 45 y los 75 años. Hay un número significativo de casos desde los 30 años, y no es infrecuente diagnosticar tumores en jóvenes desde los 15. Alrededor del 50% de los casos se registran en países desarrollados. No existe actualmente ningún método eficaz que facilite el diagnóstico precoz, por lo que hasta el 75% de los casos se presentan en fases avanzadas.

Es una de las neoplasias femeninas con pronóstico más sombrío y con menores tasas de supervivencia. Sin embargo, en los tipos histológicos de patrón germinal (10-15%) más prevalentes en edades juveniles y de adultos jóvenes, el tratamiento quimioterápico actual ha hecho subir la supervivencia de este tipo de tumores.

Entre las mujeres estadounidenses, el cáncer de ovario es el octavo tipo de cáncer más frecuente y la quinta causa principal de muerte por cáncer después de los cánceres de pulmón y bronquios, mama, colorrectal y páncreas. El cáncer de ovario causa más muertes que cualquier otro tipo de cáncer del aparato reproductor de la mujer. Las tasas de incidencia de cáncer de ovario y de mortalidad son más altas en las mujeres caucásicas que en cualquier otro grupo racial. Según el informe estadístico del 2005 sobre incidencia y mortalidad del cáncer en Estados Unidos, (United States cancer Statistics) se diagnosticó cáncer de ovario a 19.842 mujeres, de las que 14.787 mujeres murieron por esta enfermedad. Se calcula que anualmente en los EEUU se gastan más de \$2,200 millones en tratamientos contra el cáncer de ovario.

En EEUU, la cifra de mujeres que contraen cáncer de ovario o mueren por esta enfermedad varía de un estado a otro.

Las tasas de incidencia de cáncer de ovario en los EE UU han disminuido a un ritmo constante o se han mantenido estables en todos los grupos étnicos, según se indica a continuación:

- Una disminución anual del 2.4% del 2001 al 2005 en todas las mujeres.
- Una disminución anual del 1.8% del 1996 al 2005 en las mujeres blancas.
- Una disminución anual del 1.5% del 1996 al 2005 en las mujeres afroamericanas.
- Se mantuvo estable del 1996 al 2005 en las mujeres hispanas y afroamericanas.

La tasa de mortalidad por cáncer de ovario se ha mantenido estable en todos los grupos étnicos, según se indica a continuación:

- Se mantuvo estable de 2002 al 2005 entre todas las mujeres.
- Se mantuvo estable de 1996 al 2005 en las mujeres blancas, afroamericanas, asiáticas/nativas de las islas del Pacífico e indoamericanas/nativas de Alaska, y las mujeres hispanas.

Nota: Los datos sobre incidencia abarcan aproximadamente el 96 por ciento de la población estadounidense, mientras que el número de muertes se basa en el 100% de la población estadounidense. La comparación entre la incidencia y el número de muertes debe hacerse con cautela.

FACTORES DE RIESGO

- Cáncer de Ovario familiar
- Nuliparidad
- Primigesta tardía
- Menarquia precoz
- Menopausia tardía
- Antecedentes familiares o personales de cáncer de mama y colon-recto

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

El cáncer de ovario es el 12º (2,4%) más frecuente entre las mujeres de Soria, en el periodo 1981-2009 y el 10º (2,9%) con aproximadamente 5-6 casos nuevos cada año, en el periodo 2003-2009.

Desde la década de los 1970s los datos de incidencia muestran un aumento a nivel nacional. Las TAMIs de este tipo de tumores muestran una tendencia estable en el periodo 1981-99, que sin embargo se transforman en una tendencia alcista en la primera década del siglo XXI (8.2), en que prácticamente duplican sus valores, aunque sin significación estadística.

Las curvas de tendencias nos muestran variaciones etarias muy amplias al ser un tumor que afecta a mujeres jóvenes, adultas y seniles.

No hay diferencias de riesgo entre el medio urbano y rural.

La TAMI de Soria en el septenio 2003-2009 es semejante a la media estimada en la Unión Europea, y en un percentil medio respecto del resto de registros españoles,- semejante a la TAMI de Tarragona en 2002-.

TAMIs Nacionales 2002 (IARC/ AECC) .

Cuenca 9,9	Mallorca 8,8	Granada 8,1
Albacete 9,8	Navarra 8,3	Gerona 7,6
Asturias 9,4	Tarragona 8,2	Murcia 7,2
Zaragoza 9,4	Canarias 8,1	SORIA 8,2 (2003-09)

Podemos considerarlo como un tumor emergente en esta provincia.

Globocan plantea para Soria una TBI de 21.3 (44,5 con factor de conversión) para el año 2015 y en la totalidad de tumores ginecológicos, que está muy por debajo de los valores conjuntos actuales. En el año 2010 ya obteníamos solo para ovario y trompa una TBI de 35,8.

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

Apenas alcanza el 2,2 % de la mortalidad global en el periodo 1950-2008.

La TBMM ha crecido significativamente pasando de 0,5 en 1981-1985 a 11.0 en el periodo 2003-08. No obstante, el ajuste de tasas (TAMM) en el periodo 1978-92 nos da un valor de 2,9 y de 6,2 en el año 2008.

En relación con otros registros nacionales e internacionales ocupa un lugar medio.

Contemplando las curvas de mortalidad podemos considerar su evolución secular como de mortalidad creciente y estabilidad para los próximos años.

TAMM España 2006: 5,6 (M)

SUPERVIVENCIA

Debemos considerar el hecho de que algunas de estas neoplasias codificadas como de ovario en el contexto de los Certificados y Boletines de defunción, eran en realidad tumores metastásicos. La supervivencia del 27,2% en el sexenio 2003-2008, de las menores en el sexo femenino y con una evolución en supervivencia a la baja, así nos lo hace considerar. En 1981-1985 era del 52,2% y del 44,7% entre 1986-1990. La terapia oncológica ha avanzado mucho en este campo y habría que pensar en un sentido inverso de la supervivencia.

De acuerdo con el estudio EURO CARE 4 la supervivencia media de estos tumores en Europa (93 registros / 23 países) es del 36,5% a los 5 años, en la población femenina europea.

(Ver tablas y gráficos)

APARATO GENITAL MASCULINO

PRÓSTATA CIE 185

CONSIDERACIONES

Es una de las neoplasias más frecuentes en el hombre español, ocupando el 3º lugar en mortalidad en el periodo 1978-95 (TAMI), tras las neoplasias de pulmón y estómago.

Es un tumor prácticamente inexistente en la juventud y primera etapa de la vida adulta ya que la mayoría de los casos incidentes surgen a partir de la sexta/séptima década de la vida, siendo una de las neoplasias con mayor crecimiento en incidencia y mortalidad en los últimos años.

Es significativo resaltar que los tumores de próstata pueden ser silentes y manifestarse a través de metástasis a distancia sin dar clínica el tumor principal.

De igual forma tenemos que señalar que los tumores “silentes”, “latentes” y ocultos son más prevalentes en la 5ª década de la vida a partir de los 45 años y los carcinomas clínicamente evidentes aumentan su incidencia en las etapas de mayor envejecimiento.

El cáncer de próstata (CaP) es el tumor maligno más frecuente en la población masculina de los países industrializados, con una morbilidad y mortalidad considerables. En 2005, se diagnosticaron un total de 232.090 casos nuevos de CaP en EE.UU., muriendo 30.350 a consecuencia de esta enfermedad.

Se trata de un tumor que progresa de manera indetectable y, en muchas ocasiones, las manifestaciones clínicas sólo aparecen cuando la enfermedad es sistémica. Por lo tanto, el CaP es un problema global importante de salud pública, ante el cual se han desarrollado programas de cribado para la detección precoz.

En los países europeos y para el periodo 1998-2002 las mayores tasas de incidencia radicaban en los países nórdicos (TAMI >80) mientras que las menores se observaron en Polonia (TAMI < 30). Eran también los nórdicos con TMM de más de 20, los de mayor mortalidad mientras los italianos

y Malta apenas superaban TMM de 10-11, siendo los valores españoles próximos a estos últimos.

La incidencia real de esta neoplasia en España es desconocida con valores muy divergentes según los registros de cáncer consultados.

La biopsia de próstata transrectal ecodirigida es la técnica de elección para el diagnóstico del cáncer de próstata.

Para efectuar la biopsia de próstata es necesario controlar el dolor; una cobertura antibiótica de amplio espectro, y a nuestro juicio y a falta de estudios de mayor envergadura por el momento consideramos recomendable cierta preparación previa del recto. Hasta hoy no tenemos evidencia clara de que el aumento del número de cilindros en las muestras incrementa de manera significativa la morbilidad de la prueba.

Se deduce de los resultados de las series más importantes que para aumentar la rentabilidad de la prueba es necesario aumentar de forma moderada el número de muestras, sobre todo a expensas de las zonas laterales de la próstata.

Por tanto, según nuestro criterio son válidas las estrategias que contengan un mínimo de cuatro cilindros de las zonas más lateroprostaticas, reservando las biopsias de saturación con toma de cilindros de la zona transicional para pacientes a los que se le va a someter a una biopsia de repetición por persistencia de una alta sospecha de cáncer prostático.

Como ocurre en la mayoría de las ocasiones, el desarrollo tecnológico militar precede y se traslada a la medicina. La ecografía no se aplica al mundo sanitario hasta después de la segunda guerra mundial. En el campo de la Urología, lo utiliza por primera vez Schlegel en 1961 para la valoración de los cálculos renales y Watanabe en 1967 describe la primera ecografía transrectal (ETR). En los años 1980s con el creciente interés por el cáncer de próstata y la determinación del antígeno prostático específico (PSA) como marcador tumoral, la ecografía transrectal se convierte en una técnica imprescindible para la biopsia de próstata. En su comienzo la biopsia de próstata se realizaba a ciegas sobre las zonas sospechosas según el tacto rectal (TR). En 1989 Torp-Pedersen introduce la biopsia de próstata ecodirigida como técnica diagnóstica en el cáncer de próstata. Aparecen los primeros estudios que demostraban la superioridad de la biopsia ecodirigida frente a la digitodirigida, ya que aumentaba la sensibilidad y facilitaba la punción de las zonas sospechosas. Más tarde y con el fin de encontrar aquellos tumores

clínicamente silentes surge el método de la biopsia en sextante, base u origen de casi todas las nuevas modalidades de muestreo prostático.

Las limitaciones de la ETR, para detectar el cáncer de próstata consisten en que la mayoría de las lesiones hipoeocóicas no son cánceres y el 50% de los cánceres no palpables con un diámetro menor de 1cm no se observan en la ecografía. Por el momento debe de quedar claro que la ETR es una técnica que asegura la biopsia precisa dentro un área amplia de tejido prostático.

El cáncer de próstata ha pasado a ser el de mayor incidencia en muchos de los países desarrollados. Sus tasas son bajas en los hombres menores de 50 años.

Desde principios de los años 1990s, y como actividad que puede considerarse pionera en España se comenzó a implantar esta técnica, también, en el Complejo Hospitalario de Soria, en relación con los niveles del PSA (antígeno prostático específico).

En lo relativo a la supervivencia, según los recientes datos del estudio Eurocare 2003, España tiene tasa de pacientes vivos a los 5 años del 63%, cifra que es prácticamente idéntica a la media Europea. Destacan en este aspecto países como Austria con un 82% o el grupo de Islandia, Alemania y Francia con cifras del 77,8% y 75% respectivamente. No obstante, hemos de ser prudentes al valorar los datos de supervivencia ya que cuanto mas alto sea el porcentaje de casos diagnosticados en una población determinada (por ejemplo cuando se realizan campañas de screening), mayor será también el número de casos con valores de Gleason y PSA bajos incluidos en ese grupo y, evidentemente, estos siempre tendrán una supervivencia superior.

FACTORES DE RIESGO

Se hace una distinción entre la historia familiar y la dieta.

- Historia familiar: aquellos hombres que tienen un familiar de primer grado (padre o hermano) diagnosticado de cáncer de próstata tienen más probabilidad de desarrollar la enfermedad.
- Dieta: recientes estudios sugieren que el consumo elevado de grasas animales puede aumentar el riesgo de padecer cáncer de próstata. Por otro lado los suplementos de vitamina E y selenio parecen tener un efecto protector.

- También se considera de importancia el componente hormonal, condicionado por niveles de andrógenos elevados.
- Edad: el riesgo de desarrollar un cáncer de próstata empieza a aumentar a partir de los 50 años en hombres de raza blanca y a partir de los 40 años en hombres de raza negra o con historia familiar (padre o hermano) de cáncer de próstata.
- Raza: es más frecuente en hombres de raza negra y la tasa más baja de cáncer de próstata se observa en individuos de raza asiática

OTROS FACTORES DE RIESGO

- Dietas ricas en:
 - Carne roja
 - Grasas saturadas
- Varones casados > solteros
- Varones con hijos > sin hijos
- Afectación prostática por determinados tipos de virus (en estudio)
- Exposición ocupacional al cadmio
- Trabajadores del caucho

LIMITACIONES DEL PSA EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Con la introducción del PSA en la práctica clínica, el número de diagnósticos de CaP localizado ha aumentado, mientras que ha habido una disminución en el número de diagnósticos de CaP infiltrante. Sin embargo, la especificidad de la prueba del PSA es subóptima y, como resultado de ello, alrededor del 75% de los hombres que se someten a una biopsia de próstata porque tienen valores de PSA entre 4 y 10 ng/ml no padecen CaP. Uno de los desafíos decisivos consiste en discriminar entre hiperplasia benigna de próstata (HBP) y CaP. Por este motivo se desarrollaron nuevas fórmulas, basadas todas ellas en la cuantificación sérica de PSA, que en definitiva pretendían incrementar su especificidad con el objetivo de reducir el número de biopsias negativas para CaP, manteniendo una tasa de detección (sensibilidad) similar. Las principales son la densidad de PSA, velocidad de PSA, los rangos específicos por edad y las formas moleculares de PSA.

Desde la década de los 1980s, el antígeno prostático específico (PSA) ha sido el marcador tumoral más utilizado para la detección del CaP, incrementando el número de casos diagnosticados. Sin embargo, el PSA no es específico de CaP y, pese a que se considera un marcador tumoral efectivo y órgano-específico, su aumento no siempre significa que exista CaP, lo cual hace que su especificidad no sea muy elevada.

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

Es un tumor que ha quintuplicado su TAMI a lo largo del periodo de estudio pasando de 13,5 (1981-1985) a 61,9 en el septenio 2003-2009.

Ocupa el 1º lugar (20,9%) en el orden de incidencia en hombres, en la actualidad, en nuestra provincia (2003-2009) ocupando el 2º lugar en todo el periodo 1981-2009.

Es la década de 70-79 años la de mayor incidencia en todo el periodo, siendo llamativo en las curvas de tendencias un cierto desplazamiento hacia edades más jóvenes en el último septenio.

Hay que destacar una mayor incidencia en el medio urbano que en el rural con diferencias que tienen significación estadística ($p < 0,05$).

Soria tiene una TAMI (61,9) elevada en 2003-2009, que supera a la TAMI media nacional (56,3- 2002) y en relación al resto de registros nacionales. Como se observa en las tablas y gráficos, es una localización tumoral que presenta un incremento de las tasas en los últimos años, (TAMIs: 13,4 -1981-1985-; 22,3 -1991-1995-; 28,7 -1996-1999) incremento observado en muchos países y que se atribuye en buena medida a la introducción de nuevas técnicas para el diagnóstico precoz, específicamente el "Prostate Specific Antigen" (PSA). Navarra presenta las tasas de incidencia más altas a nivel de los registros españoles.

Globocan presenta una TBI para 2015 de 33,2 -69,3 con factor de conversión- que consideramos muy infravalorada. Ya en este pasado año 2010 la TBI alcanzaba 160,0 y 59,0 la TAMI.

Ha sido una neoplasia con una evolución creciente y podríamos decir que de forma exponencial.

Es un tumor emergente para los próximos años, mas aun si se siguen realizando y localizando los tumores con nuevas técnicas diagnósticas de imagen sobre bases bioquímicas y antigénicas. (Ver fichas, tablas y gráficos)



Los 5 en abarcas con su "royo".

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

Ocupa en mortalidad el 3º lugar en el orden de frecuencia relativa del periodo 1950-2008 con 685 fallecimientos y un 9,8% del total de muertes en el periodo. En el sexenio 2003-2008 ocupa también el 3º lugar y alcanza el 10,8% de los fallecidos.

Sus TBM han pasado de 8,1 a 42 fallecidos de 1950-59 a 2003-2008, siendo 17,6 la TMM en el periodo 1978-92, y 8,0 en el periodo 2003-2008, lo que habla a favor del éxito en el despistaje, diagnóstico precoz y tratamiento de estas neoplasias. Significar por tanto que al contrario de las tasas de incidencia, la mortalidad presenta una tendencia decreciente sobre una evolución secular estable.

Con relación a la media nacional y a otros registros españoles, presenta una TMM baja y muy próxima a la menor estatal en el periodo 2003-2008.

También hay mayor mortalidad en el medio urbano que en el rural aunque sin significación estadística. (Ver fichas y tablas).

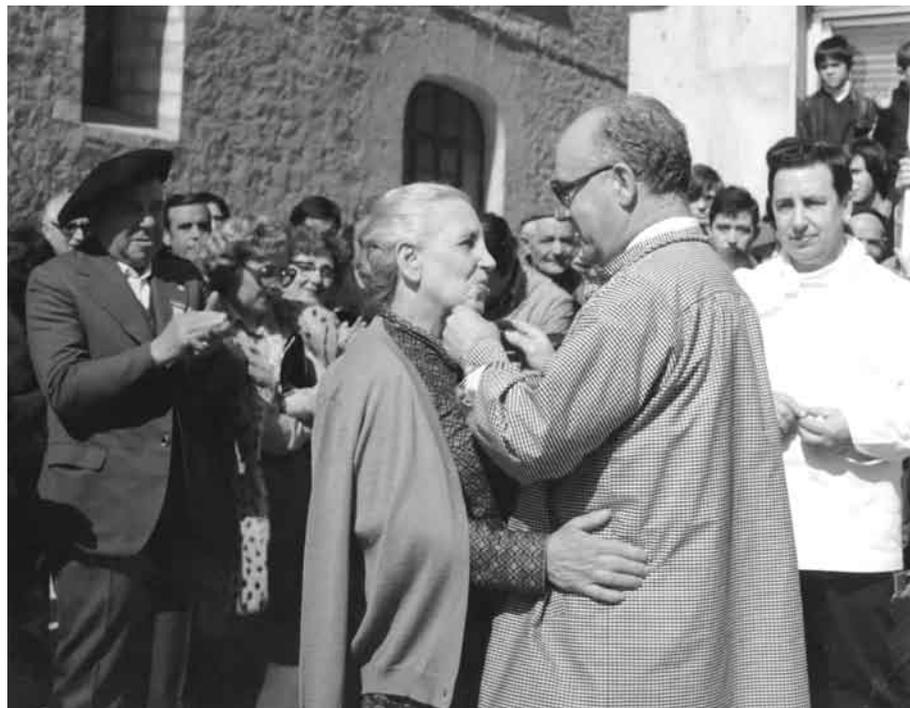
TAMM España 2006: 18,0 (H)

SUPERVIVENCIA

Sorprende la evolución de la supervivencia de este tumor que era tan solo del 24,8% en el periodo 1981-1985, del 41,2% entre 1996-2000 para alcanzar el 76,6% en el sexenio 2003-2008.

La accesibilidad diagnóstica a tumores en estadíos incipientes, el diagnóstico precoz y las nuevas terapias (pioneros en Crioterapia en Soria) están condicionando estos extraordinarios resultados.

De acuerdo con el estudio EURO CARE 4 la supervivencia media de estos tumores en Europa (93 registros / 23 países) es del 79,7% a los 5 años, en la población masculina europea.



1980: Tradiciones que permanecen

TESTÍCULO CIE 186

CONSIDERACIONES

Es uno de los tumores malignos de menor incidencia en el varón (1%) pero con mejores expectativas pronósticas en los últimos años.

Por otro lado significa que la mayor parte surge en edades jóvenes entre la tercera y cuarta década de la vida.

Son potencialmente curables incluso en estadíos avanzados, gracias a las modernas drogas usadas en quimioterapia y la radioterapia profiláctica –en algunos casos– en los estadíos más incipientes.

FACTORES DE RIESGO

Las causas del cáncer de testículo son desconocidas, al igual que las de otros muchos tumores.

El principal factor de riesgo es la falta de descenso del testículo en el momento del nacimiento (**criptorquidia**). Durante el desarrollo del embrión, los testículos descienden desde el abdomen hasta su lugar definitivo en el escroto. En algunos casos, este descenso no se produce u ocurre con retraso, después del nacimiento. Los varones con criptorquidia tienen un riesgo aumentado de presentar cáncer tanto en el testículo no descendido como en el otro. Otros factores que se han asociado a un posible aumento del riesgo de cáncer de testículo, aunque de manera menos clara, son concentraciones altas de hormonas maternas durante el embarazo y el parto prematuro.

Los **traumatismos** o golpes en el testículo se han asociado con un aumento en el riesgo de desarrollar cáncer, aunque esto no está claro y es posible que simplemente faciliten el diagnóstico al explorar el testículo debido al golpe recibido. La presencia de antecedentes familiares de cáncer de testículo también aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad, aunque la gran mayoría de los familiares de pacientes con cáncer de testículo no presentan tumores testiculares.

La atrofia testicular primitiva o secundaria es otro factor de riesgo.

La gran mayoría de los tumores de testículo se diagnostican al aparecer un bulto en el testículo, que con frecuencia no duele.

Después del tratamiento del cáncer de testículo es muy importante realizar revisiones periódicas. Las revisiones son más intensas en los pacientes con estadio I en los que se no se administra tratamiento complementario después de la cirugía, porque su riesgo de recurrencia es mayor

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

Es un tumor cuya incidencia no ha pasado nunca del 0,5% de los tumores malignos masculinos en nuestra provincia, ocupando el lugar 18 en el periodo 1981-2009.

Las TAMIs han pasado de 2,2 (1981-85) a 4,3 (1996-99) y regresado a 2,8 (2003-2009), lo que habla a favor de una estabilidad secular y de tendencias.

Es también uno de los tumores malignos cuya incidencia afecta a las edades más jóvenes ya que se observa a partir de la 3ª década de la vida.

El escaso número de neoplasias no permite valoraciones sobre el hábitat rural o urbano de los afectados.

El escaso número de neoplasias no nos permite hacer valoraciones en el medio urbano y rural.

Globocan prevee para 2015 en Soria una TBI de 0,9 - corregida de 1,9- , tasa que consideramos muy infravalorada vista la evolución secular incidente de estos tumores y el hecho de que en 2010 la TBI ha sido de 6,3.

Sin embargo, nuestra TAMI en 2003-2009 está por debajo de la nacional para 2002 que tenía 3.8.

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

La Tamm del periodo 1978-92 es de 0,2 casos por 100.000 hombres /año, y de 0,9 en el sexenio 2003-2008.

Su baja incidencia y fundamentalmente su infima mortalidad no permite hacer valoraciones objetivas, dado que además en varios quinquenios la mortalidad es de 0.

Tamm España 2006: sin datos

SUPERVIVENCIA

No hay datos para hacer una valoración objetiva dada la mínima o ausente mortalidad y la amplia gama de tumores de diferente perfil en el testículo.

La supervivencia de estas neoplasias en estadios iniciales y grados I es muy elevada sobretodo en los seminomas en que alcanza hasta el 92%, no así frente a otros tipos histológicos puros o mixtos cuya mortalidad es muy elevada cercana al 100% (teratocarcinomas, carcinomas embrionarios con tumores del saco embrionario,.....)

De acuerdo con el estudio EURO CARE 4 la supervivencia media de estos tumores en Europa (93 registros / 23 países) es del 95,6% a los 5 años, en la población masculina europea.



Preparaciones histopatológicas

VEJIGA URINARIA CIE 188

CONSIDERACIONES

El cáncer de Vejiga es el 5º en orden de frecuencia en la incidencia tumoral de los hombres en países desarrollados tras los de próstata, pulmón, colorrectales y gástricos.

Por su gran interés y dado el carácter emergente de esta neoplasia en Soria, incluyo el resumen del contenido de la Tesis Doctoral realizada por el Dr. Cabrera Cabrera en relación con la epidemiología del cáncer de vejiga.

<<El cáncer de vejiga representa, según datos de la Organización Mundial de la Salud, el 10.1% de los cánceres en varones y el 2.5% en mujeres a nivel mundial (357.000 nuevos casos de cáncer de vejiga en el mundo en 2002), siendo la novena causa más frecuente de cáncer conjuntamente en ambos sexos, constituyendo el 3.2% de todos los cánceres. Es responsable de la muerte de 145.000 personas (108.310 varones y 36.699 mujeres), con una tasa de supervivencia a cinco años entre el 40 y el 80 %, dependiendo de la inclusión o no de los tumores infiltrantes.

La mayor incidencia del cáncer de vejiga en ambos sexos se da en países desarrollados, como Europa (sobre todo en el Sur y Este de Europa, donde es más frecuente el hábito de fumar), Norte América y Australia. También se ha detectado una alta incidencia de cáncer de vejiga, sobre todo del carcinoma de células escamosas, en zonas de África y Oriente Medio, en relación con la mayor frecuencia de infección crónica por Schistosoma haematobium.

En Estados Unidos la incidencia en la raza blanca es muy superior a la de la raza negra (aproximadamente el doble en varones y 50% superior en mujeres). Es improbable que esto sea debido a la exposición de diferentes carcinógenos ambientales.

El cáncer de vejiga es 2,5 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. Entre los hombres es el cuarto cáncer más frecuente después de los cánceres de próstata, pulmón y colorectales. Entre las mujeres el cáncer de vejiga es el octavo cáncer más frecuente.>>

La Sociedad Americana del Cáncer estimó que en 2005 se diagnosticarían en Estados Unidos 63.210 cánceres de vejiga, 47.010 en varones y 16.200 en mujeres. Según datos del programa SEER (Surveillance, Epide-

miology and End Result) del Nacional Cáncer Institute de Estados Unidos, entre los años 1998 y 2002 la TAMI ha sido de 20.3 por 100.000 habitantes, siendo la mayor incidencia en la raza blanca (39.7 por 100.000 en varones y 9.9 por 100.000 en mujeres). La edad media de diagnóstico del cáncer de vejiga fue de 73 años y una edad media de mortalidad de 78 años.

La TAMM, según la base de datos SEER, ha sido de 4.4 por 100.000 pacientes que fallecieron en USA entre 1998 y 2002. La tasa de supervivencia total relativa en 5 años (entre 1995 y 2001) recogida en 9 áreas geográficas de SEER fue del 81.8%. 84.3% para varones blancos, 78.6% para mujeres blancas; el 69.7% para varones negros y el 53.9% para mujeres negras.

Según datos del programa EUCAN, de la International Agency for Research on Cancer, en la Comunidad Europea, en el año 1998, fueron notificados 73.132 casos de cáncer de vejiga, lo que supone una TBI de 19,51 por 100.000 habitantes. Las TAEI y TAMI son, respectivamente, 14,70 y 9,78 por 100.000 habitantes. En la Unión Europea durante 1998 se notificaron 56.725 casos de cáncer de vejiga en hombres y 16.407 en mujeres, siendo la TAEI y TAMI respectivamente para hombres de 27,21 y 17,87 por 100.000 habitantes. Para mujeres la TAEI y TAMI fueron de 5,37 y 3,48 por 100.000 habitantes, respectivamente.

En España, su incidencia representa el 11% de las neoplasias en los hombres y el 2,4% en mujeres. Nuestro país tiene el triste liderazgo de tener una de las mayores tasas del mundo. Solo en Egipto se diagnostican más neoplasias vesicales. Son áreas especialmente incidentes las del sur de Andalucía y la zona de Barcelona.

Su tendencia actual es al aumento moderado pero permanente en hombres y a cierta estabilidad en la mujer.

La mortalidad por cáncer de vejiga en 1998 en la Comunidad Europea, según la base de datos EUCAN, se eleva a 29.773 muertes (21.707 hombres y 8.066 mujeres), con una TBM global de 7,94 casos por 100.000 habitantes (11,86 para hombres y 4,21 para mujeres), y TAMM y TAEM para hombres de 10,10 y 6,14 por 100.000, y para mujeres de 2,31 y 1,38 por 100.000, respectivamente. En el año 2000, la mayor TAEM de mortalidad en varones se dio en Dinamarca (10.1/10⁵), España (8.8/10⁵), Malta (8.5/10⁵), Hungría (8.2/10⁵) y Polonia (8.2/10⁵). En mujeres, las mayores TAEM de mortalidad se han dado en Dinamarca (3.2/10⁵), Reino Unido (2.6/10⁵), Islandia (2.5/10⁵), Noruega (2.3/10⁵) y Luxemburgo (2.2/10⁵).

Las tasas de mortalidad en varones en Europa han sufrido cambios a lo largo de los años, observando que tras un aumento de las mismas en la década de los años 1960s y 1970s en la mayoría de los países europeos, en la década de los años 1980s y 1990s se demuestra un descenso de la mortalidad. En mujeres, la mayoría de las tasas de mortalidad son bajas y se mantienen estables en la mayoría de los países europeos.

En nuestro país condicionan el 5,7% de todas las muertes por neoplasias y el 1,9% del total de fallecidos en hombres mientras que en mujeres los valores son de 2,1% y 0,4% del total de muertes. Es la 6ª causa de mortalidad neoplásica. Su tasa de mortalidad es de las más elevadas del orbe (TAMM: 9,0 -año 2002-). La mortalidad femenina es baja (TAMM:1,4 -año 2002-). En cuanto a su supervivencia, podemos decir que en nuestro país, el 75% de los hombres y un 70% de las mujeres presentan cifras de supervivencia superiores a los 5 años, de una forma integral, sin valoración de estadios infiltrativos.

La razón intersexos H/M es de 4,6 fallecimientos. La edad media de fallecimientos en España es de 72 años en varones y 75 en mujeres.

Tipos Histológicos:

El cáncer de vejiga más frecuente en los países desarrollados es el carcinoma de células transicionales, siendo el responsable del 90% de los cánceres de vejiga en Europa (84% en varones y 79% en mujeres).

El carcinoma de células escamosas representa el 1.4% y el 3.6% de todos los cánceres de vejiga en hombres y mujeres respectivamente.

El adenocarcinoma de vejiga afecta el 1.6% y el 2.3% de hombres y mujeres, respectivamente de todos los tumores de vejiga de Europa.

El 70-80% de los casos nuevos diagnosticados de cáncer de vejiga son tumores superficiales (Estadios Ta, Tis o T1).

Hay un grupo de tumores neuro endocrinos de vejiga (<1%) con muy mal pronóstico en la mayoría de los registros.

La supervivencia a 5 años de pacientes diagnosticados de cáncer de vejiga en Europa entre 1.978 y 1.989, aumentó del 61% al 69% en varones, mientras que la supervivencia en mujeres se mantuvo en el 59%. Hay diferencias sustanciales de supervivencia entre los países europeos. El estudio Eurocare II mostró que los índices de supervivencia más altos a 5 años en



Aguas abajo en el lavadero

pacientes diagnosticados de cáncer de vejiga entre 1.987 y 1.989 estaban en Suecia (72%), Alemania (72%) y España (69%); mientras que los índices de supervivencia más bajos se dieron en Polonia (37%), Eslovenia (40%) y Dinamarca (49%).

La variabilidad geográfica del cáncer de vejiga se parece a la del cáncer de pulmón reflejando el papel del consumo de tabaco, que constituye el agente etiológico más importante. Dentro de nuestro país las tasas más altas se concentran en el suroeste (Cádiz y Sevilla).

Joan Palou, urólogo de la AEU y experto en cáncer de vejiga, define las características principales de este tipo de carcinoma:

<<El cáncer de vejiga es un tumor que crece dentro de la piel que recubre la vejiga y que se puede presentar de diferentes formas. En el 70% de los casos no tiene una conducta agresiva así que se puede ir recortando y vigilando. En los casos en los que es más agresivo puede llegar a ser necesaria la extracción de la vejiga. La forma de detectar que se sufre este tipo de tumor es mediante la observación de hematuria, es decir, orinar sangre, sobre todo cuando se alcanzan los 50 años de edad. Comparando las cifras con otros tumores, como el de próstata, el de vejiga es un cáncer menos frecuente pero es el más caro. Los pacientes viven muchos años, se deben hacer muchos controles, deben operarse más de una vez ya que el carcinoma suele reaparecer, y se someten a quimioterapia. Es decir, que globalmente su coste es el más alto de todos los tumores que se tratan.

La mejor manera de prevenir el cáncer de vejiga es evitar el consumo de tabaco, dado que como veremos es el factor de riesgo más importante para desarrollar la enfermedad.

La gran mayoría de los tumores de vejiga se diagnostican al aparecer sangre en la orina (hematuria)>>.

Se estima que el tabaquismo es el responsable del 30–40% de los cánceres de vejiga en los países desarrollados. La comparación de los datos de incidencia de cáncer de vejiga está comprometida debido a que el espectro de lo que se considera “maligno” varía de unos registros de cáncer a otros, ya que hay papilomas vesicales que se consideran carcinomas grado 0.-.

El tabaquismo pasivo es otro factor desencadenante.

OTRAS ÁREAS DE INTERÉS: TRATAMIENTOS

El tratamiento básico por el que se opta es el de reseca el tumor de la vejiga a través de la uretra. Los métodos diagnósticos han ido variando y ha aparecido la luz azul que permite ver los carcinomas in situ. Hace unos años el tratamiento que se usaba era el radical, de cirugía abierta, en el que se quitaba toda la vejiga. Hoy en día se utiliza la laparoscopia y la robótica, que permiten realizar incisiones más pequeñas y conseguir una recuperación más rápida.

Pronóstico

El cáncer de vejiga tiene buen pronóstico si no infiltra el músculo de la vejiga y sus índices de supervivencia son muy elevados. Si en cambio, el tumor ha afectado a las células y ha invadido la capa muscular de la vejiga, a pesar de quitarla y de ofrecer quimioterapia, la mortalidad asciende a un 50% de los casos. Cuando el tumor ha invadido el músculo, se remite solo en la mitad de los casos.

Quitar la Vejiga

En los casos en los que el tumor precisa de una extracción de la vejiga es necesario efectuar una reconstrucción. Se hace con el propio intestino del paciente, que se conecta a la uretra donde está el esfínter para que la persona vuelva a orinar por su vía natural. El paciente precisará de unos meses para aprender de nuevo a orinar pero los resultados de funcionalidad serán muy buenos.

Tasas de supervivencia para el cáncer de vejiga

<<Algunas personas con cáncer puede que quieran saber las tasas de supervivencia para este tipo de cáncer. Puede que otras no encuentren útil saber esta información, o incluso desear no saberla. Es su decisión, tanto que quiera o no consultar las tasas de supervivencia.

La tasa de supervivencia a cinco años se refiere al porcentaje de pacientes que vive al menos cinco años después de haberse detectado el cáncer. Por supuesto, muchas personas viven mucho más de cinco años. La tasa de supervivencia relativa a cinco años compara el número de personas que seguirán vivas después de cinco años de que se les diagnosticó el cáncer contra el número de personas de la misma edad que no tienen la enfermedad. Esto permite ver mejor el impacto que el cáncer tiene sobre la supervivencia >>.(Joan Palou).

Los datos que a continuación exponemos provienen del Centro de Datos SEER del Instituto Nacional del Cáncer en los EEUU. Las cifras se basan en pacientes diagnosticados desde 1988 a 2001. En la actualidad en los estadios más avanzados podríamos sumar un 5% porcentual más.

Etapa	% supervivencia relativa a cinco años
0	98%
I	88%
II	63%
III	46%
IV	15%

Estas cifras transmiten un promedio global de estadios, debiendo tener en cuenta la propia biología del paciente y sabiendo que la situación de cada persona es única y que las estadísticas no pueden predecir exactamente lo que ocurrirá en cada situación oncológica.

FACTORES DE RIESGO

Los estudios epidemiológicos, aunque han descrito algunos casos familiares, han demostrado que la etiopatogenia del cáncer vesical es multifactorial, resultado de alteraciones genéticas, moleculares y de interacciones ambientales.

Se estima que la principal causa conocida en un 70-75% está ligada al consumo de tabaco bien de forma activa bien pasiva, siendo la etapa etaria de diagnóstico más frecuente entre los 65-75 años, existiendo muchos casos a partir de los 40-45 años, en función también de su intensidad de consumo y predisposición genética.

Factores que favorecen su aparición

Aparte del tabaco es la edad un factor muy importante que influye en el desarrollo de un cáncer de vejiga. Cuando una persona fuma, inhala productos tóxicos que van a la sangre y se filtran por el riñón, yendo a parar a la vejiga. Lo que hacen es alterar las células y acabar produciendo un cáncer. De hecho, 8 de cada 10 pacientes diagnosticados de esta enfermedad son fumadores.

TABAQUISMO

El tabaco es el factor de riesgo más importante. Entre los fumadores la incidencia de cáncer de vejiga es 2 a 6 veces mayor que entre las personas que nunca han fumado. El riesgo de cáncer de vejiga se correlaciona con la cantidad de cigarrillos fumados, triplicando dicho riesgo cuando se superan los 40 cigarrillos por día, la duración del hábito y el grado de inhalación del humo, llegando a ser 6 y 5 veces mayor en hombres y mujeres respectivamente, cuando se superan los 60 años fumando. Más de la mitad de las neoplasias vesicales en los hombres, y la tercera parte en las mujeres son debidas al tabaco. Abandonar el hábito permite una reducción del riesgo del 30 al 60% durante los primeros 2-4 años. Sin embargo, la disminución del riesgo hasta un nivel basal (corregido para la edad) se produce casi 20 años después de abandonar el hábito de fumar; es decir un período mucho más prolongado que el requerido para la normalización del riesgo de enfermedad cardiovascular y cáncer de pulmón. La disminución del riesgo hasta nivel basal es similar en ambos sexos. Otras formas de consumo de tabaco, como fumar puros o fumar pipas elevan mínimamente el riesgo de cáncer de vejiga. Masticar tabaco no parece asociarse con la neoplasia vesical.

El carcinógeno específico responsable del cáncer de vejiga en el humo del cigarrillo no se ha identificado, pero probablemente es inducido por diversos compuestos químicos que contiene, como la 2-naftilamina, acroleína, radicales libres del oxígeno y el 4-aminobifenilo (que parece ser la sustancia

más carcinógena), y en los fumadores también se demostró un aumento del nivel urinario de metabolitos del triptófano. La respuesta proliferativa del epitelio vesical de los fumadores es mayor, lo cual puede potenciar los efectos de otras sustancias cancerígenas o la susceptibilidad genética. Los fumadores presentan una cantidad mayor de mutaciones del gen p53. Este hallazgo sugiere que el humo del cigarrillo podría aumentar la cantidad de mutaciones en las células uroteliales sin asociarse necesariamente con un tipo de mutación o una localización de la mutación determinados.

Desde una perspectiva clínica hay que tener presente que el tabaquismo no solo aumenta el riesgo de tener un cáncer de vejiga, sino que la persistencia del hábito después de establecido el diagnóstico se asocia a un pronóstico más desfavorable, aun en el caso de que el cáncer se encuentre en un estadio no invasor en el momento del diagnóstico.

CISTITIS CRÓNICA Y OTRAS INFECCIONES

La cistitis crónica en presencia de catéteres permanentes o cálculos se asocia con un riesgo aumentado de carcinoma epidermoide de la vejiga. Entre un 2 y un 10% de los pacientes parapléjicos con sonda permanente durante un período prolongado desarrolla un cáncer de vejiga y un 80% de estas neoplasias son carcinomas epidermoides.

La cistitis por "*Schistosoma haematobium*" se relaciona frecuentemente con el desarrollo del carcinoma epidermoide. En Egipto, por ejemplo, el 60-75% de todos los carcinomas vesicales son de células escamosas. Esto se observa en casi todos los países donde la esquistosomiasis es endémica. Este tipo de tumor se presenta en una población más joven que el cáncer de células transicionales, siendo con frecuencia bien diferenciados, con una baja incidencia de diseminación local y/o a distancia.

El cáncer de vejiga asociado con una cistitis de cualquier etiología generalmente se acompaña de infecciones severas y prolongadas. Si bien los mecanismos responsables de la carcinogénesis se desconocen, podrían estar relacionados con la formación de nitritos y compuestos N-nitrosos en la vejiga, presuntamente como consecuencia del metabolismo parasitario o microbiano de componentes normales de la orina.

La relación entre el "*papilomavirus humano*" (HPV) y el cáncer de vejiga no se ha podido confirmar de manera fehaciente, aunque Griffiths y Mellon (1999) llegaron a la conclusión de que la probabilidad de que este

virus desempeñe un papel etiológico era mayor en el caso de un carcinoma del epitelio de transición en un huésped inmunocomprometido que en un cáncer de vejiga en un inmunocompetente.

La *"tuberculosis genitourinaria"* también ha sido asociada con un mayor riesgo de cáncer vesical. En determinadas áreas geográficas, el cáncer vesical se asocia a otros procesos, como a la *"Nefropatía de los Balcanes"* en estos países europeos y en Taiwán se asocia con una vasculopatía periférica, *"enfermedad del pie negro"*. Este trastorno se relacionaría con la ingesta de una gran cantidad de arsénico proveniente del agua de pozos profundos.

RADIACIÓN PÉLVICA

Las mujeres tratadas con radioterapia por carcinoma del cuello del útero o el ovario presentan un riesgo 2 a 4 veces mayor de desarrollar un cáncer de vejiga en comparación con las mujeres tratadas exclusivamente con cirugía.

La incidencia de cáncer de vejiga aumenta aún más si también se administró quimioterapia (con ciclofosfamida o sin ella) e incluso si se administró quimioterapia exclusivamente.

En todos los grupos estudiados el riesgo de cáncer de vejiga continuó en aumento después de transcurridos 10 años. Los tumores observados en estos casos se caracterizan por ser de alto grado y encontrarse en un estado localmente avanzado en el momento del diagnóstico.

CICLOFOSFAMIDA

Los pacientes tratados con ciclofosfamida corren un riesgo hasta 9 veces mayor de sufrir cáncer de vejiga, tanto en pacientes que fueron sometidos a este tratamiento por una enfermedad maligna como por enfermedades no malignas (*"enfermedad de Wegener, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide"*). La mayor parte de estos tumores son de alto grado y con infiltración del músculo en el momento del diagnóstico. Se observan en pacientes más jóvenes que los afectados por el carcinoma del epitelio de transición esporádico y afecta personas de uno y otro sexo por igual.

Se considera que la cistitis hemorrágica y el cáncer de vejiga son causados por la *acroleína*, un metabolito urinario de la ciclofosfamida; sin embargo, el desarrollo de cistitis hemorrágica no se correlaciona necesaria-

mente con el desarrollo de cáncer de vejiga. El período de latencia para el cáncer de vejiga inducido por la ciclofosfamida es relativamente breve y varía entre 6 y 13 años.

Diversos estudios sugieren que el agente uroprotector mesna (ácido 2-mercaptoetanosulfónico) puede reducir el riesgo de cáncer de vejiga.

CAFÉ, TÉ Y ALCOHOL

No se ha podido demostrar su asociación con un riesgo aumentado de padecer cáncer de vejiga. En algunos estudios mostraban una débil asociación, pero probablemente el tabaco actúa como factor de confusión.

Varios estudios epidemiológicos en humanos mostraron un riesgo moderadamente elevado de padecer cáncer vesical en los bebedores habituales de café, que ha llegado a ser estimado por Hartge et al. en un 40%.

Suele haber correspondencia entre multibebedores de café y tabaquismo.

EDULCORANTES ARTIFICIALES

La sacarina y los ciclamatos a grandes dosis, se relacionaron como carcinógenos vesicales en estudios experimentales, pero en ningún estudio en humanos se demostró la relación.

ABUSO DE ANALGÉSICOS

El consumo elevado de analgésicos que contienen fenacetina se ha asociado con neoplasias de la pelvis renal, uréter y vejiga. El período de latencia parece que es más prolongado para el cáncer de vejiga que para las neoplasias de la pelvis renal.

ALIMENTOS

La ingesta elevada de colesterol, carnes grasas y los alimentos fritos se han asociado con un aumento del riesgo de desarrollar cáncer vesical. El consumo asiduo y constante de frutas y verduras disminuye el riesgo de padecer cáncer de vejiga en un 30% y 20% respectivamente. No se ha demostrado que el consumo farmacéutico de betacarotenos y vitamina A tengan algún efecto preventivo del cáncer vesical en fumadores. Algunos estudios sugieren un papel protector de los suplementos de vitamina E, tomados durante largos períodos de tiempo.

ORINA

Se ha relacionado con el desarrollo del cáncer vesical desde hace años. Los hallazgos que apoyan esta afirmación son el riesgo incrementado que presentan los varones con hiperplasia benigna de próstata, las orinas que presentan mayor densidad, y la menor incidencia de tumores en la cúpula vesical, la cual presenta menor contacto con la orina que el resto de la superficie vesical.

EXPOSICIÓN PROFESIONAL

Fue en 1895, entre los trabajadores de la industria alemana, cuando se estableció por primera vez la relación entre el cáncer vesical y las **tinturas de anilinas**. Mediante estudios epidemiológicos y experimentales, se han identificado tanto productos químicos como actividades laborales que se asocian al desarrollo del cáncer vesical. Actualmente se considera que los factores ocupacionales de riesgo son responsables del cáncer vesical en un 20-30%. Habitualmente estos productos muestran un periodo de latencia prolongado, aunque la exposición masiva, las características individuales y la asociación con otros elementos cancerígenos, pueden acortar dicho periodo. Además de las anilinas, han sido identificados como cancerígenos, la 2-naftilamina, 4-aminobifenilo, 4-nitrobifenilo, benzidina y el 2-amino 1-naftol.

Entre las ocupaciones laborales que se han asociado con un riesgo incrementado para el desarrollo de una neoplasia vesical se han señalado, en primer lugar, los trabajadores que manejan los productos anteriormente enunciados, los trabajadores que manejan la piel animal (fundamentalmente el cuero), el caucho, el aluminio, pintores, mineros, maquinistas y peluqueros.

Se ha observado un incremento del riesgo de cáncer vesical, entre 2,2 y 12 veces más, en conductores de autobuses y taxis, incluso en exposiciones por cortos periodos. Probablemente el elemento cancerígeno en estos casos sea el hidrocarburo policíclico aromático. También se ha relacionado con el cáncer vesical el agua corriente clorada y el percloroetileno que se emplean para la limpieza al seco.

La investigación sobre carcinógenos químicos ha permitido conocer que la capacidad de acetilación no es igual en todos los individuos, varian-

do en ellos la susceptibilidad de desarrollar una neoplasia vesical. Diferentes autores señalan el mayor riesgo de padecer cáncer vesical entre los acetiladores lentos, fundamentalmente entre los individuos con exposición laboral de riesgo, alcanzando hasta el 96% entre los expuestos a aminas aromáticas.

HERENCIA

En la mayoría de los casos de cáncer de vejiga no se cuenta con evidencias sólidas de una causa hereditaria, como lo demuestran los trabajos de Klemeney, que estudiaron las historias clínicas de 12.000 familiares de 190 pacientes con un diagnóstico de un cáncer de epitelio de transición en Islandia entre 1983 y 1992 y observaron que si bien el riesgo de carcinoma de epitelio de transición era ligeramente mayor, esta relación era de mayor magnitud entre los parientes de segundo y tercer grado que entre los parientes de primer grado. Este hallazgo contradice firmemente la posibilidad de que el cáncer de vejiga se transmita por un mecanismo genético directo.

Por otra parte, otros estudios indican que descendientes de pacientes con cáncer de vejiga tienen un 70-80% más de riesgo de padecerlo respecto a la población general.

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

Este tumor es en orden de frecuencia el 3º en incidencia de todos los tumores malignos en el hombre de Soria, con un 12,2% en el periodo global del estudio (1981-2009) y el 14,8% en el septenio 2003-2009. Sin embargo, en la mujer, aunque ha pasado del 10º al 8º lugar en dichos periodos tan solo supone un 2,7% y un 3,4% respectivamente.

Sus TAMIs han sufrido un significativo incremento en el periodo de estudio, pasando de 17,7 en 1981-1985, 32,3 entre 1991-1995, a 51,4 en el periodo 2003-2009. (Ver tablas, fichas y gráficos).

El cociente H/M es muy marcado hacia el sexo masculino con un valor de 6,44 para todo el periodo de estudio y 7,32 en el septenio 2003-2009.

La edad media de presentación ha sufrido pocas variaciones en el hombre entorno a los 71-72 años, mientras que en la mujer se ha elevado 4,5 años (70,5 a 75 años).

Su mayor incidencia es en el medio urbano, hecho común en la mayoría de los registros.

Hemos aumentado las TAMIs desde 17,7 y 1,8 entre 1981-1985 - hombres y mujeres-, a 32,3 y 4,8 en el periodo 1991-1995 y 51,4 y 5,4 en el septenio 2003-2009. Es decir, se han triplicado las tasas de cáncer vesical en ambos sexos. (ver tablas y gráficos)

Se diagnostican anualmente en Soria alrededor de 60 tumores de vejiga en hombres y 8 en mujeres,

Nuestras tasas al igual que la media nacional y que la mayoría de registros están entre las más elevadas en incidencia. (Ver tablas comparativas)

La evolución secular ha sido pues creciente y la tendencia etaria estable en ambos sexos.

La proyección de Globocan para el año 2015 (TBI de 26,9/ 56,2 corregida en hombres) (TBI 3,5 / 7, 3 corregida en mujeres) la consideramos excesivamente infraponderada en el hombre soriano. En el año 2010 alcanzó una TBI en varones de 168,4.

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

Ocupa este tumor en mortalidad el 5º y 13º lugar en hombres y mujeres respectivamente entre 1950-2008, con porcentajes (0,6% y 0,5%) muy alejados de los de incidencia neoplásica, dado su buen pronóstico, y pasando al 6º y 15º lugar entre 2003-2008 (0,5% y 1,2%)

La razón H/M también es elevada en todo el periodo (5,47) y en el sexenio último (5) sin diferencias entre los medios rural y urbano en mortalidad.

Hemos bajado las TBMs en 1981-1985 de 14,4 y 2,4 en hombres y mujeres, a 10,6 y 4,0 respectivamente en el sexenio 2003-2008

En España las TAMMs varían en el año 2002 de 15,5 en Guadalajara y Almería a valores de 28 y 29 en Las Palmas y Baleares con un valor para Soria elevado también de 24,5.

Sus TAEMs en 2008 - 22,2 (H) y 2,8 (M) - son mayores que las TAEM de España para 2006 -últimas referidas- (13,2 y 1,8 respectivamente) y por tanto están en los niveles superiores de los registros internacionales, no así de los nacionales para el año 2008.

La evolución secular ha sido pues decreciente en hombres y estable en mujeres con una tendencia estable para próximos quinquenios.

TAMM España 2006: 13,2 (H) 1,8 (M)

SUPERVIVENCIA

La supervivencia en este tipo de neoplasias ha experimentado una sustancial respuesta positiva y ha pasado de un 56,0% en hombres y 61,9% en mujeres en el periodo 1981-1985, a un 75,15% y 70,0% entre 1991-1995 y 81,5% y 72,9% respectivamente en el periodo 2003-2008.

De acuerdo con el estudio EURO CARE 4 la supervivencia media de estos tumores en Europa (93 registros / 23 países) es del 67,3% a los 5 años, en la población global europea.



RIÑÓN Y VIAS URINARIAS CIE 189

CONSIDERACIONES

El cáncer de células renales es responsable de un 2% de todos los tumores malignos en el adulto. Se presenta más frecuentemente de forma esporádica (sin antecedentes familiares) y raras veces forma parte de un síndrome hereditario (5% de los casos).

El carcinoma de células renales representa un 80-85% de todos los tumores malignos renales, típicamente se origina en la corteza renal y presenta varios subtipos.

El carcinoma de células renales se asocia con una gran variedad de signos y síntomas, lo cual hace más difícil el diagnóstico. Muchos pacientes no experimentan síntoma alguno hasta que la enfermedad se ha extendido a otros órganos.

El proceso que se utiliza para averiguar si el cáncer se ha diseminado a lo largo del riñón o se ha extendido a otras partes del cuerpo se llama estadificación

FACTORES DE RIESGO

No hay factores de riesgo consensuados.

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

Representan el 11º tumor en hombres (1,4%) y el 18º en mujeres (0,8%) en frecuencia de incidencia en el periodo 1981-2009 y el mismo lugar en hombres (1,7%) y el 15º en mujeres (1,1%) entre 2003-2008

Sus tasas se han duplicado a lo largo del periodo de estudio. Así en el periodo 1981-1985 eran las TAMI en hombres de 3,2 y de 1,2 en mujeres, mientras que en el periodo 2003-2009 alcanzan respectivamente valores de 6,2 y 1,9.

Con relación a la TAMI nacional (6,7), nuestra tasa en hombres es muy semejante mientras que es muy inferior en mujeres (4,6)

La razón intersexos H/M es de 2.61 en los últimos siete años.

La incidencia es semejante en el medio urbano y rural.

Globocan prevee en 2015 para Soria una TBI de 6,9 -14,4 corregida- en hombres y 3,0 -6,3 corregida- en mujeres, que es algo superior a los valores esperados. En el año 2010 la TBI en hombres fue de 8,4 en hombres y 2,1 en mujeres.

La evolución secular es mínimamente creciente y la tendencia neoplásica es estable.

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

Representan el 15º y 14º lugar en frecuencia en el periodo 1950-2008 con el 1,1% y 0,9% del volumen neoplásico en hombres y mujeres en este periodo, ocupando el 10º (2,7%) y 14º (1,6%) respectivamente en el sexenio 2003-2008.

A partir de 1986 los datos del I.N.E. no nos permiten realizar estudios de mortalidad. Sin embargo, las TMM -6,7 y 0,2- y TAEM -11,9 y 0,8- en hombres y mujeres respectivamente son representativas en el año 2008, observando con relación a España y a Europa unas tasas elevadas por encima de la mayoría de los registros.

Su evolución secular y tendencia neoplásica se podría considerar estable en el conjunto de la mortalidad quinquenal.

TMM España 2006: 4,1 (H) 1,8 (M)

SUPERVIVENCIA

Es elevada en el periodo 2003-2008 y hasta cierto punto sorprendente ya que alcanza el 90,2% en hombres y el 16.7% en mujeres. Ello habla a favor de un diagnóstico precoz y una terapia efectiva.

De acuerdo con el estudio EURO CARE 4 la supervivencia media de estos tumores en Europa (93 registros / 23 países) es del 55.1% a los 5 años, en la población global europea.

HEMATOLÓGICOS**CIE 169-196**

Cada variante de estas enfermedades tienen un grupo de edad concreto de incidencia, dado que las hay más "típicamente infantiles" como la leucemia aguda linfoblástica, de la que el 80% de los casos se dan en niños de entre 2 a 15 años; mientras que hay enfermedades típicas de la edad media, como leucemia mieloide crónica, que aparece a partir de los 40 años; y otras como la leucemia linfática crónica o el mieloma múltiple y algunas variedades de linfomas que son más típicas en ancianos y "se detectan ya en edad avanzada".

LINFOMAS CIE 196**CONSIDERACIONES**

Los linfomas constituyen una amplia variedad de lesiones malignas que se diferencian en lo que respecta a sus hallazgos genéticos, presentación clínica, abordajes terapéuticos y presentación. Con el paso de los años, el entendimiento de su comportamiento biológico ha llevado a una adopción de una clasificación por la Organización Mundial de Salud (OMS), logrando a su vez nuevas terapias con un gran resultado en la mejoría de los pacientes.

En cuanto a los linfomas, en el mundo es una patología que está en aumento. Hay pacientes que están más predispuestos que otros, como las personas trasplantadas, los inmunodeprimidos, los portadores de HIV que pueden hacer también algunas variedades de hepatitis.

Los linfomas con la evolución de los tiempos han cambiado su clasificación de acuerdo con su estirpe celular de origen, su comportamiento clínico y sus características citogenéticas. Los conceptos actuales en su diagnóstico de acuerdo con su clasificación celular; presentación clínica, de manera focal o difusa; con predominio linfocítico, de Células B o T, de tipo folicular o linfoepitelioide, entre otras, han hecho que su clasificación sea más en esencia acorde a su tipo de celularidad y por ende el tratamiento se ha modificado según el tipo histológico.

En los últimos 20-30 años se ha descrito un aumento significativo de la incidencia de las neoplasias linfoides, si bien las causas de dicho incremento no son del todo conocidas. Parece que la mejora diagnóstica de dichas enfermedades y la epidemia del SIDA han contribuido en parte a la creciente incidencia reportada recientemente, pero en la gran mayoría de los casos los factores de riesgo son aún desconocidos.

Desde Enero de 1994 a Diciembre de 2001, se registraron 1.288 pacientes con el diagnóstico de neoplasia linfóide en la población cubierta por el registro de cáncer poblacional de Girona. La distribución de las neoplasias linfoides fue: neoplasias de células B (77,3%), neoplasias de células T/NK (5,9%), Linfomas de Hodgkin (8,7%) y el 8,2% de los casos no se pudieron reclasificar. La tasa bruta de incidencia de las neoplasias linfoides fue de 35,8 nuevos casos por 100.000 hombres y año y de 25,7 nuevos casos por 100.000 mujeres y año. En los niños (< 15 años) las hemopatías malignas más frecuentes fueron la leucemia/linfoma linfoblástico de células B precursoras (65%) y linfomas de Hodgkin (20%), mientras que mielomas (17,8%), linfomas B difuso de células grandes (13,5%), leucemia linfática crónica/ linfoma linfocítico de células pequeñas (13,3%) y los linfomas foliculares fueron las más frecuentes en los adultos (9,7%).

La supervivencia relativa a los 5 años de todas las neoplasias linfoides fue del 52,5% (IC95% 49,4-55,8) en el Registro de Girona. Los subtipos histológicos con mejor supervivencia relativa a los 5 años son los linfomas de la zona marginal extranodal (MALT) [SR5%: 77,6], linfomas de Hodgkin [SR5%: 75,4]; Leucemia linfática crónica/linfoma linfocítico de células pequeñas [SR5%: 73,5], neoplasias de células T y NK [SR5%: 64,4]. Las de peor pronóstico son Leucemia/Linfoma de Burkitt [SR5%: 23,2], mieloma/plasmocitoma [SR5%: 29,6], los linfomas B difusos de células grandes y la leucemia/Linfoma linfoblástico de células B precursoras [SR5%: 40,0]. Los avances experimentados en el tratamiento durante la última década han permitido mejorar la supervivencia, en especial de los linfomas no Hodgkin B de célula grande.

Según el sexo, la supervivencia relativa a los 5 años de las neoplasias linfoides es superior en las mujeres que en los hombres, siendo estas diferencias significativas en el caso de los linfomas de Hodgkin, linfomas de células T/NK y linfomas B difuso de células grandes. La única variante en que la supervivencia es superior significativamente en los hombres, es en la variante leucemias–linfomas linfoblásticos de células B precursoras.

Existe un riesgo aumentado de padecer linfomas en los pacientes con SIDA, siendo este riesgo diferente según el tipo de linfoma, sexo, vía de exposición al VIH y periodo de tiempo en relación al diagnóstico del SIDA. La variante histológica más frecuente en estos pacientes fue el linfoma B difuso de células grandes seguido del linfoma de Burkitt. La fracción atribuible del SIDA en la incidencia poblacional de los linfomas no Hodgkin fue del 8,7% y del 2,7% para los linfomas de Hodgkin. Esta fracción fue superior en los hombres. Se constata un descenso de la fracción atribuible poblacional del SIDA en la incidencia de los LNH a partir de la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA).

El linfoma de Hodgkin es una enfermedad relativamente infrecuente que se observa principalmente en personas jóvenes. La incidencia de linfoma de Hodgkin en diversos países y regiones de Europa es de 2,5 casos por cada 100000 habitantes en varones y 2,1 casos en mujeres.

Extrapolando estos datos a la población española, esto significa que cada año se producen unos 1000 casos nuevos. La incidencia del linfoma de Hodgkin ha disminuido ligera pero significativamente a lo largo de los 20 últimos años, con una tasa del 0,9% anual. En la provincia de Soria se diagnostican una media de 3 casos al año de esta enfermedad, siendo el subtipo histológico más frecuente la esclerosis nodular. .

El linfoma de Hodgkin afecta tanto a niños como a adultos. Es más común en dos grupos de edades: de 15 a 40 años (con más frecuencia entre 25 y 30) y de 55 años en adelante.

Sin embargo, algunos investigadores han observado que la mayor parte de los casos en personas mayores de 55 años pueden ser debidos a un diagnóstico erróneo de un linfoma no hodgkiniano. Lo que sí está claro, en relación con la distribución del linfoma de Hodgkin en las distintas edades, es que en los países occidentales es muy infrecuente la enfermedad en niños pequeños o ancianos, de manera que sólo el 5% de los casos tiene lugar en personas menores de 15 años y alrededor del 5% en mayores de 70 años.

La enfermedad es algo más frecuente en hombres que en mujeres. No existe una clara asociación de factores familiares y socioeconómicos con la aparición de la enfermedad; sin embargo, parece que en el caso de los adolescentes en países occidentales, la enfermedad afecta más frecuentemente a individuos que pertenecen a familias de mayor nivel socioeconómico.

Se calcula que la incidencia en España es de 12,3 casos por cada 100.000 varones/año y 10,8 en el caso de las mujeres. Al contrario de lo que ocurre en el caso de los linfomas no Hodgkin no se han producido cambios terapéuticos con impacto en las tasas de supervivencia durante aproximadamente las tres últimas décadas.

Los linfomas no Hodgkin son tumores de incidencia y mortalidad relativas en nuestro país, con mayor prevalencia en las áreas marítimas, que han sufrido numerosas clasificaciones en la nomenclatura a lo largo del pasado siglo. Hay clasificaciones basadas en hechos inmunológicos, otras en moleculares, ontogenéticas otras, etc. Su origen puede encontrarse dos tipos de células: los linfocitos B y los T.

Hay una serie de circunstancias o enfermedades que pueden predisponer al desarrollo de un **linfoma no Hodgkin**. Entre estas situaciones predisponentes se encuentra: los tratamientos previos con agentes inmunosupresores, quimioterapia, radioterapia o trasplante de órganos. También se han asociado a algunas infecciones como la provocada por el virus HIV-1, HTLV-I, infecciones por Epstein-Barr, hepatitis C, *Borrelia burdorferi*, o a enfermedades del tejido conectivo como Lupus eritematoso, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren, crioglobulinemia mixta e incluso a determinadas enfermedades gastrointestinales como la enfermedad de Crohn, la enfermedad celíaca o la gastritis crónica por *Helicobacter pylori* a algunos tipos especiales de linfomas gastrointestinales. Hay también evidencia de riesgo entre personal expuesto a plaguicidas.

En EE UU, según la Asociación Americana del Cáncer durante el año 2007 hubo 63.190 casos nuevos de linfoma no Hodgkin con 18.660 fallecimientos debidos a éste tumor.

Durante todo el periodo 1973-2008 se ha registrado un importante incremento de las tasas de incidencia de linfoma no Hodgkin en ambos sexos, llegando a triplicar las tasas. Se conocen mal las causas que están contribuyendo al importante incremento de los linfomas no Hodgkin aunque se han relacionado con cambios en los métodos diagnósticos y de registro y más recientemente con la epidemia de SIDA.

Cada año se detectan más de 10 casos por cada 100.000 habitantes de este grupo de enfermedades cancerosas que se desarrollan en el sistema linfático.

FACTORES DE RIESGO

En la mayoría de los pacientes, no hay una causa conocida e identificable.

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

A lo largo del periodo de estudio el conjunto de linfomas y mielomas ocupa el 8º lugar en hombres y el 6º en mujeres con un porcentaje semejante del 3,3% del total neoplásico en cada sexo. La razón intersexos en este periodo fue de 1,33.

En el septenio 2003-2009 con un 3,0% y 3,1% en hombres y mujeres sigue ocupando el mismo lugar ordinal en hombres y el 9º en mujeres.

Las TAMIs de los linfomas en conjunto en el septenio (9,8 -H- y 7,5 -M-) prácticamente no han sufrido variaciones en el periodo 1981-2009, ya que tienen los mismos valores que en el periodo 1991-1995 en hombres y en 1996-1999 en mujeres, con escasas variaciones y picos de incidencia inestables en todo el periodo de estudio. –Ver fichas, tablas y gráficos-

La ampliación del espectro diagnóstico de muchas lesiones hematológicas no nos permite realizar más estudios comparativos que los encontrados en fichas y tablas.

Tampoco podemos hablar de tendencias dado el cambio experimentado en clasificaciones hematológicas a lo largo del ciclo estudiado.

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

A través de nuestros estudios anteriores (Atlas Descriptivo del CÁNCER en Soria 1950-1999), podemos observar como las TAMMs de linfomas en Soria en el periodo 2003-2008 –agrupados LNH y LH- alcanzan unos valores de 3,6 y 5,5 en hombres y mujeres, mortalidad que se mantiene específicamente en el año 2008, y que apenas sufre variaciones en hombres respecto de 1978-1992 (TAMM 3,7) aunque si duplica su TAMM con relación a este periodo en el caso de la mujer (1978-1992 : 2,4)

Ver fichas, tablas y gráficos.

TOTAL TUMORES HEMATOLÓGICOS:

TAMM España 2006: 14,5 (H) 8,9 (M)

SUPERVIVENCIA

Por la complejidad de los procesos y las variaciones clasificatorias en estos años hemos incluido globalmente para estudiar la supervivencia a 5 años de todos los tumores hematológicos (Linfomas, Leucemias, Mielomas, SMD, etc...) que en el periodo 2003-2008 dan unos valores de 52,1% en hombres y 43,3% en mujeres.(Ver fichas y tablas).

De acuerdo con el estudio EURO CARE 4 la supervivencia media de estos tumores en Europa (93 registros / 23 países) es a los 5 años, en la población global europea (hombres+mujeres), de:

LINFOMA NO HODGKIN...: 53.6%

LINFOMA HODGKIN.....: 81.4%

En España y para el LINFOMA NO HODGKIN en el periodo 1985-2002 es de 53.2% en el global de ambos sexos, semejante a la media europea.



1960: Hospital de Peregrinos Plaza de El Salvador

MIELOMA MULTIPLE CIE 169

CONSIDERACIONES

El origen de esta neoplasia hematológica se encuentra en la célula plasmática, cuya función en condiciones normales es sintetizar anticuerpos. Las células plasmáticas anormales o patológicas al proliferar con mayor actividad que las sanas producen una proteína monoclonal, llamada paraproteína, que se puede detectar en orina o sangre, y que en la mayoría de los casos establece el diagnóstico.

Se calcula que se presenta con una incidencia anual de 4 enfermos con mieloma múltiple por cada 100.000 habitantes. La edad media de presentación está alrededor de los 65 años. En nuestra provincia, dada la elevada proporción de población anciana, la incidencia de la enfermedad es algo mayor, diagnosticándose una media anual de 6-8 casos.

Se desconoce su etiopatogenia aunque se ha asociado a exposición a radiaciones, productos químicos, herbicidas, insecticidas o factores genéticos o infecciosos.

Existen muchos síntomas relacionados con este tumor, que pueden preceder en años al diagnóstico y que, por su naturaleza, pueden confundirse muy fácilmente con otras enfermedades no tumorales. La sintomatología más frecuente al inicio de la enfermedad son el dolor óseo y el cansancio con frecuencia relacionado con la anemia.

Se establecen tres estadios relacionados con el pronóstico atendiendo al nivel de masa tumoral como de baja, intermedia o alta carga tumoral. Estos estadios clásicamente se han establecido teniendo en cuenta diversos factores como la anemia, la elevación del calcio sérico, el deterioro de la función renal, la presencia o ausencia de lesiones óseas y nivel sanguíneo de la paraproteína. El sistema de estadiaje más empleado en la actualidad también discrimina tres grupos en virtud de únicamente dos parámetros: la concentración de albúmina seca y la beta-2 microglobulina (proteína producida por la célula tumoral)

Raramente el tratamiento tiene posibilidad de curar al paciente, excepto cuando la enfermedad se presenta como un tumor óseo solitario o plasmocitoma extramedular. En estos casos la radioterapia externa puede ser potencialmente curativa. Durante la última década la incorporación de

nuevos fármacos en las estrategias terapéuticas de esta enfermedad ha permitido elevar la mediana de supervivencia de los pacientes con esta patología desde unos 3 años hasta algo más de 5 años; no obstante, la curación de la misma queda aún lejos.

FACTORES DE RIESGO

Hay algunas enfermedades que se han considerado predisponentes:

- Lupus Eritematoso Diseminado
- Artritis Reumatoide
- Transplantados renales
- Agammaglobulinemia
- Radiaciones ionizantes
- Tricloroetileno

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

A lo largo del periodo de estudio el conjunto de linfomas y mielomas ocupa el 8º lugar en hombres y el 6º en mujeres con un porcentaje semejante del 3,3% del total neoplásico en cada sexo. La razón intersexos en este periodo fue de 1,33.

En el septenio 2003-2009 con un 3,0% y 3,1% en hombres y mujeres sigue ocupando el mismo lugar ordinal en hombres y el 9º en mujeres.

Las TAMIs de los mielomas en conjunto en el septenio (3,7 -H- y 2,7 -M-) prácticamente no han sufrido variaciones en el periodo 1981-2009, ya que el aumento experimentado en estos 29 años ha sido menor de 1 punto en ambos sexos (quinquenal) desde 1981 en hombres (-2,9 - 2,7- 2,4 - 2,3) y en mujeres (- 1,2 - 1,0 - 2,3 - 2,1-). -Ver fichas, tablas y gráficos-

La ampliación del espectro diagnóstico de muchas lesiones hematológicas no nos permite realizar más estudios comparativos que los encontrados en fichas y tablas.

Tampoco podemos hablar de tendencias dado el cambio experimentado en clasificaciones hematológicas a lo largo del ciclo estudiado.

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

Ver LEUCEMIAS

Ver fichas, tablas y gráficos.

En muchos registros van incluidos en el mismo grupo con las leucemias

SUPERVIVENCIA

Los Certificados y Boletines de defunción a lo largo de los años de estudio, tienen muchas deficiencias en cuanto a su confección y codificación, y más aún con las variaciones en la nomenclatura de las neoplasias hematológicas, que harían enmarcarse diferentes procesos en diferentes grupos dependiendo del quinquenio que hubiéramos ponderado. Por ello únicamente podemos hablar globalmente de supervivencia en Tumores Hematológicos y específicamente de Linfomas.

De acuerdo con el estudio EURO CARE 4 la supervivencia media de estos tumores en Europa (93 registros / 23 países) es a los 5 años, en la población global europea, de:

MIELOMA MÚLTIPLE: 35.9%



1960: Hospital de Santa Isabel

LEUCEMIAS CIE 169

CONSIDERACIONES

La leucemia es una enfermedad maligna originada en la médula ósea, caracterizada por el crecimiento desordenado y descontrolado de las células sanguíneas, de etiología incierta y aunque son varias las hipótesis no se conoce exactamente la causa que la origina ni existe ningún método para prevenirla.

Existen dos tipos de leucemias: mieloide y linfoide. La diferencia radica en el tipo de células involucradas. A su vez se pueden clasificar en agudas y crónicas, y se distinguen varios subtipos: leucemia linfoblástica aguda, leucemia linfocítica crónica, leucemia mieloblástica aguda y leucemia mieloide crónica.

Australia y Canadá son los países cuyos registros de cáncer muestran una mayor incidencia de leucemias, mientras que, por el contrario, son los países menos desarrollados como la India los que tienen menos tasas.

La leucemia aguda es una enfermedad que progresa rápidamente, y en la que se produce un aumento de células inmaduras no funcionales en la médula ósea, que infiltran y pasan a la sangre y órganos hematopoyéticos, como ganglios linfáticos, hígado y bazo. Por este motivo se altera el crecimiento de las células normales de la médula (plaquetas, glóbulos rojos y glóbulos blancos), lo cual se traduce en un descenso en sangre de la cuantía de glóbulos rojos, leucocitos y plaquetas.

La deficiencia de glóbulos rojos lleva a la anemia, así como la falta de glóbulos blancos normales impide la posibilidad de defenderse de las infecciones y la de plaquetas predispone al sangrado. Las formas crónicas progresan más lentamente y permiten la producción de un mayor número de células maduras y funcionales.

En las últimas cinco décadas la medicina ha desarrollado tratamientos quimioterápicos cada vez más efectivos para los pacientes con leucemia, que incluyen nuevas drogas, tratamientos de apoyo como transfusiones y antibióticos, así como el trasplante de células progenitoras periféricas, conocido comúnmente como trasplante de médula ósea. Cada año se detectan una media de 7-8 casos de leucemia por cada 100.000 habitantes y año.

FACTORES DE RIESGO

La IARC acordó en el año 2004 (monografía publicada en 2006), clasificar al formaldehído en el máximo nivel de riesgo de cáncer (grupo 1 = evidencia suficiente de efecto carcinógeno en humanos). Fue el cáncer nasofaríngeo el primero en ser aceptado y para su próxima monografía, la IARC ya ha acordado incluir también a la leucemia mieloide. Los investigadores del Instituto Nacional del Cáncer de los EEUU (NCI), basándose tanto en la investigación epidemiológica, como en la experimental de laboratorio, concluyen que la exposición al formaldehído puede causar leucemia en el hombre, particularmente leucemia mieloide. Permanecen como con evidencias fuertes para la IARC, pero no suficientes, el cáncer nasosinusal y tumores sólidos como el cáncer de encéfalo.

Existe una serie de alteraciones sindrómicas que las favorecen:

- Síndrome de Down
- Anemia de Fanconi
- Síndrome de Bloom
- Ataxia- Telangiectasia
- Exposición a radiaciones ionizantes
- Inmunosupresores en general
- Exposición a Tetracloruro, benceno y etileno

Tratamientos quimioterápicos (como por ejemplo, fármacos alquilantes o mitoxantrone)

Sabemos que hay factores generales como la exposición a sustancias tóxicas por fumigaciones o los derivados del petróleo, así como a torres de alta tensión, aunque no hemos podido corroborar un aumento de la incidencia asociada a estos factores.

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

A lo largo del periodo de estudio el conjunto de leucemias y síndromes linfoproliferativos ocupa el 10º lugar en hombres y el 7º en mujeres con un porcentaje del 2,2% (H) y 3,3% (M) del total neoplásico en cada sexo. La razón intersexos en este periodo fue de 0,96.

En el septenio 2003-2009 con un 1,7% y 3,6% en hombres y mujeres respectivamente sigue ocupando el mismo lugar ordinal en mujeres y el 12 en hombres..

Las TAMIs de estos procesos en conjunto en el septenio (7,6 -H- y 6,6 -M-) prácticamente han aumentado un 30% sus valores en hombres en el periodo 1981-2009, mientras que la diferencia en mujeres no es significativa. El aumento experimentado en estos 29 años (quinquenal) desde 1981-1999 en hombres (- 5,6 - 6,5 - 5,9 - 4,8-) y en mujeres (- 2,9 - 5,3 - 5,9 - 5,0 -), nos presenta unas neoplasias hematológicas de baja incidencia y con tendencia neoplásica levemente creciente en varones y estable en la mujer soriana. -Ver fichas, tablas y gráficos-

La ampliación del espectro diagnóstico de muchas lesiones hematológicas no nos permite realizar más estudios comparativos que los encontrados en fichas y tablas.

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

Ver MIELOMAS

Ver fichas, tablas y gráficos.

En muchos registros se han incluido junto con la mortalidad por Mielomas.

En el año 2008, desagregado de esa conjunción diagnóstica, la TAMM específica de este grupo de neoplasias linfoproliferativas fue de 2,2 en hombres y 2,8 en mujeres, inferior a las obtenidas entre 1978-1982 que fue de 4,9 y 3,3 (Atlas descriptivo del cáncer en Soria 1981-1999). Ver fichas, tablas y gráficos.

SUPERVIVENCIA

Los Certificados y Boletines de defunción a lo largo de los años de estudio, tienen muchas deficiencias en cuanto a su confección y codificación, y más aún con las variaciones en la nomenclatura de las neoplasias hematológicas, que harían enmarcarse diferentes procesos en diferentes grupos dependiendo del quinquenio que hubiéramos ponderado. Por ello únicamente podemos hablar globalmente de supervivencia en Tumores Hematológicos y específicamente de Linfomas.

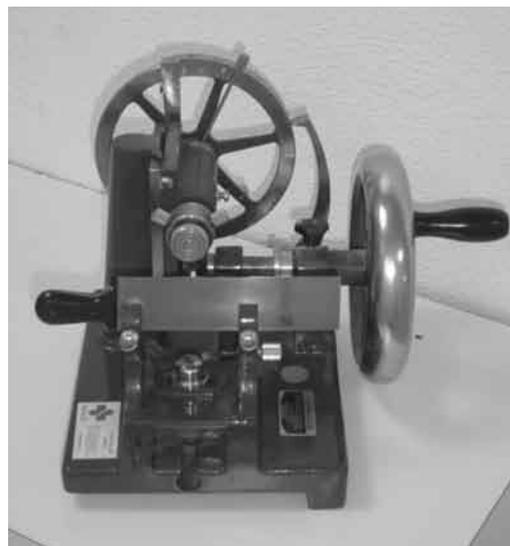
De acuerdo con el estudio EURO CARE 4 la supervivencia media de estos tumores en Europa (93 registros / 23 países) es a los 5 años, en la población global europea, de:

- LEUCEMIAS:..... 43.4%
- LLA: 28.8%
- CLL: 70.2%
- AML: 15.8%
- CML: 37.2%
- SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS: ... 33.1%

NOTA FINAL

Ha habido grandes avances terapéuticos pero no hay tratamiento para muchas lesiones. Las patologías donde hoy el abordaje terapéutico es más eficaz son la leucemia linfoblástica infantil, que se cura en un 80 por ciento de los casos la leucemia aguda en adultos en que también se ha avanzado en su regresión y la mieloblástica, de la que entre el 20-50 % de los casos pueden curarse.

En cambio, en otras enfermedades las terapias innovadoras han aumentado el número de respuestas o la supervivencia, pero no ofrecen una cura definitiva. A pesar de todo, la preparación de los profesionales del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el campo de Hematología es “excelente, lo cual permite alcanzar resultados clínicos similares a los que se obtienen a nivel internacional”



1925: Microtomo de resina

ADDENDUM. TUMORES HEMATOLÓGICOS

**DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES
NEOPLÁSICAS HEMATOLÓGICAS 2009-2010 (I-IX)**

TIPO HEMATOLÓGICO	2009 H	2009 M	2100 I-IX H	2010 I-IX M	% HOM.	% MUJ.
LEUCEMIAS CRONICAS	3	1	6	4	12,3	7,4
LEUCEMIAS AGUDAS	2	3	2	2	5,5	7,4
LNH	6	4	6	2	16,4	8,8
LH	1	2	1	0	2,7	2,9
POLICITEMIA VERA	2	4	1	1	4,1	7,4
PTI	4	2	2	2	8,2	5,9
MIELOMA MULTIPLE	4	2	2	1	8,2	4,4
S.Mielo Displ y SMPC	4	5	2	3	8,2	11,8
GMSI IgA IgG	3	2	1	3	5,5	7,4
S. HIPEREOSINOFILO	1	0	0	1	1,4	1,5
MUTACIONES	2	3	1	4	4,1	10,3
ELEVACIONES FC VIII	3	4	0	0	4,1	5,9
MIELOFIBROSIS	3	1	0	0	4,1	1,5
ANEMIA HEMOLITICA	0	2	0	0	0,0	2,9
SLPc-T	0	1	0	0	0,0	1,5
PLASMOCITOMA	1	0	1	0	2,7	0,0
OTROS s/e	6	6	3	3	12,3	13,2
TOTAL	45	42	28	26	100,0	100

TIPOS HISTOLÓGICOS LINFOMAS 2003-2009

LINFOMA HODGKIN

CELULARIDAD MIXTA	5	35,7%
NODULAR.....	2	14,3%
ESCLEROSIS NODULAR.....	5	35,7%
SIN ESPECIFICAR.....	2	14,3%

LINFOMA NO HODGKIN

	Número	Porcentaje
FOLICULARES	21	21,9
DIFUSO CELULA GRANDE	28	29,2
LINFOCITICO	2	2,1
CL DEL MANTO	8	8,3
MALT	6	6,3
OTROS B ALTO GRADO	16	16,7
LINFOPLASMOCITARIO	1	1,0
ANAPLASICO CL GRANDE	2	2,1
OTROS LNH CELULA T	2	2,1
ESPLENICO CL PELUDA VELLO	3	3,1
LNH ZONA MARGINAL	3	3,1
LNH CL GRANDE BURKITT-LIKE	2	2,1
ANGIOINMUNOBLÁSTICO	2	2,1
TOTALES	96	100

PIEL Y MELANOMAS

PIEL CIE 173

CONSIDERACIONES

Los tumores de piel son los tumores más frecuentes de todos los Registros de Cáncer y los que menor mortalidad condicionan. En España y en el periodo 1978-95 apenas fallecen por estas neoplasias 5.000 personas de cada sexo.

En este grupo se incluyen, no obstante, los melanomas de pronóstico y significación diferente.

El Hospital General del INSALUD de Soria, en la actualidad Complejo Hospitalario de Soria, no contó con unidad de dermatología médico-quirúrgica hasta 1985 por lo que los datos de 1981-1985 no deben ser considerados objetivamente. De hecho, nosotros no los hemos valorado en los estudios de curvas de tendencias, a expensas de las tasas específicas de incidencia, para dichos años.

Son tumores típicos de la senectud, con excepción de los melanomas que se presentan a cualquier edad con mayor abanico de edades.

MELANOMAS

En los últimos años ha existido un crecimiento exponencial de los casos de melanoma. La TAMI por 1000.000 habitantes es de 5.85 para los varones, de tal forma, que es una de las neoplasias que más se está incrementado, tanto en jóvenes como en mayores. Esta elevada incidencia, ha generado una alarma social y médica, que obliga a tener un abordaje multidisciplinar, orientado fundamentalmente a la prevención. Por ello y a pesar del aumento del número de casos, la mortalidad es estable, probablemente en relación con la mejoría diagnóstica y precocidad quirúrgica.

FACTORES DE RIESGO de MELANOMAS

Edad: Puede aparecer a cualquier edad, aunque cada vez se diagnostican en gente más joven y con mayor frecuencia se concentran en la edad media de la vida. El 41% de los melanomas se diagnostican antes de los 55 años. En pacientes de más de 70 años, son más frecuentes los melanomas nodulares y lentiginosos acrales (58%), mientras que en jóvenes, los más frecuentes, son los de extensión superficial (74%). También parece existir una correlación entre la edad y el grosor: los pacientes ancianos, tienen un Breslow, mayor que los jóvenes.

Sexo: Son más frecuentes en las mujeres, que en los hombres, sin poder dar explicaciones a estas diferencias, salvo por la moda del bronceado solar. La localización en las mujeres, es más frecuente en extremidades inferiores y zonas de mayor exposición al sol y en general, tienen mejor pronóstico que en los varones.

Factor racial: Existe una mayor incidencia en personas rubias, pelirrojas y de ojos claros. Los pacientes de raza negra tienen una incidencia 10 veces menor que los de raza blanca, y en estos individuos, las localizaciones más frecuentes son las palmas de manos, las plantas de los pies, las mucosas y los ojos, lo que señala la importancia de la pigmentación como protección frente al melanoma.

Presencia de nevus: La existencia de un número elevado de nevus se correlaciona con mayor probabilidad de padecer melanoma, sobre todo, si existen nevus atípicos. Los nevus congénitos gigantes, también son de mayor riesgo, sobre todo si se localizan en regiones paravertebrales. No obstante, el melanoma se desarrolla de "novo" en el 75% de los casos y en el 25% se desarrolla sobre un nevus preexistente.

Existen algunos signos, que si aparecen en los nevus adquiridos, se debe pensarse en la posibilidad de que hayan evolucionado a un melanoma, y son: **la asimetría (A); los bordes imprecisos (B); color cambiante (C); diámetro superior a 6 mm (D); elevaciones papulosas en la superficie del nevus (E); antecedentes familiares (F); grosor diferente en diferentes zonas del nevus (G); presencia de hemorragia (H).**

La existencia previa de un melanoma es otro factor de riesgo importante, siendo el riesgo relativo de desarrollar un segundo melanoma 70 veces superior al de desarrollar un primer melanoma.

La existencia de nevus melanocíticos congénitos o de múltiples nevus adquiridos representa también un factor de riesgo importante de desarro-

llo de melanoma maligno. Las personas que presentan más de 50 nevus melanocíticos comunes tienen un factor de riesgo 3 veces superior al de la población normal, y las personas que tienen más de 100 nevus tienen 7,6 veces más riesgo de desarrollar un melanoma. Los nevus melanocíticos congénitos gigantes tienen un riesgo de transformación maligna del 6% al 8%, y generalmente desarrollan melanoma antes de los 10 años de edad del paciente.

Los nevus melanocíticos congénitos pequeños no parecen presentar un riesgo aumentado.

La existencia de nevus melanocíticos atípicos, es un marcador de riesgo de desarrollar melanoma. En estos casos, el riesgo de melanoma varía de 2 a 28 veces, dependiendo de si tiene uno o más de 4 nevus. Estos individuos deben ser vigilados de forma muy estrecha con dermatoscopia, de por vida.

Factores Genéticos: Siempre que hay historia familiar de melanoma, existe un riesgo hasta 12 veces superior. En la actualidad se conocen 2 genes de susceptibilidad para el melanoma: el gen CDKN2A (p16), localizado en el cromosoma 9; y el CDK4, localizado en el cromosoma 14. El 20% de familias con melanoma, presentan mutaciones en CDKN2A. El desarrollo de melanoma familiar asociado a estas mutaciones probablemente representa menos del 1% de los casos de melanoma.

Luz solar y situación geográfica: Existe una relación directa entre la exposición solar y la incidencia de melanoma, por lo que es más frecuente en zonas cercanas al Ecuador. Sin embargo, para considerar la relación luz solar-melanoma, es necesario que el paciente haya tenido tres o más quemaduras solares, con ampollas, antes de los 20 años. Tampoco existen dudas, de que la radiación ultravioleta, es un factor de riesgo para los nevus y melanoma. También todas las longitudes de onda tienen peligro, siendo las mayores, las que están entre 290-320 nm. Las personas que usan bronceado artificial con camas UVA reciben el doble de irradiación que aquellas que se exponen a luz solar en la playa al mediodía y en verano. También hay mayor prevalencia entre aquellas personas que tienen exposiciones solares intermitentes e intensas.

Inmunodepresión: Condiciona un mayor riesgo de tener melanoma, aquellos pacientes con antecedentes de leucemias, linfomas, trasplantes de órganos, VIH o cualquier otra situación de inmunosupresión patológica o medicamentosa.

El melanoma maligno (MM) es una de las causas de muerte de cáncer de piel entre los adultos jóvenes, y a él se le atribuyen el 1% de las muertes por cualquier etiología.

Esta incidencia se está incrementando dramáticamente en todos los países del mundo. La exposición continuada a las radiaciones solares, las quemaduras solares durante la infancia, el fototipo de la piel y la existencia de múltiples nevus cutáneos atípicos son algunos de los factores que influyen en su Etiopatogenia.

Actualmente su incidencia está en aumento en todo el mundo y desafortunadamente el tratamiento médico hoy por hoy es poco esperanzador. Sólo la extirpación completa en su inicio y su diagnóstico precoz pueden frenar su alta mortalidad, que actualmente se estima en un 41%.

El aumento de la incidencia podría también asociarse a la mayor delgadez de la capa de ozono. Su crecimiento en incidencia es equivalente al mismo incremento que registran los tumores de mama, colon y próstata "juntos". De hecho, el melanoma, que supone el 75 por ciento de todas las muertes por cáncer de piel, es el tumor que más crece, excepto el de pulmón entre mujeres.

SÍNTESIS DE FACTORES DE RIESGO DE LOS TUMORES CUTÁNEOS

- Raza blanca
- Pelo rubio y pelirrojo
- Ojos verdes y azules
- Cicatrices crónicas
- Úlceras y quemaduras cutáneas
- Sobre-exposición solar
- Origen anglosajón
- Trabajadores de industrias petroquímicas
- Trabajadores con asfalto, manufacturas del aluminio etc..

Lesiones Predisponentes:

- Nevus congénitos (Melanoma)
- Léntigo (Melanoma)

- Dermatitis por Hidrocarburos Policíclicos
- Dermatitis por Arsénico
- Queratosis Actínica
- Xeroderma pigmentoso

Factores que aumentan el riesgo de desarrollar melanoma	
Aumentan mucho	-Número elevado de nevus -Presencia de nevus atípicos en pacientes con antecedentes familiares de melanoma (2) -Lesiones pigmentadas con cambios clínicos
Moderadamente aumentado	-Historia previa de melanoma -Historia familiar de melanoma -Nevus atípicos sin historia familiar de melanoma -Fototipo de piel clara
Discretamente aumentado	-Quemadura solar fácil, sin pigmentación -Lentigos múltiples - Inmunosupresión por trasplante

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

Representan en la actualidad, los tumores de piel y melanomas, el 32,4 y el 37,7 % de todos los tumores malignos de la provincia de Soria en hombres y mujeres respectivamente, siendo en frecuencia los tumores más incidentes en ambos sexos.

a.-Piel no melanomas:

Ocupan el primer lugar en incidencia en ambos sexos si incluimos los tumores de piel con porcentajes del 25,1 y 25,2 respectivamente en hombres y mujeres entre 1981 y 2009. En el periodo 2003-2009 pasan al 2º lugar en hombres (18,5%) y siguen en primer lugar en mujeres (24,5%).

La razón intersexos es de 1,22 y 1,24 en los dos periodos global y del septenio, con diferencias de riesgo en el medio rural sobre el urbano, en el periodo 2003-2009.

La edad media de presentación se mantiene en todo el periodo de estudio entorno a los 73 años para los hombres y los 76 en las mujeres.

Las décadas de mayor incidencia se sitúan en ambos sexos de los 70-79 años, con un desplazamiento a mayores de 80 en el septenio 2003-2009.

Sus intervalos etarios son muy amplios de 25 a 101 años en los hombres y de 34 a 105 en las mujeres.

b.-Melanomas

Ocupan el 12º y 9º lugar en frecuencia neoplásica (1,2% H y 2,9% M) en el periodo 1981-2009 y el 10º y 4º respectivamente entre 2003-2009 (1,8% H y 4,7% M). Al contrario que los “tumores de piel no melanomas” muestran una mayor incidencia en el medio urbano que en el rural siendo sus TAMIs en el periodo 2003-2009 de 6,8-H- y 11,2-M-, prácticamente semejantes a las tasas nacionales si contamos con los incrementos de tasas anuales.

Presentan unos picos de incidencia etaria en dientes de sierra en ambos sexos, como corresponde a neoplasias que se presentan en todas las edades sin rango de frecuencia prevalente.

La relación intersexos H/M es netamente femenina en los melanomas (0,6) en todos los periodos del estudio.

Los melanomas, muestran una evolución secular creciente y unas tendencias neoplásicas emergentes en hombres y mujeres.

Con relación a otros registros nuestras TAMIs son muy elevadas en ambos sexos en el periodo 2003-2009 (6,8 H y 11,2 M) (Ver tablas y fichas)

Para Globocan la TBI de Soria en 2015 le da un valor de 3,6 (7,5 corregida) en hombres y de 3,9 (8,1 corregida) en mujeres, valores que consideramos muy por debajo de las cifras que alcanzaremos y que en la actualidad duplican a las previstas.

En 2010 las TBIs han sido de 10,5 (H) y 21,0 (M).

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

Frente a los significativos porcentajes de incidencia, la mortalidad por cáncer de piel que incluye a melanomas, no melanomas y sarcomas de partes blandas no alcanza en ningún caso el 2% de los fallecimientos en Soria desde 1950 a 2008.

Sus tasas ajustadas de mortalidad de 1978 a 1992 son de 2,3 y 0,9 casos por 100.000 hombres y mujeres respectivamente (no melanomas). Los melanomas presentan valores de 1,1 y 0,3 por 100.000 hombres y mujeres en esos periodos.

Actualmente y en el año 2008 nuestras TAEM de 1,3 y 4,7 en hombres y mujeres nos muestra como un área de riesgo intermedio en hombres y elevado en mujeres para el desarrollo de Melanomas.

TAMM España 2006 MELANOMAS : 1,5 (H) 1,3 (M)

SUPERVIVENCIA

Los parámetros de supervivencia TB M/ TB I son para los tumores de piel -no melanomas- de 0,015 y 0,014 en hombres y mujeres, con valores de 0,26 y 0,033 para los melanomas, cifras que expresan por sí mismas el buen pronóstico global de este tipo de tumores e incluso de los melanomas en el último sexenio estudiado.

La supervivencia del 78% en hombres y del 89,2% en mujeres en el periodo 1996-1999, contrasta con los valores de 2003-2008 del 62,4% y 94% respectivamente.

Llama la atención por tanto el diferente patrón pronóstico y de supervivencia de las mujeres respecto de los hombres en el caso de los melanomas, muy superior, cuestión que merece un estudio particular en profundidad para comprender su etiopatogenia. (Ver fichas y tablas).

De acuerdo con el estudio EURO CARE 4 la supervivencia media de los MELANOMAS en Europa (93 registros / 23 países) es a los 5 años, en la población global europea, de 86.3%.

En España y para el MELANOMA (no carcinomas) en el periodo 1985-2002 es del 83,2% en el global de ambos sexos, por encima (+2) de la media europea para ese periodo etario..

ADDENDUM. MELANOMAS

MELANOMAS CUTÁNEOS

VARIACIONES ETARIAS 1993 1999 // 2003 2009

Número de CASOS

1993 1999: 63 CASOS Breslow : 2,09 mm. de media
IN SITU: 7 casos

2003 2009: 128 CASOS Breslow : 2,93 mm. de media
IN SITU: 23 casos

NIVELES DE CLARK

PERIODO	I	II	III	IV	V	
TOT. 1993 1999	12	16	10	17	8	
HOMBRES 27	5	7	3	8	4	42.9 %
MUJERES 36	7	9	7	9	4	57.1 %
PORCENTAJE	19.0	25,4	15.9	27,0	12,7	
TOT. 2003 2009	39	30	16	36	7	
HOMBRES 50	13	14	7	13	3	39.1 %
MUJERES 78	26	16	9	23	4	60.9 %
PORCENTAJE	30.5	23.4	12.5	28.1	5.5	

CONSIDERACIONES

Podemos observar en la tabla adjunta una serie de hechos de importancia en la tendencia de los melanomas.

- Se ha duplicado, en el intervalo etario, el Número de melanomas en ambos sexos, con una discreta desproporción mayor en la mujer soriana.
- Las prácticas de diagnóstico precoz han contribuido a.:

- Aumento de nivel de Clark I en el periodo 2003-2009
- Reducción del nivel V de Clark en el mismo periodo.
- Mantenimiento de los valores intermedios.
- Aumento del Número de melanomas In Situ.
- El cociente H/M intersexos de 0,75 en el primer periodo (1993-1999) ha pasado a ser de 0,64 en el septenio 2003-2009, para alcanzar el valor de 0,5 en el año 2010, como signo de la mayor afectación creciente del sexo femenino en este tipo de tumores.

En el año 2010 las TAMIs para hombres y mujeres adquieren un valor de 7,2 y 15,6 (-6,8 y 11,2 en el septenio-) que da fé del carácter emergente de los melanomas y su tendencia creciente en los próximos años, aunque con niveles diagnósticos de menor grado que favorecerán - a pesar de su número- su resolución.



1956: Sin proteccion solar. Antiguo Campo de San Andrés.

TIROIDES CIE 193

CONSIDERACIONES

INCIDENCIA

Ocupan un lugar poco representativo en todo el periodo de estudio con un porcentaje del 0,3 y 0,9 en hombres y mujeres, que se ha mantenido en el septenio 2003-2009. (0,3% y 1,1%).

La razón intersexos H/M desde 1981 es de 0,4 y la evolución secular y sus tendencias neoplásicas estables.

El estudio Globocan 2015 prevee una TBI (0,9 H y 2,5 M) corregida de 1,9 en hombres y 5,2 en mujeres.

En el año 2010 tan solo hemos tenido neoplasias en el sexo femenino con una TBI de 14,7 muy por encima de la prevista para 2015 que está infra-valorada. No obstante, esta TBI es puntual con la presencia de un número de casos concentrados en esta anualidad, y que no permite hacer valoraciones de tendencias

MORTALIDAD

Además de tener unas tasas muy bajas, en la codificación del INE se encuentran integradas junto a otras localizaciones de cabeza y cuello, por lo que no procede su estudio.

TAMM España 2006: SIN DATOS

SUPERVIVENCIA

De acuerdo con el estudio EURO CARE 4 la supervivencia media de estas neoplasias en Europa (93 registros / 23 países) es a los 5 años, en la población global europea, de 85.5%.

OJO Y ANEJOS OCULARES CIE 190

CONSIDERACIONES

INCIDENCIA

Los tumores de ojo y anejos oculares son neoplasias de muy baja incidencia y mortalidad en todos los registros nacionales e internacionales contrastados.

Son neoplasias que pueden localizarse en:

- Párpados
- Conjuntiva
- Retina
- Uvea
- Glándulas Lacrimales
- Saco Lacrimal
- Orbita
- Nervio Óptico

Sus tipos histológicos son además muy variados en su etiopatogenia: Carcinomas, Sarcomas y Procesos linfoproliferativos así como Melanomas, son el amplio arco diagnóstico con el que nos encontramos en esta localización anatómica.

Representan en Soria, de forma ordinal el lugar 25º (0,3%) y 23º (0,3%) en hombres y mujeres para el total del periodo 1981-2009, con una razón intersexos de 1,44. En el septenio 2003 2009 tan solo se han diagnosticado un tumor en varón y dos en la mujer soriana lo que habla a favor de esa baja incidencia.

Por supuesto, no hay diferencias entre el medio urbano y el rural y la TAMI global del septenio es de 0,4 para hombres y 0,1 para mujeres, no valorables epidemiológicamente.

Los intervalos etarios son tan amplios como lo son sus tipos histológicos. Ver tablas.

MORTALIDAD

Por su baja tasa y su codificación unas veces como tumores de piel y en otras ocasiones como tumores del SNC e incluso de "orofaringe / cabeza-cuello", no es posible realizar estudios valorativos, siendo además de múltiples estirpes tisulares –como hemos citado- y de una mortalidad muy baja, ya que es baja también su incidencia.

TAMM España 2006: SIN DATOS

SUPERVIVENCIA

Hay tumores como los de estirpe epitelial de los párpados con una supervivencia elevada semejante a la de los tumores de piel –no melanomas- y otros de estirpe neural, linfoide o melanótica (melanomas) cuya supervivencia sufre un gran descenso. No es factible establecer valoraciones por su localización anatómica.



1926: Soria desde San Juan de Duero

SARCOMAS DE PARTES BLANDAS CIE 171

INCIDENCIA

Son tumores de baja incidencia 0,6% y 0,5% en hombres y mujeres, en Soria, en el global del periodo con cifras muy semejantes en el septenio 2003-2009, cuya edad media de presentación es 5-10 años inferior a la de los carcinomas (56-58 años).

Su bajo número no permite hacer valoraciones en los medios urbano y rural.

Sus intervalos etarios son muy amplios de 33-90 en varones y 27-89 en féminas. (Ver fichas y tablas).

La razón intersexos H/M de 1981 a 2009 ha sido de 1,57 mientras que la del septenio es de 1,0 (11 varones y 11 mujeres).

Las TAMIs para este último periodo son de 1,2 y 1,6 respectivamente.

Podríamos hablar de una tendencia neoplásica estable en todo el periodo aunque el bajo número de tumores no nos permite realizar conclusiones.

MORTALIDAD

Al estar incluidos en los registros de mortalidad dentro de los "tumores de piel y partes blandas" no se puede realizar una valoración objetiva ni tampoco de sus tendencias.

TAMM España 2006: SIN DATOS

SUPERVIVENCIA

De acuerdo con el estudio EURO CARE 4 la supervivencia media de estas neoplasias en Europa (93 registros / 23 países) es a los 5 años, en la población global europea, de 60.6%.

HUESO Y CARTÍLAGO CIE 170

INCIDENCIA

Son tumores que al igual que los sarcomas de partes blandas tienen muy baja incidencia porcentual y ordinal (0,2% -H y M- en el periodo 1981-2009) y tan solo 0,1% en ambos sexos en el septenio.

A pesar de su bajo número, el cociente H/M señala siempre a la mujer como más incidente para estos tumores entre 0,71 y 0,25 (1981-2009 / 2003-2009).

Sus TAMIs siempre inferiores a 1, no son significativas en el global del estudio.

MORTALIDAD

Consideramos que al igual que en otras localizaciones hay una mala codificación para este tipo de tumores que "permite" una mortalidad superior al número de casos incidentes y en determinados periodos a ser la mortalidad "4 veces superior" a la incidencia. -Ver fichas y tablas-.

TAMM España 2006: SIN DATOS

SUPERVIVENCIA

De acuerdo con el estudio EUROCARE 4 la supervivencia media de estas neoplasias en Europa (93 registros / 23 países) es a los 5 años, en la población global europea, de 60.1%.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CIE 191

INCIDENCIA

Tumores también con muy baja incidencia en nuestros registros y en el resto de nacionales e internacionales, que tampoco alcanzan el 1% sobre el total de neoplasias de ningún periodo (Ver ficha).

La razón intersexos H/M es del global 1981-2009 de 1,88 y de 3,0 en el septenio 2003-2009.

Sus TAMIs de 3,0 y 0,9 en H y M, se han mantenido constantes con leves variaciones en todos los quinquenios del estudio. Nuestras tasas son inferiores a las TAMIs nacionales.

Sus intervalos etarios son junto con los de tumores hematológicos en hombres los más amplios de 18-88 años.

Esta amplitud y variación etaria surge de los diferentes tipos histológicos y diferentes neoplasias que se encuentran en esta localización:

- Tumores de Neuroglía y de Plexos coroides
- Tumores neuronales y glioneuronales
- Tumores embrionarios
- Tumores de la glándula Pineal
- Tumores germinales
- Tumores Meníngeos
- Tumores Mesenquimales
- Tumores del paraganglio
- Tumores Hematopoyéticos
- Tumores de Nervio Periférico
- Melanomas
- Craniofaringiomas
- Tumores metastásicos
- Tumores de Origen Incierto

El estudio GLOBOCAN para el año 2015, prevee unas TBIs de 4 y 3,5 en hombres y mujeres respectivamente que con el factor corrector nos daría unas TBI de 8,4 (H) y 7,3 (M) que se ajustaría a la realidad de la mortalidad neoplásica en Soria si las cifras reales fueran las aportadas por el I.N.E.

MORTALIDAD

Al igual que en otras localizaciones, hay que ser conscientes de la mala codificación de este tipo de tumores a la hora de confeccionar los certificados y boletines de defunción. Ya hemos señalado en numerosas ocasiones en este texto, que se incluyen como primitivos muchos tumores metastásicos que condicionan estas inexactitudes de que la mortalidad sea superior a la incidencia.

TAMM España 2006: SIN DATOS

SUPERVIVENCIA

La supervivencia en Soria no es contrastable dadas las diferencias existentes entre mortalidad e incidencia, incompatibles con las matemáticas y la medicina (Ver tablas, fichas y gráficos).

De acuerdo con el estudio EURO CARE 4 la supervivencia media de estas neoplasias en Europa (93 registros / 23 países) es a los 5 años, en la población global europea, de 19.6%.

La inexistencia de neurocirugía en nuestra provincia pudiera provocar cierto sesgo, aunque el control clínico radiológico anterior y posterior de los pacientes inhibe en gran parte el mismo.

TOTAL NEOPLASIAS CIE 140-193

CONSIDERACIONES:

El envejecimiento de la población ha originado que todas las enfermedades degenerativas entre las que se encuentra el cáncer hayan aumentado su incidencia en los últimos años. Pensemos que la provincia de Soria partía en 1950 de una población de 161.182 habitantes y que en la actualidad apenas superamos los 95.000 (2011). El crecimiento vegetativo es marcadamente negativo ya que por cada dos fallecimientos en este siglo apenas nace un nuevo soriano.

Podemos decir que globalmente la provincia de Soria presenta un bajo nivel de cáncer de etiopatogenia mediada por factores ambientales y tabáquicos. Sin embargo, las tasas de las neoplasias mediadas por factores alimenticios siguen siendo elevadas.

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

En base a ese envejecimiento poblacional podemos advertir unas TAMIs en hombres y mujeres que han duplicado sus valores desde 1981 a 2009, pasando -en ausencia de tumores cutáneos- de 153,4 a 268,7 (hombres) y de 101,7 a 173,3 (mujeres).

Según las cifras del año 2010 podemos decir que anualmente se diagnostican en Soria 479 tumores malignos en hombres y 345 en mujeres.

En ambos sexos, las décadas de mayor incidencia son de 60 a 69 años. Prácticamente se superponen las curvas de tendencias cual si de cajas, en encaje, de tamaños progresivamente mayores, se tratara. En las mujeres, curiosamente, son también superponibles las curvas a las de cáncer de mama con 2º pico de incidencia neoplásica en relación con las edades premenopáusicas de 40-49 años (19,0% del total de las neoplasias malignas femeninas corresponden a cáncer de mama en el periodo 2003-2009 y en 2010).

La razón intersexos se mantiene constante a lo largo de los años de estudio y es desfavorable para el sexo masculino con un cociente de H/M = 1,4.

Histológicamente son los carcinomas epidermoides los tumores malignos con mayor incidencia en el diagnóstico.

La distribución del global de tumores presenta una mayor incidencia en el medio urbano que en el rural aunque su diferencia no es significativa estadísticamente.

Para el año 2015 Globocan prevee unas TBIs en nuestra provincia de 244,7 y 147,2 en hombres y mujeres que con el factor corrector toman valores muy por debajo de las cifras reales esperables, ya que en la actualidad están en valores respectivos de 836,2 (H) y 530,4 (M).

En el pasado año de 2010 llegamos a una TBI de 1008,4 en hombres y 726,3 en mujeres.

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

Si observamos las curvas de mortalidad por el global de neoplasias (TBM) de 1950 a 2008 en ambos sexos, podemos evidenciar como hay un aumento de las tasas a partir de 1970-79, con una dispersión al alza de la mortalidad masculina a partir de 1980, de tal forma que el porcentaje de fallecimientos por cáncer fue en hombres del 21,2% en el sexenio 1980-85 pasando a ser de 30,05 en el periodo 2003-2008; en la mujer de un 16,2% y en los mismos periodos hemos pasado al 20% (Ver tablas de mortalidad por todas las causas).

De igual forma es ilustrativo valorar las curvas de mortalidad específicas por diferentes neoplasias en ambos sexos. Así en hombres, podemos ver como el único tumor cuya mortalidad desciende claramente en el ciclo estudiado es el de estómago a partir de 1970-79 con un descenso más acusado en el quinquenio 1991-95 y con TAMM de 7,6 (H) en el año 2008. En la mujer también disminuye significativamente la mortalidad por cáncer de estómago - TAMM 2008 1,3 -.

En 1950-1959 el 49,7% de la mortalidad por cáncer en hombres, el 22,3% en el periodo 1980-85 y el 7,5% (2003-2008) correspondían al estómago -(reducción de un 662% de mortalidad en 60 años.)!. De igual forma en mujeres pasamos de un 38,45% de mortalidad neoplásica gástrica entre 1950-1959 a un 7,8% también entre 2003-2008 ¡(reducción de un 492% en 60 años.) !

Por el contrario los tumores de intestino grueso, recto y sigma que porcentualmente eran del 6% (H) y 8,6% (M) en el periodo 1950-1959, alcanzan el 11,3% (H) y 13,1% (M) en el sexenio 2003-2008.



1917: San Saturio sin pantanizar el Duero

Los tumores de mama en la mujer soriana que condicionaban el 6% de la mortalidad neoplásica en el periodo 1950-1959, se duplican en el periodo 2003-2008 con un valor del 12,2%, y con una cresta porcentual en el quinquenio 1991-1995 que llegó a ser del 17,8%.

Por otro lado y como hecho muy significativo podemos observar como es Soria el primer registro de las áreas desarrolladas en que la mortalidad en la mujer por cáncer de mama (12,2%) se ve porcentualmente superada por la mortalidad de cáncer de colon y recto en el sexenio 2003-2008 (13,1%) . Ver fichas y tablas.

Frente a la reducción de la incidencia y mortalidad de algunos cánceres como el de estómago que continúan descendiendo, los datos son objetivos e indican que otros tumores “prevenibles” como todos los relacionados con el tabaco continúan aumentando entre los varones y emergen como un importante problema de salud pública entre las mujeres. También aquellos relacionados con la alimentación deben ser susceptibles de prevención en esta misma línea (principalmente los de colon y recto).

TAMM España 2006: 228,8 (H) 103,4 (M)

SUPERVIVENCIA

En Soria , la supervivencia en el periodo 2003-2008 es a los 5 años del 53,8% en los hombres y el 53,5% en las mujeres, cifras que satisfactoriamente superan las del periodo 1986-1990 en que eran de 40,6% (H) y 42,2% (H) y que nos permiten por un lado valorar como se ha elevado el índice de supervivencia en cerca del 25% en ese periodo etario y además estimar nuestras tasas como superiores a las de la media europea .

De acuerdo con el estudio EURO CARE 4 la supervivencia media de TODOS los TUMORES MALIGNOS en Europa (93 registros / 23 países) es a los 5 años, en la población global europea, de 48.3%.

Es importante hacer su valoración agrupados según su pronóstico en los diferentes tumores respecto de categorías porcentuales.

Supervivencia relativa superior al 80%:

ORALES (LABIO), TESTÍCULO, TIROIDES, MELANOMA DE PIEL y
LINFOMA DE HODGKIN
5% de todos los tumores

Supervivencia relativa entre 60-79%:

MAMA, LARINGE, PRÓSTATA, ÚTERO, VEJIGA URINARIA.
33% de todos los tumores

Supervivencia relativa entre 40-59%:

COLORRECTAL, RENAL, LEUCEMIAS Y LINFOMAS NO HODGKIN.
20% de todos los tumores

Supervivencia relativa entre 20-39%:

ESTÓMAGO, OVARIO, MIELOMA MÚLTIPLE
10% de todos los tumores

Supervivencia relativa INFERIOR AL 20%.

PULMÓN, ESÓFAGO, HÍGADO, PÁNCREAS Y CEREBRO
25% de todos los tumores



1952: Domingo de Calderas en familia

**Incidencia
Neoplásica 2010**

**Estudio de la
Incidencia
Neoplásica
Histopatológica
2010**



Addendum INCIDENCIA NEOPLASIAS PRIMITIVAS 2010 ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO - SORIA

Localizacion	Nº H	Nº M	TBI H	TBI M	TAMI H	TAMI M	TAEI H	TAEI M
Orofaringe	6	1	12.6	2.1	6.1	1.4	13.1	2.2
Esófago	2	1	4.2	2.1	2.0	0.5	3.5	1.2
Estómago	7	11	14.7	23.2	5.3	12.0	11.0	18.9
Int. Grueso	64	31	134.7	65.3	72.6	35.3	115.8	54.8
Higado	2	2	4.2	4.2	1.8	2.5	3.6	3.7
V.biliar	1	1	2.1	2.1	0.6	1.4	1.3	2.1
Páncreas	1	0	2.1	-	1.5	-	2.2	-
Cervix	-	7	-	14.7	-	13.1	-	16.0
Endometriometrio	-	16	-	33.7	-	15.9	-	26.2
Ovario-trompa	-	17	-	35.8	-	25.6	-	33.9
Mama	-	64	-	134.7	-	97.3	-	107.6
Amígdala	0	2	-	4.2	-	3.4	-	3.4
Trq-bronq-pul	17	2	35.8	4.2	20.4	3.4	21.1	3.4
Laringe	12	0	25.3	-	18.1	-	18.5	-
Tiroides	0	7	-	14.7	-	10.6	-	-13.2
Hematológicos	7	21	14.7	44.2	8.7	33.2	13.7	43.7
Próstata	76	-	160	-	59.0	-	118.4	-
Testículo	3	-	6.3	-	4.0	-	5.1	-
Riñón Y V.U.	4	1	8.4	2.1	4.6	0.5	7.0	1.2
Vejiga	80	10	168.4	2.1	72.9	5.6	134.6	12.1
Piel No Melanoma	169	124	345.3	287.0	121.4	80.5	253.3	159.0
Melanoma Piel	5	10	10.5	21.0	7.2	15.6	9.5	20.7
Otros N. E.	23	17	48.4	35.8	21.0	13.4	38.7	24.0
Total	479	345	1008.4	726.3	588.4	429.7	909.8	642.3

**Castilla y León
y España**

**Castilla y León y
España. Estudio
comparativo de
mortalidad
neoplásica**



*1980: Residencia Sanitaria
Santa Bárbara*

En el contexto regional provincial Soria tiene TBMs bajas en ambos sexos para Tumores de Intestino Grueso, Estómago- algo inconcebible hace tan solo 1 década- Páncreas y Pulmón, Mama en la mujer, mientras que las TBMs de Próstata y Vejiga son las más altas de los hombres de la Comunidad Autónoma.

En el global neoplásico, sus TBMs ocupan un lugar medio en el contexto regional y nacional.

No obstante, consideramos que estas tasas hay que valorarlas globalmente con las reservas antedichas de la confección de los boletines estadísticos de defunción.

Sería deseable la creación de un Registro Regional de Cáncer contrastado a través de los datos de incidencia y los de mortalidad obtenidos a través de la TSI del SACYL, fundamentalmente, que permitiría valorar con más objetividad los datos de la Comunidad de Castilla y León, de cada una de sus provincias y eliminar los sesgos actuales de los Boletines de Defunción.

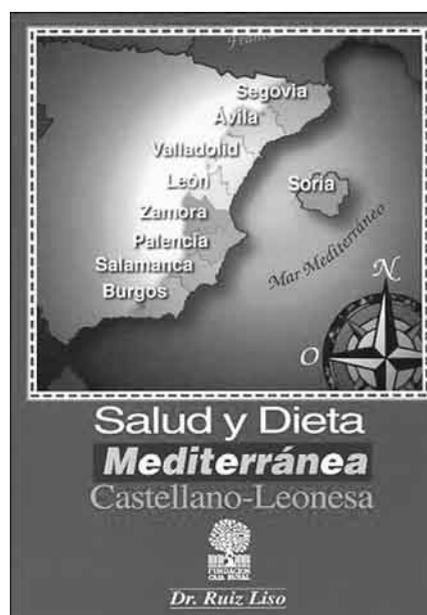
MORTALIDAD GLOBAL POR CÁNCER AÑO 2008, TBM

PROVINCIAS	TBM HOMBRES	TBM MUJERES
SORIA	374,8	228,6
AVILA	362,1	247,2
BURGOS	366,8	229,9
LEÓN	397,6	245,4
PALENCIA	410,7	227,8
SALAMANCA	361,9	218,1
SEGOVIA	314,5	215,5
VALLADOLID	325,1	185,8
ZAMORA	476,6	293,3
Máxima ESPAÑA	ZAMORA 476,6	ZAMORA 293,3
Mínima ESPAÑA	ALMERÍA 209,4 MELILLA 169,2	ALMERÍA 118,4 MELILLA 113,2

Llama la atención como hemos observado también en las Fichas neoplásicas, la elevada mortalidad neoplásica de Zamora en hombres y mujeres no solo en el contexto regional sino en el nacional, y como la provincia de Soria, muestra un perfil intermedio en ambos sexos.

PRINCIPALES NEOPLASIAS EN CASTILLA Y LEÓN. MORTALIDAD TBM 2008

	TBM SORIA HOM	TBM SORIA MUJ	TBM MAX H/M	TBM MIN H/M
COLON RECTO	48,0	40,6	80,5 ZA / 50,4 ZA	48,0 SO/ 38,0 BU
VEJIGA	29,2	6,4	29,2 SO / 7,6 BU	21,6 SG / 5,7 PA
ESTÓMAGO	20,9	10,7	41,5 AV / 22,2 ZA	20,9 SO / 10,7 SO
PÁNCREAS	14,6	10,7	20,7 AV/ 22,8 PA	14,6 SO / 10,7 SO
OROFARINGE	6,3	2,1	15,3 ZA / 7,1 ZA	4,6 AV / 0,0 PA
PULMÓN	77,3	8,6	92,8 ZA / 18,2 ZA	77,3 SO / 8,6 SO
LARINGE	8,4	0,0	14,2 BURGOS/sd	4,2 VALLADO/sd
MAMA	0,0	25,6	1,2AV SA/38,6 ZA	0 VARIAS/ SORIA
PRÓSTATA	43,5		43,5 SORIA /-	21,8VALLADOLID



1999: La geografía no engaña

TASAS BRUTAS MORTALIDAD 2008	Varones TBM	Mujeres TBM	Varones TBM	Mujeres TBM	Varones TBM	Mujeres TBM
Mortalidad	Todas	Todas	Cáncer	Cáncer	Circulat	Circulat
Total ESPAÑA	791	695	265	159	217	244
Andalucía	884	809	270	159	268	324
Aragón	735	669	248	154	201	227
Asturias	866	715	313	177	237	264
Balears	767	700	257	158	218	252
Canarias	836	739	270	169	223	236
Cantabria	794	639	292	150	203	197
Castilla y León	712	619	262	161	182	202
Castilla-La Mancha	740	680	242	144	192	241
Cataluña	757	679	258	161	195	218
Valencia	810	750	262	160	235	277
Extremadura	806	707	274	156	217	265
Galicia	798	657	275	157	224	238
Madrid	709	607	248	151	172	196
Murcia	825	798	261	164	243	300
Navarra	723	608	250	148	188	193
País Vasco	781	633	291	155	199	202
Rioja	739	640	259	150	212	222
Ceuta	830	853	242	196	219	274
Melilla	918	724	241	144	285	259

También la mortalidad de Procesos circulatorios en Castilla y León es de las menores de España según podemos comprobar en la tabla adjunta.

Señalar específicamente las TAEM de los tumores gástricos en España y Castilla y León (1976-2005) donde podemos observar ese descenso secular en la mortalidad por estas neoplasias en ambos sexos con tasas ajustadas a la población europea.

CÁNCER Gástrico	1976-1980	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005
Hombres TAEM						
España	32.12	25.7	23.00	20.00	17.42	15.14
Castilla y León	46.98	36.53	31.81	28.40	24.31	20.14
Mujeres TAEM						
España	16.33	12.76	11.07	9.13	7.50	6.43
Castilla y León	26.95	19.82	16.18	13.26	10.13	8.85

**Incidencia
y mortalidad
de otras
enfermedades**

**Incidencia
y mortalidad de
otras enfermedades
representativas**

**Cardiovasculares
Cardioprotégida
Neurodegenerativas
Endocrinas
Infecciosas**



ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

COMENTARIOS

INFARTOS DE MIOCARDIO

Proceso isquémico cardíaco de aparición incidente, significativo a partir del último tercio del siglo XX dentro de la patología humana moderna, apenas tenía significación en su primera mitad tal y como pudimos cotejar personalmente en la realización de nuestra tesis doctoral y también del estudio y publicaciones de los médicos sorianos Guisande de Brea, Iñiguez, Calvo Melendro, Santamaría y Sala de Pablo. (Ver tablas y demografía de principios de siglo)

En los años 1960s y 1970s empiezan a evidenciarse estos procesos como tales en las historias clínicas y algunas autopsias realizadas en el Hospital Provincial de San Francisco y posteriormente en el Institucional -actual Virgen del Mirón-

Hemos estudiado en esta provincia, tres periodos etarios que hemos considerado significativos en la evolución de esta patología en los últimos años y que coinciden con la cirugía abierta cardíaca, la de los by-pass y la actual no intervencionista ligada a la hemodinámica y a las nuevas terapias y ensayos con células madre.

Podemos observar un aumento significativo en el número de procesos que se duplican en hombres de 1993-1997 a 2003-2009 (553 / 1095) y que casi se triplican ($\times 2,78$) en el sexo femenino (179/ 497), siendo la razón intersexos numérica H/M de 3,1 en el periodo 1993-1997 y de 2,2 en el periodo 2003-2009. Este valor en alza de las tasas femeninas es muy significativo y lo consideramos ligado a factores medioambientales, incluyendo la alimentación.

Llama la atención una curva de tasas de incidencia, ajustadas en hombres, en forma de campana de Gauss con el pico de la curva a nivel del periodo 1998-2002 - 115,0 / 154,4 / 144,9 -(ver gráficos y tablas). En la mujer soriana, sin embargo, después del marcado incremento del 2º periodo sobre el primero, se establece una meseta gráfica -21,2 / 34,2 / 34,8- (Ver gráficos y tablas).

La edad media de presentación no ha variado en el periodo en el sexo femenino mientras que se ha hecho 6 años más longeva en los hombres. (Ver ficha).

Los intervalos etarios son muy amplios de 36-107 años en hombres y de 35-102 en mujeres en el periodo 2003-2009, habiendo tenido un cuadro isquémico cardíaco datado en un varón de 19 años y otro caso incidente en un hombre de 107.

No hemos encontrado diferencias de riesgo entre el medio urbano y el rural en ninguno de los sexos.

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

INCIDENCIA DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SORIA TASAS 1993-2009

Periodo	Nº H	Nº M	TBI H	TBI M	TAMI H	TAMI M	TAEI H	TAEI M
1993 1997	553	179	233,5	79,0	115	21,2	188,9	43,9
1998 2002	804	306	352,2	135,1	154,4	34,2	267,9	72,4
2003 2009	1095	497	342,7	156,7	144,9	34,8	257,9	78,4

Presenta una evolución secular creciente con una tendencia estable de estos procesos.

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO ESPAÑA
TAMM 2006: 194,5 (H) 127,6 (M)

ENFERMEDAD ISQUÉMICA CARDIACA ESPAÑA
TAMM 2006 76,1 (H) 32,1 (M)

MORTALIDAD POR INFARTOS DE MIOCARDIO EN SORIA TBM 1980 - 2008

PERIODO	1980 84	1985 89	1990 94	1995 99	2000 04	2005 08
HOMBRES	107.3	109.5	106.5	112.3	122.2	85.4
MUJERES	50.8	65.3	82.1	80.0	95.4	76.4

MORTALIDAD POR PROCESOS ISQUÉMICOS CARDIACOS IAM + OTRAS ISQUEMIAS ESPAÑA / CASTILLA Y LEÓN / SORIA 2008

MORTALIDAD 2008	TBM HOMBRES	TBM MUJERES
ESPAÑA GLOBAL	89.2	66.7
MÁXIMA ESPAÑA	148.0 ASTURIAS	121.2 ASTURIAS
Mínima ESPAÑA	54,4 ALAVA	51.2 CANTABRIA
AVILA	117.5	93.0
BURGOS	94.9	57.6
LEÓN	104.6	63.0
PALENCIA	102.5	58.2
SALAMANCA	112.8	80.9
SEGOVIA	108.1	76.9
SORIA	87.7	87.7
VALLADOLID	83.8	68.8
ZAMORA	133.5	101.9

Podemos valorar como la mortalidad por procesos isquémicos cardíacos es en Soria baja en el contexto regional y nacional en hombres, mientras que en mujeres supera discretamente la media nacional y regional, muy alejada en ambos casos de las elevadas tasas de Asturias, máximas TBM españolas.

SORIA CARDIOPROTEGIDA

Se estima que cada año se producen en España 50.000 paradas cardíacas extrahospitalarias, incluyendo todas las causas. Menos del 50% recibe tratamiento y no llega al 10% aquellos en los que se utilizan técnicas de resucitación que tienen éxito, condicionando más de 25.000 muertes súbitas cardíacas (MSC), lo que equivale a una media de una cada 20 minutos, ocasionando cuatro veces más muertes que los accidentes de tráfico. Además, cada año, 68.500 pacientes sufren un infarto agudo de miocardio en nuestro país, de los que aproximadamente un 30% fallece antes de ser atendido en un hospital. El infarto agudo de miocardio, puede ocurrir a cualquier persona, en cualquier momento y en cualquier lugar.

La fibrilación ventricular es la responsable inicial de hasta un 85% de las paradas cardíacas extrahospitalarias y la experiencia científica ha demostrado que la efectividad de la desfibrilación temprana en la recuperación de un ritmo cardíaco eficaz es del 90% cuando es posible efectuar la desfibrilación en el primer minuto de evolución.

La MSC continúa siendo un grave problema sanitario cuyas tasas de incidencia han disminuido poco a pesar de una significativa reducción en la morbilidad y mortalidad de las enfermedades cardiovasculares. La mayoría de los procedimientos que han conseguido reducir la mortalidad por parada cardíaca no se emplean suficientemente en nuestro medio.

La prevención de la parada cardíaca actuando en los procesos que se sabe que tienen un alto riesgo de producirla posee el mayor potencial para reducir su desfavorable pronóstico. Esta prevención no consiste sólo en el control de los factores de riesgo de las enfermedades que originan la parada cardíaca, sino también en el reconocimiento precoz, por el público general y por los profesionales sanitarios, de cualquier situación que afecte a la vida, a fin de evitar la parada cardíaca o iniciar sin demoras las maniobras básicas de resucitación cardioPulmónar (RCP).

En la población adulta, más del 90% de los episodios de parada cardíaca no traumática, extrahospitalaria, se producen como resultado de eventos cardíacos primarios que ocasionan fibrilación ventricular, actividad eléctrica sin pulso o asistolia. El mecanismo precipitante es a menudo un evento coronario agudo y el reconocimiento precoz de sus síntomas y signos puede servir para activar el sistema de emergencias médicas. Los esfuerzos para educar a la población en el reconocimiento de estos síntomas y en la

activación precoz del sistema de emergencias, junto con la promoción del conocimiento de la RCP entre las personas que podrían intervenir en primer lugar ante esta situación, pueden tener un impacto favorable en el pronóstico de la parada cardíaca.

Se considera que realizar nuevas inversiones en recursos para ampliar los equipos de emergencias y extender sus actuaciones a un mayor número de pacientes no afectaría significativamente a los porcentajes de supervivencia, salvo que se asocien a otras medidas que desarrollen simultáneamente la identificación de la situación con llamada precoz al sistema de emergencias, la RCP precoz por los testigos o las primeras personas que intervienen en dicha situación y la desfibrilación semiautomática precoz. Los estudios posteriores parecen haber confirmado esta predicción.

Sin embargo, algunos de los procedimientos que han conseguido reducir en otros países la mortalidad por parada cardíaca extrahospitalaria no son suficientemente empleados en nuestro medio. Es necesario establecer estrategias energéticas para la desfibrilación precoz.

Esta prevención no consiste sólo en el control de los factores de riesgo de las enfermedades que originan la parada cardíaca, sino también en el reconocimiento precoz, por el público general y por los profesionales sanitarios, de cualquier situación que afecte a la vida, a fin de evitar la parada cardíaca o iniciar sin demoras las maniobras básicas de resucitación cardioPulmónar (RCP).

Los esfuerzos para educar a la población en el reconocimiento de estos síntomas y en la activación precoz del sistema de emergencias, junto con la promoción del conocimiento de la RCP entre las personas que podrían intervenir en primer lugar ante esta situación, pueden tener un impacto favorable en el pronóstico de la parada cardíaca.

El 20 de marzo de 2009, el Consejo de Ministros regula por Real Decreto el uso de desfibriladores semiautomáticos en lugares públicos. El texto recoge las condiciones y requisitos mínimos de seguridad y calidad que se deben dar para utilizar desfibriladores semiautomáticos externos fuera del ámbito sanitario.

La ciudad de Soria tiene una superficie de 750 Ha, con un eje Norte-Sur de 3.252 metros y 2.384 metros E-W. Su población según el último padrón municipal de 2010 está próxima los 40.000 habitantes.

A través de la Fundación Científica Caja Rural de Soria, se ha evaluado el riesgo cardiovascular de esta población a través del número de ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Complejo Hospitalario de Soria en los años 2007 y 2008 que suponen 275 y 278 pacientes cardiacos de los que 130 y 139 presentaron un proceso coronario agudo.

En base a las posibilidades existentes de protección cardiovascular secundaria –permanente- en esta ciudad, a través de los DESAs utilizados por primeros intervinientes no sanitarios y también sanitarios, se diseñó e instauró el programa de Soria Cardioprotégida que describimos a continuación.

Este programa lleva consigo dos parámetros imprescindibles para su puesta a punto. Por un lado la formación de primeros intervinientes voluntarios y en segundo lugar la distribución de DESAs en puntos estratégicos de la ciudad, con accesibilidad permanente incondicional, que disminuyan las muertes cardíacas extrahospitalarias.

Cobertura Integral de toda una ciudad -capital de provincia- con utilización del área física habitacional de los cajeros automáticos de la Caja Rural como puntos o centros de Zonas Cardioprotégidas.

Primeros DESAs de utilización permanente: 24 h / 7 días / 52 semanas / ... años.

Se instalaron un total de 10 DESAs en los habitáculos conocidos como cajeros automáticos de las oficinas de Caja Rural en la ciudad de Soria, junto a las máquinas expendedoras de dinero en efectivo. Estos habitáculos permanecen abiertos las 24 horas del día y el acceso a los desfibriladores solo requiere la extracción manual de los mismos sin ningún tipo de código o tarjeta ni tampoco de restricción por ser o no ser cliente. Todos ellos comparten un sistema de video-vigilancia permanente. Posteriormente se han asociado otros 15 DESAs en instituciones privadas y públicas que se han puesto a disposición de los sorianos tales como residencias de ancianos, hoteles y centros comerciales.

Los DESAs se situaron a lo largo y ancho de la ciudad con señalización externa luminosa vertical las 24 horas del día incluyendo festivos, indicando “zona cardioprotégida”, siendo los intervalos de sus distancias de 270 a 500 metros. Ello supone que cada DESA cubre una circunferencia que no supera los 500 metros de radio, permitiendo la accesibilidad de los ciudadanos en un tiempo máximo estimado dada la configuración de la ciudad, inferior a los 5 minutos andando.

Junto a cada DESA existe un cartel adhesivo reflectante de 80 x 50 cm. en el que se indica –con imágenes- la actuación a desarrollar en caso de necesitar aplicar una maniobra de RCP y utilización de un desfibrilador (recordatorio)

A través de los medios de comunicación locales –prensa, radio y TV- que han colaborado especialmente en este proyecto, toda la población ciudadana conoce en la actualidad la ubicación de los DESAs, ante un posible caso de necesidad, habiendo transmitido esta información también a centros universitarios y de bachillerato.

La formación de los voluntarios -primeros intervinientes no sanitarios- se ha desarrollado en la Escuela Regional de Urgencias y Emergencias de la Fundación del Instituto Regional de Ciencias de la Salud de Castilla y León, ubicado en Soria, con un profesorado específico que en gran medida se corresponde con el personal sanitario titulado que cubre el servicio de urgencias y emergencias 112 (médicos y personal de enfermería).

De esta forma el proyecto:

- Impulsa mejoras sustanciales en la protección y seguridad de los ciudadanos y trabajadores.
- La actuación ante una situación de parada cardiorrespiratoria forma parte de una acción integral, que permite asistir al enfermo en el menor tiempo posible, garantizando la continuidad asistencial y el control médico sobre la persona afectada.
- La primera persona actuante, el llamado “primer interviniente”, es quien tiene el contacto inicial con el paciente en el lugar donde éste se encuentra, y tiene que identificar el paro cardiorrespiratorio, alertar a los servicios de emergencia e iniciar las maniobras de soporte vital.
- La fibrilación ventricular primaria es la causa de la mayor parte de los fallecimientos que se producen en las primeras horas del infarto agudo de miocardio. La posibilidad de identificar y revertir las arritmias letales (desfibrilación) constituye la herramienta más eficaz para mejorar la expectativa de supervivencia del paciente.
- Los DESAs son unos dispositivos que permiten identificar sin errores las arritmias potencialmente graves que requieren administrar descargas eléctricas. Estos aparatos, por sus características, pueden ser utilizados por personal no sanitario adecuadamente formado para su

uso en cualquier lugar, permitiendo una primera actuación que, por su inmediatez, puede mejorar las posibilidades de supervivencia de las personas afectadas por estas patologías.

- Por último señalar que diferentes sociedades científicas de ámbito internacional están promoviendo la utilización de estos aparatos por personal no sanitario, bajo el control y coordinación del sistema de emergencias médicas, haciéndose necesario regular la formación y garantizar el nivel de competencia de este personal en el uso de los desfibriladores externos

CONCLUSIONES

La RCP tras una parada cardíaca continúa representando un reto formidable, con una urgente necesidad de modificar de forma sustancial este resultado tan triste. Los cajeros automáticos pueden convertirse, tras una correcta planificación, en salvavidas cardiovasculares

La aplicación de la evidencia científica disponible en resucitación ha demostrado tener un impacto favorable en la supervivencia.

Sin embargo, algunos de los procedimientos que han conseguido reducir en otros países la mortalidad por parada cardíaca extrahospitalaria no son suficientemente empleados en nuestro medio.

Es necesario establecer estrategias enérgicas para la desfibrilación precoz.

La posibilidad de sobrevivir a una parada cardíaca disminuye entre un 7 y un 10% con cada minuto que pasa. Por ello es fundamental:

- Potenciar y recomendar la instalación de DESAs en lugares con afluencia de público.
- Garantizar la formación y protección de las personas que participen en la RCP.
- Garantizar la conservación, el mantenimiento y uso de los equipos.
- Disponer de un espacio visible y señalizado para su ubicación.
- En las personas autorizadas para su uso, la obligatoriedad de realización de un curso de formación en centros autorizados por la Comunidad Autónoma respectiva.

- Disponer de la tarjeta de trazabilidad del DESA, garantizando su uso.
- En caso de evento, contactar con el centro Coordinador de Urgencias a través del 112.
- La FCCR de Soria ha sido el primer centro en ser autorizado para la formación de personal no sanitario en la utilización de DESAs. Decreto 9/2008 Junta de Castilla y León por un periodo de 5 años.

SUPERVIVENCIA

Gracias a la prevención primaria y secundaria, las nuevas tecnologías no intervencionistas y la asociación de nuevas terapias medicamentosas, la supervivencia está adquiriendo unos valores muy elevados en ambos sexos que aumentan año a año.



SORIA ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

TENDENCIAS DE INCIDENCIA

TASAS SORIA 2000-2009

Años	Hombres	Mujeres	TBI H	TBI M	TAMI H	TAMI M	TAEI H	TAEI M
2000-2004	514	481	225,2	212,3	61,7	58,9	149,9	127,9
2005-2009	898	848	393,4	374,4	92,2	80,2	251,4	182

Incluye: Parkinson, Alzheimer, ELA y Esclerosis en Placas.

De acuerdo con los datos de la Sociedad Española de Neurología, en los últimos 30 años la incidencia de las enfermedades neurodegenerativas se ha multiplicado por 100 en este periodo.

El diagnóstico objetivo gracias a los marcadores bioquímicos, moleculares y a las nuevas y renovadas técnicas de imagen radiológica (RM) hace que hoy podamos hablar con mayor precisión de estas lesiones que en años precedentes quedaban agrupadas en “paquetes diagnósticos neurológicos” totalmente inespecíficos.

Actualmente podemos ver en nuestra provincia como estos procesos han aumentado porcentualmente de una forma significativa (57,2% H y 56,7% M) lo que se ha traducido en llegar a TBI que probablemente en la actualidad hayan sobrepasado los 400 casos por 100.000 habitantes en ambos sexos.

El 45,9% de los varones y el 41% de las féminas en el periodo 2000-2004 desarrolló su proceso en mayores de 80 años, con edades medias de 78,6 y 77,1. En el periodo 2005-2009 los porcentajes de mayores de 80 años alcanzan al 51,8% de los hombres y al 68,5 de las mujeres, manteniéndose su edad media de presentación en 75,4 y 76,8 años.

No hay diferencias entre los medios rural y urbano y la razón intersexos es muy semejante en ambos (H/M 1,06).



1950: Retrasemos la enfermedad, querer es poder

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

La evolución de la mortalidad por estas enfermedades ha sufrido un gran incremento, porcentual y en tasas, en el periodo 1980-2008. Así, de un 1,2% -H- y 0,7% -M- en los años 1980-85 se ha llegado a un 3,7% y 5,4% en el sexenio 2003-2008.

Las TBM se han cuadruplicado en hombres y multiplicado por 10 en mujeres, que es quizás el dato más significativo. En varones pasamos en 1980-1985 de TBM de 12,3 a 45,8 en el sexenio 2003-2008. En la mujer de 6,6 a 65,8 en los mismos periodos. A ello también ha contribuido un diagnóstico mucho más específico. Ver ficha, tablas y gráficos

La edad media de fallecimiento se sitúa en 7-8 años posterior a su diagnóstico y tiene una media en ambos sexos en el último periodo de 84 años.

En hombres nuestras TBM para el año 2008 los sitúan en riesgo intermedio, mientras que en mujeres tenemos las TBM máximas del estado español con 55,6 frente a la mínima de Madrid con 6,4.

Tampoco hay diferencias entre el medio urbano y el rural.

Del año 2000 al año 2008, si vemos el gráfico correspondiente, podemos ver como en menos de 10 años se ha duplicado su mortalidad en ambos sexos.

ESPAÑA TMM 2006: 21,3 (H) 19,5 (M)

SUPERVIVENCIA

Muchos de estos pacientes fallecen de complicaciones por otras patologías por lo que el estudio de supervivencia no sería muy objetivo.



SORIA ENFERMEDADES ENDOCRINAS: DIABETES

CONSIDERACIONES

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

Al igual que las enfermedades neurodegenerativas, sus porcentajes de incidencia suben periódicamente con un incremento significativo que en esta pasada década es del 33% en hombres y del 28,5% en mujeres.

Prácticamente el 40% de las mismas se desarrollan en mayores de 80 años, de tipo II, en la década de estudio 2000-2009.

La edad media de presentación es siempre algo mayor en la mujer que en el hombre 69 / 74 años.

No hemos observado diferencias entre los medios rural y urbano.

Su evolución secular de acuerdo con las tasas de incidencia de los años 1980s y 1990s es progresivamente creciente y su tendencia en ambos sexos, emergente.

DIABETES TASAS DE INCIDENCIA SORIA 2000-2009

Año	Homb.	Mujer.	TBI H	TBI M	TAMI H	TAMI M	TAEI H	TAEI M
2000-2004	2435	2158	1066,8	952,7	443,3	305	798	571
2005-2009	3237	2773	1418,2	1224,2	537,4	333,6	1027,9	665,5

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

Al igual que en el caso de las enfermedades neurodegenerativas, los pacientes diabéticos mueren por complicaciones, generalmente cardiocirculatorias. No obstante hay un incremento porcentual, mayor en los varones, que pasan de un 0,9% del total de fallecimientos entre 1980-1985 a 2,2%

en el sexenio 2003-2008. La mujer asciende de un 1,9% a 2,9% en el mismo periodo.

Sus TBIs se han triplicado en los hombres pasando de 9,0 a 27,0 y en la mujer se han duplicado pasando de 17,4 a 35,6 en los 30 años de estudio.

La razón intersexos es constante en todo el periodo con un 22% de afectación mayor en mujeres (H/M 0,78).

El intervalo etario de mayor mortalidad se sitúa en los mayores de 80 años en ambos sexos.

Nuestras TBMs de mortalidad en el año 2008 se sitúan en la franja media nacional y regional.

A pesar de una evolución secular creciente, sin embargo, las tendencias de mortalidad son estables para los próximos años en nuestra provincia. Hubo un crecimiento muy drástico y escalonado en los finales de los años 1980s, 1990s y en la actualidad baja la mortalidad en hombres y se eleva en la mujer (Ver gráfico de mortalidad)

ESPAÑA TMM 2006: 13,2 (H) 11,6 (M)

SUPERVIVENCIA

Por la mortalidad de estos pacientes asociada a otras complicaciones de tipo vascular no procede incidir en el capítulo de supervivencia.



1900-1920?: Engordando para enfermar

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

SORIA TENDENCIAS DE INCIDENCIA

La **TUBERCULOSIS** producida por el *Mycobacterium tuberculosis* ha tenido una curva de tendencias en los últimos años de tipo descendente-estable, y así frente a los 24 casos de 1995 y 23 de 1996, en 1997 tan solo se diagnosticaban 12 nuevos casos para pasar a la 1ª década del siglo XXI con cifras que nunca han superado los 10 casos por 100.000 habitantes, según podemos observar en la ficha correspondiente.

En el periodo 2000-2004 y en el 2005-2009 se mantienen las TBIs (20,6 y 17,1 -H- // 18,9 y 18,5 -M-) y las TAMIs (12,6 y 10,6 -H- // 13,7 y 13,6 -M-) en valores muy semejantes y estables en ambos sexos. Tan solo se modifica mínimamente la razón intersexos de 1,1 que pasa a 0,9.

A través de los boletines editados por el servicio de Microbiología del Hospital Santa Bárbara en los años 1994 y 1997 podemos evaluar la situación y tendencias en Soria en estos años.



1930 Sanidad ambulatoria



1922 En Trébago tras la caza del jabalí

INCIDENCIA DE LA TUBERCULOSIS SORIA 2000 2009

Periodo	Nº H	Nº M	TBI H	TBI M	TAMI H	TAMI M	TAEI H	TAEI M
2000 2004	47	43	20,6	18,9	12,6	13,7	17,9	18,4
2005 2009	39	42	17,1	18,5	10,6	13,6	14,8	16,9

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:

	TRICHOMONAS	CLAMYDIA	NEISSERIA	UREAPLASMA
1990	19	7	2	2
1994	23	1	0	3
1997	11	6	1	2
2000	10*			
2009	9*			

Tal y comentamos en el apartado anterior es significativo observar la reducción de infecciones vaginales en los estudios citológicos de los últimos años en los screenings anuales(*). A pesar del incremento de las displasias severas, sin embargo no van ligadas a estos procesos y con mayor incidencia al VPH.



1925: En la feria de ganado en el ferial

La **SIFILIS** es otro proceso de transmisión sexual cuya incidencia no ha sobrepasado en los últimos años más de 8-10 casos, y en general han sido los hombres los portadores de anticuerpos antitreponémicos.

La **BRUCELOSIS** es un proceso que ha disminuido sus tasas de incidencia aunque en años como 1997 se diagnosticaran 46 casos nuevos (39 H y 7 M) de los que el 80,4% estaba en contacto directo con animales. Esta zoonosis sigue presentando tasas que condicionan se siga realizando una educación sanitaria y medicina preventiva a la hora de elaborar y consumir alimentos.

Aunque en práctica regresión y teórica extinción, la **HIDATIDOSIS** ha seguido provocando casos nuevos en décadas recientes. Así en 1997 se diagnosticaron 11 casos en hombres y 10 en mujeres, frente a los 15 de 1996 y además en localizaciones atípicas: muscular, osteomuscular y vertebral. Fue precisamente el Dr. Calvo Melendro quien describió hace ahora 80 años el primer caso de hidatidosis cardíaca. (ver "El ayer del Mañana").

En cuanto a las **HEPATITIS VIRALES** son procesos infecciosos con tendencia estable aunque progresiva. En 1997 se diagnosticaron en Soria 1 caso de VHA, 4 de VHB aguda, 14 (2 Mujeres) de VHB crónica y 91 de VHC (23 Mujeres).

El **Virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH** es un proceso infeccioso que viene manteniendo sus tasas de incidencia desde los años 1980s. En 1997 se detectaron 41 casos de pacientes portadores (37 H y 4 M) con una edad media de 34+/- 8 años y un intervalo de 19 a 55 años y siendo el grupo etario de mayor prevalencia de 26-35 años. En la actualidad no superan los 40 casos en nuestra provincia, siendo pacientes con movilidad residencial por corresponder una gran parte a centros de acogida sociales y a centros penitenciarios.

La **TOXOPLASMOSIS** no supera tampoco lo 10 casos anuales en los últimos 20 años.

SORIA TENDENCIAS DE MORTALIDAD

En el periodo 1980-2008 podemos comprobar -al observar los cuadros de mortalidad- como el porcentaje de muertes global por enfermedades infecciosas prácticamente no se modifica en el total de los 30 años del estudio, pasando (H+M) del 1% al 1,4% en este intervalo etario, y sin embargo han aumentado mucho sus tasas de forma que sus TBMs se han duplicado pasando de 9,6 (1980-1985) a 17,8 en el sexenio 2003.2008. Específicamente en los hombres las TBMs han aumentado un 60% pasando de 10,0 a 16,0. En las mujeres, el porcentaje ha sido muy superior con un 114% de aumento y pasando de 9,2 (1980-85) a 19,6 (2003-2008). Prácticamente las TBM son semejantes a la media nacional según podemos comprobar en las tablas adjuntas.

Las TBMs máximas de mortalidad por ENFERMEDADES INFECCIOSAS se dan en el año 2008 en Palencia en hombres (39,6) y en Zamora en mujeres (42,4) muy superiores a las de Soria para este año que son de 21,9 (H) y 17,7 (M)

MORTALIDAD 2008 ESPAÑA	TBM H	TBM M
001-008 I.Enfermedades infecciosas y parasitarias (1)	17,9	15,9
001 Enfermedades infecciosas intestinales	0,8	1,3
002 Tuberculosis y sus efectos tardíos	1	0,5
003 Enfermedad meningocócica	0,1	0,1
004 Septicemia	8,5	9,6
005 Hepatitis vírica	1,9	2
006 SIDA	4,2	1,1
007 VIH+ (portador, evidencias de laboratorio del VIH,...)	0,01	0
008 Resto de enfermedades infecciosas y parasitarias y sus efectos tardíos	1,4	1,2

TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD POR CC AA 2008

Enfermedades infecciosas y parasitarias	TAMM H	TAMM M
Total ESPAÑA	16	14
Andalucía	17	14
Aragón	14	13
Asturias	14	13
Baleares	17	12
Canarias	18	19
Cantabria	21	16
Castilla y León	16	16
Castilla- Mancha	15	16
Cataluña	15	14
Valencia	17	15
Extremadura	18	14
Galicia	17	11
Madrid	13	12
Murcia	14	16
Navarra	12	9
País Vasco	15	13
Rioja	8	9
Ceuta	53	35
Melilla	23	33

SIDA: VIH

En esta provincia la mortalidad por este proceso es mínima y no significativa, dado además el hecho de que la mayoría de los pacientes eran residentes temporales que regresaban a morir a sus lugares de origen. Así tan solo ha fallecido un paciente VIH (+) en el año 2008 (varón) y ninguna mujer. En el 2000 como ejemplo inmediato anterior, 2 hombres (0 mujeres).

TBM SIDA 2008	1991	2000	2008
TOTAL ESPAÑA	11,7	7,1	2,6
Andalucía	6,9	5,8	2
Aragón	8,6	5,7	3,4
Asturias	7,1	5,8	0,8
Baleares	14,8	13,1	5,8
Canarias	5,7	6,5	2
Cantabria	9,1	3,8	2
Castilla y León	5,3	6,4	1,2
Castilla-La Mancha	4,6	2,4	1,3
Cataluña	1,8	8,4	2,7
Valencia	10,5	5,1	2,5
Extremadura	3,4	3	0,7
Galicia	9	5,5	2,9
Madrid	23,4	12,4	3,8
Murcia	6,2	6,5	4
Navarra	9,6	4,4	3,2
País Vasco	17,5	9,7	3,2
Rioja	12,1	8,2	3,6
Ceuta	5,9	8,4	2,8
Melilla	1,8	6,1	3

ESPAÑA TOTAL INFECCIOSAS TMM 2006 : 15,0 (H) 8,0 (M)

ESPAÑA TUBERCULOSIS TMM 2006: 1,0 (H) 0,3 (M)

En Soria capital, de 1900 a 1906 según podemos cotejar en los cuadros que acompañan este estudio y en el área de demografía, entre un 25% y un 50% de los sorianos fallecían por infecciones respiratorias y meníngeas, fundamentalmente, que procede analizar en las tablas y gráficos con objeto de valorar los cambios sufridos en las tendencias de mortalidad en ese siglo XX. (Ver gráficos, tablas y demografía. Ver capítulo “El Ayer del Mañana”).



1953: Aprendiendo a jugar con el Numancia

ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LA PROVINCIA DE SORIA

LA TUBERCULOSIS

Enfermedad de los poetas -olvidada en las últimas décadas- y en una de las provincias más ligada a la poesía. La Soria de Machado, de Gerardo Diego ... Enfermedad romántica donde las haya, ligada al amor y a la pasión. Quizás Bécquer podría ser hoy el más adecuado prologuista para estas líneas que hoy tienes, amigo lector, entre tus manos. Al igual que algunos amores vuelven con los años, la tuberculosis viene a nosotros después de habernos dicho adiós; fue un hasta luego. Desgraciadamente regresa en muchos casos con un amante que no conocieron nuestros poetas: el SIDA. El palacio de los Condes de Gómara -que me perdonen los responsables de patrimonio- es quizás el monumento más enraizado con este padecimiento en nuestra ciudad; mirando «de reojo» al Monte de las Ánimas se enfrenta poéticamente a todas sus Leyendas.

Pensemos que llega a ser tan resistente que se han encontrado bacilos viables en momias del antiguo Egipto.

En 1909, el Dr. Mariano Iñiguez y Ortiz, uno de los más preclaros epidemiólogos de la medicina moderna, publicaba junto con Máximo Hercilla García un texto lleno de sabiduría: "La Tuberculosis en la Provincia de Soria". Corresponde a su ponencia en el I Congreso de la Tuberculosis verificado en Zaragoza en 1908 y premiado con la Medalla de Oro en la Exposición Hispano-Francesa. Más de 150.000 personas poblaban nuestra provincia en la primera década del siglo XX y más de 200 fallecían cada año por tuberculosis de los que un 70% eran de afectación pulmonar, 17% abdominal, un 6% meníngeo y más de un 3% laríngea.

Coincidiendo con el V Centenario del descubrimiento de América - 1992- leía en un periódico de Philadelphia - sentado en el parque junto a su famosa Campana de la Libertad- la gravedad de lo que en algunos Estados de este macro país consideraban una nueva epidemia de tuberculosis resistente a los tuberculostáticos más eficaces. Pensaba entonces en el dicho castellano- " cuando las barbas del vecino...." y también en nuestra Soria. (Qué lejos quedaba en el tiempo la construcción del hoy Hospital Virgen del Mirón, diseñado y previsto como Hospital Antituberculoso. Grandes

espacios abiertos llenos de luz y de aire sano, casi en contacto con ese azul tan personalizado del cielo machadiano, preparaban el reposo de aquellos hombres y mujeres que dejaban abiertas sus vías aéreas al bacilo de Koch. Sin embargo, sus amplias salas no tuvieron de huésped -afortunadamente- a quien, según estimaciones de la O.M.S. condiciona la mortalidad de 3.000.000 de ciudadanos en el mundo al año, -más que el total del resto de infecciones juntas- y la aparición de 8 millones de nuevos casos. Pensemos además que de estos últimos, casi un millón y medio surgen con co-infección por el virus VIH. En los próximos años las previsiones indican que el *Mycobacterium Tuberculosis* infectará a 300 millones de habitantes de los que 90 millones desarrollarán la enfermedad.

¡Qué diferente es observar el bacilo de Koch al microscopio - tan sonrosado con la tinción de Ziehl-Nielsen- agrupado cual soldados de unidades del ejército, firmes en el tejido de granulación, alrededor de lo que fue su objetivo, ya vencido —el caseum—. Histológicamente no manifiesta su potencialidad dañina, pero ...son verdaderas colonias "kamikaces" de los tejidos.

La Doctora Belén Gros Bañeres hizo un extraordinario trabajo clínico y de investigación en los años 1983-1993 que da a conocer su potencialidad en los años finales del siglo XX. Las cepas multirresistentes están provocando que -a pesar de ser una enfermedad prevenible y curable, alcance en nuestra provincia tan solo un 64% de curaciones en esas fechas.

La tuberculosis sigue siendo, en el siglo XXI, la enfermedad infecciosa más importante y que, en nuestro país, ha regresado con especial fuerza a partir de 1990. Los resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis (24/3/1999) [PMIT], confirmaron que su tasa de incidencia era el doble en los hombres (52,7 casos x 100.000 habitantes) que en el sexo femenino (24,9 casos x 100.000 h.). Un mayor número de factores de riesgo en el sexo masculino es el principal motivo de que desarrollen la enfermedad tras ser infectados. Los coordinadores de este estudio, de la Unidad de investigación del Instituto de Salud Carlos III alertaban entonces para que no se bajara la guardia frente a esta enfermedad ya que los datos ponían de manifiesto que se trataba de un problema de salud pública extraordinariamente importante. Es también significativo en este estudio y en relación con otros países de la Unión Europea que en España exista una mayor incidencia juvenil; es la década de 25 a 34 años la más afectada junto con los mayores de 75 años (disminución de defensas). La alianza con el VIH es precisamente responsable de esa mayor prevalencia en nuestra juventud.

La principal medida para su control es la curación de los pacientes, ya que es la forma de evitar la transmisión y la aparición de nuevos casos. Pensemos que anualmente se producen en España más de 18.000 nuevos casos.

Hay algo también en las conclusiones de la Dra. Gros que personalmente valoro no solo en esta enfermedad sino en la globalidad de toda la asistencia sanitaria. Es imprescindible potenciar la colaboración entre la Atención Primaria y la Especializada; es prioritario coordinar los equipos médicos y de enfermería que atienden los servicios de salud ya que la Atención Primaria es la protagonista que puede cortar en escena el avance de este mal dentro de la tragicomedia infecciosa más antigua.

Llama poderosamente mi atención como las cifras oficiales que se manejan en nuestra provincia son inferiores a las del trabajo que comentamos. Se da la paradoja contraria a la de los cánceres tributarios de metástasis que hemos comentado en este libro. La infranotificación de casos hace que las tasas varíen en gran medida dependiendo de lugares y profesionales responsables. Este hecho ha sido puesto también de manifiesto en el PMIT que se hizo público. Probablemente hay que estimular mucho más a los profesionales, haciéndoles responsables de los efectos perversos que se derivan de actitudes negativas y apoyar con ayudas -institucionales y privadas- el desarrollo de este tipo de estudios.

El aumento progresivo de bolsas de pobreza, el hacinamiento en comunidades cerradas y la presencia de factores de riesgo asociados —como el SIDA— seguirán elevando significativamente el número de tuberculosos, 128 años después de descubrirse el bacilo de Koch —*Mycobacterium Tuberculosis*—, aunque con una diferencia: la enfermedad ha perdido su poesía y hoy es una tragedia en prosa que no gusta ni a médicos ni a escritores y mucho menos a sus actores.

Es importante destacar como en nuestra provincia, la relación entre hombres y mujeres se está estabilizando en ambos sexos, siendo las décadas de mayor incidencia entre los 25-34 años con un segundo pico entre los 55-74 años.

Por otro lado significar que desde los estudios de la Dra. Gros, las tasas de mortalidad e incidencia global para ambos sexos permanecen estables de 17,3 a 17,6 (TM 2003-2008) casos por 100.000 habitantes. Señalamos sin embargo una mayor mortalidad en el sexo femenino (Ver tablas)

QUISTES HIDATÍDICOS

De forma sucinta pero explícita es importante dar a conocer a los lectores la gran prevalencia e incidencia que llegó a tener la hidatidosis en nuestra provincia durante todo el siglo XX hasta su última década. Las malas condiciones higiénicas en que se desarrollaba la sanidad animal en toda España y específicamente en Castilla y León, llevó a un gran número de sorianos que se podrían cifrar en los años 1975-1990 en torno a los 50 casos anuales, a graves condicionantes para su salud, amplias cirugías torácicas y abdominales y también a un número significativo de fallecimientos. Era la hidatidosis, a nivel de todas las localizaciones viscerales: hepática, pulmonar, cerebral, renal e incluso cardiaca un problema de salud pública que llegó a ser tan prevalente como el cáncer gástrico al que nos hemos referido anteriormente. Afortunadamente, desde finales del siglo pasado, es una zoonosis en regresión y podemos decir que prácticamente erradicada en nuestro medio. Las políticas de educación sanitaria y de medicina preventiva animal aplicada a cerdos y perros, preferentemente, lo ha conseguido.

SALMONELOSIS, BOTULISMO Y BRUCELOSIS

Al igual que en el anterior apartado, hoy podemos presumir de que en los últimos años y especialmente en los veranos, las toxiinfecciones alimentarias han desaparecido de nuestros centros de salud y servicios de urgencias. El control sanitario de los alimentos y las políticas de salud y seguridad alimentaria unida a grandes campañas de educación para la salud lo han hecho posible. Es fundamental insistir en la educación para la salud en los centros escolares, laborales y sociales. Si observamos las tablas de mortalidad de principios de siglo que incluimos en este libro, comprenderemos el gran avance que sanitariamente hemos conseguido, en patologías como la fiebre tifoidea, la fiebre de Malta y el mismo botulismo -conservas-. La utilización obligatoria de mayonesas industriales y de otros productos de temporalidad controlada han hecho posible que prácticamente se hayan erradicado, aunque nunca debe bajarse la guardia.

INFECCIONES LIGADAS AL SEXO

Después de haber estudiado y diagnosticado a lo largo de mi vida profesional más de 40.000 citologías ginecológicas, puedo afirmar dos cuestiones del ayer y del presente que condicionan un futuro. Podría hablar

de todas las infecciones vaginales pero me ceñiré a dos de ellas, por sus connotaciones específicas.

En primer lugar, comentar que esa parasitación tan frecuentemente observada en la vagina de nuestras mujeres a lo largo del siglo XX, las **TRICHOMONAS vaginalis**, y que tanto malestar y prurito (picor) les inducía, ha pasado en fechas recientes a ser una rareza. De una prevalencia de (+/-) 4-5% en nuestras mujeres, estamos en valores decimales y aun centesimales en las muestras que nos remiten para "screening" de cáncer de cuello uterino a los servicios de patología.

Sin embargo, nuestras mujeres tienen un enemigo de mayor agresividad transmitido a través de sus relaciones sexuales, que condiciona variaciones genéticas en el epitelio cervical que inducen displasias y carcinomas de cuello uterino. El **VPH -Virus del Papiloma Humano-** lo estamos observando y datando por biología molecular en todos sus biotipos -más y menos agresivos- en tasas cada vez mayores. La promiscuidad sexual y sobretodo las relaciones de pareja con hombres promiscuos han aumentado significativamente su incidencia. El sexo oral ha llevado también al desarrollo de este tipo de virus y secundariamente de carcinomas epiteliales en la orofaringe y laringe.

*Nada graba tan fijamente en nuestra memoria alguna cosa
como el deseo de olvidarla
(M.E. de Montaigne).*

ADDENDUM

ANTONIO MACHADO

DEL ALMA, LA POESÍA. DEL CUERPO, LA ENFERMEDAD

De **Antonio Machado**, creador de las mejores páginas de la poesía española del siglo XX, se ha escrito casi todo en lo espiritual, social y político, y en lo humano "como humanista". Sin embargo, tenemos muy poca constancia del hombre ligado a su propio ser material y por tanto a los deterioros físicos que como tal padeció.

El hombre -corporal-, y por tanto Machado, es un ser compuesto de una maquinaria regida por varios centros de coordinación. El espíritu -alma-, aplicado a esa maquinaria y potencial diferenciador de los irracionales, ha sido tratado, evaluado, valorado y sometido a crítica en Antonio por numerosos autores en todas las áreas del conocimiento.

Pero.....

D. **Antonio Machado Ruiz**, antes que lírico, poeta, trovador y crítico de la sociedad de su tiempo era hombre sometido a los gérmenes, lesiones y alteraciones medioambientales, alimentos y hábitos sociales -tabaco, entre otros- que el último tercio del diecinuevecientos y el primero del veintecientos (d.C.) condicionaban en el desarrollo de los seres vivos.

Las enfermedades de su alma, ligadas fundamentalmente al amor y desamor de Leónor y **Guiomar**, a esa España querida y también "malquerida", han sido tratadas y retratadas. El bagaje de sus sentimientos -tan amplio- permitirá seguir siendo estudiado por muchos estudiosos de su obra: poetas y literatos, sociólogos y filósofos, psicólogos y psiquiatras. Sin embargo, quizás, la vertiente de las enfermedades orgánicas y funcionales del poeta, es el área menos ilustrada y menos explorada.

A través de estas líneas, por supuesto, no pretendemos hacer una historia clínica de sus padecimientos ya que, al contrario que la historia de la Historia, los historiales médicos se escriben en el mismo momento de padecerlos y tanto historiador como historiado corrigen día a día el devenir de los mismos. En el caso de Machado no hay constancia de historia clínica

alguna en ninguno de los hospitales de las ciudades en que vivió ni de los galenos con los que pudo tener relación de médico-enfermo, salvo el **Dr. Puche Álvarez de Barcelona**, hecho por otra parte lógico dado que salvo casos muy puntuales y de personajes muy relevantes, este tipo de documentación o no ha existido nunca o se destruyó como material pasivo en dichos centros. Por otro lado, la mayoría de los llamados hospitales en la época machadiana han desaparecido y los historiales clínicos más importantes, que se han conservado, están perdidos en archivos de Reales Academias y Facultades de Medicina.

Como médico patólogo, me he preguntado muchas veces -aunque parezca un tanto tético- qué hallazgos patológicos hubiera encontrado en una autopsia sobre su cuerpo mortal en **Collioure**. No olvidemos que murió como mortal.

Las líneas, que a continuación incluyo, no pretenden ser un dogma o diagnóstico notarial de sus males corporales. No. Tan solo quieren ser una aproximación a las vivencias que pudo tener como enfermo a lo largo de su vida, en base al escaso material -no médico- si literario e historiográfico que de él tenemos, y por supuesto sometido a la crítica -lógica- tanto de los eruditos literarios como de los colegas sanitarios, sean o no machadianos.

LA TUBERCULOSIS

En primer lugar, nos trasladamos a la **Sevilla** de finales del XIX -1893-, a la casa familiar de los Machado, en que su padre -47 años- fallece por tuberculosis. Posteriormente a **Madrid** -1900-, donde su hermana **Cipriana**, que vive con él, también muere de tisis a una edad muy temprana: 14 años. Los hogares familiares siempre estuvieron cercados, si no por la carencia, si por cierta penuria y estrechez en lo inmobiliario que inducía una vecindad de los cuerpos y por tanto un hábitat compartido muy próximo, con el aire sobrecargado y poco ventilado. La virulencia de estos gérmenes obliga a pensar que todos los familiares en primer grado estuvieron en contacto directo con ellos. Todos ellos desarrollarían un complejo primario tuberculoso.

También sabemos que en el entorno familiar de **Leonor Izquierdo Cuevas** y en las viviendas donde habitó antes de su enlace con Antonio Machado, no hay constancia de enfermedad tuberculosa familiar. Antonio Machado, cuando llega de catedrático a Soria en 1907, es -muy probable- una persona con una presunta inmunidad que lo hace resistente para el

desarrollo de esta enfermedad. Una tuberculosis que se halla acantonada, como en todos aquellos que tienen un complejo primario, sin condicionar ni desarrollar su clínica y cuyas defensas inmunitarias impiden su evolución, a pesar de que "vivan en su interior".

Mariano Iñiguez Ortiz, médico epidemiólogo, compañero-profesor de Instituto y de pensión, durante la estancia del poeta en Soria, publica en 1908 un interesante trabajo sobre la *enfermedad de Calmette-Guérin* -"Tuberculosis en la provincia de Soria"- en donde se pone de manifiesto la mortalidad que condiciona esta "epidemia" de 1900 a 1907 y que alcanza en España la cifra de 203 fallecidos por 100.000 habitantes/ año (tasa bruta). Pensemos que esta enfermedad afecta a todas las edades con una gran mortandad en el primer año de vida.

Tras su matrimonio con Leonor, la tuberculosis vuelve a aparecer en su vida y se desarrolla de una forma agresiva en el cuerpo de su esposa, durante su estancia en París. ¿Era Leonor un organismo libre de bacilos tuberculosos antes de su matrimonio? ¿Cómo adquiere su enfermedad? ¿Era Machado un individuo con infección latente, sin enfermedad clínica?. ¿Por qué Antonio, guiado por su amor a Leonor, y deseando seguir su mismo fin, "intima" -al máximo- con los bacilos de su mujer, sin desarrollar la enfermedad? La respuesta a esta última pregunta es la única que epidemiológicamente podríamos contestar, conociendo la historia tísica familiar del poeta.

La tuberculosis, sabemos que tiene un desarrollo más marcado e intenso en pacientes jóvenes previamente no sensibilizados. De acuerdo con el **Profesor Gómez Lus**, la de Leonor habría sido una tuberculosis rápida o progresiva primaria. Se acepta hoy en día que las personas infectadas pueden desarrollar tuberculosis, bien por progresión directa (la enfermedad evoluciona pronto tras la infección) o reactivación endógena (el proceso se puede desarrollar muchos años después de la infección).

Conocer el "tipado" genético de los bacilos, en restos óseos, para su identificación, requeriría que las personas -sus restos- objeto de estudio, hubieran desarrollado una tuberculosis ósea en vida. **Mariano Iñiguez**, su compañero médico de trabajo y de pensión más próximo no ha dejado documento alguno ni manifestado ninguna patología que hubiera padecido el poeta durante el periodo que compartieron docencia y alojamiento.

EL TABACO

Era conocido por sus alumnos como “la Cenicienta”, dado que la docencia escolar iba siempre asociada al consumo incesante de cigarrillos, y secundariamente por el rocío de cenizas en su vestimenta. De alguna forma tenemos que responsabilizar al tabaco de la patología crónica machadiana que nos ha llegado historiográficamente. Hasta mediados del siglo XX en que **Doll y Petto** en su trabajo epidemiológico relacionan tabaco y cáncer, el consumo de tabaco llegó a considerarse terapéutico, saludable y socialmente casi imprescindible en los varones. Sin embargo, al parecer y a pesar del elevado consumo de tabaco, Machado no estaba genéticamente dotado para el desarrollo de un cáncer de pulmón. Al menos, no presentó sintomatología clínica neoplásica en este sentido, aunque debemos recordar que la incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón en los primeros cincuenta años del siglo XX era una “anécdota” –casos raros- a nivel internacional y motivo de publicación caso a caso. Hoy, con la perspectiva de la clínica y la patología, cien años después, consideramos que muchos casos diagnosticados como caquexias (sic), decrepitud (sic) y consunción (sic) en ese periodo etario, corresponderían a neoplasias. Es a partir de los años cincuenta cuando comienza el crecimiento exponencial de incidencia y mortalidad por cáncer y especialmente en los hombres, de pulmón.

Señalar también, por las connotaciones que la afición tabáquica tenía en nuestro protagonista, que en el periodo 1900-1907 la mortalidad por cáncer en Soria –extrapolable al resto del país- era de 40 casos por 100.000 habitantes/ año (tasa bruta), de los que menos del 5% eran pulmonares. Es decir, la mortalidad por tuberculosis era 5 veces mayor que la mortalidad por cáncer en todas sus localizaciones.

Tal y como se describe su vida -de una forma costumbrista, podríamos decir-, Machado, a lo largo de su existencia, va generando y autoinduciéndose lo que hoy conocemos como una EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), que secundariamente condicionará una hipertensión pulmonar y a su vez y con el tiempo, una insuficiencia cardiaca, que en aquellos tiempos se evaluaba como “asma” –proceso de tipo alérgico, impreciso e incluso cuestionado en la revista The Lancet en 2006-. Realmente era de patrón asmático, mas bien disneico pero por insuficiencia del corazón, como órgano vital. Digamos que en sus últimos años, así se manifiesta en el año 1938, en Barcelona por el ya citado **Dr. Puche Alvarez**, que le ratifica el diagnóstico de una disnea con un “asma cardial”, aconsejándole o pactando una reducción del consumo de cigarrillos. Bajo ningún concepto se llega a

valorar en su génesis, el inveterado consumo de cigarrillos como agente causal y etiológico de sus problemas pulmonares.

Si entonces se hubiera dispuesto de los mínimos recursos diagnósticos, podríamos haber evaluado en los pulmones del poeta un “enfisema” o dilatación sacular de los alvéolos por rotura de los espacios pulmonares bronquiales terminales.

Dentro de los agentes tóxicos y drogas que pueden condicionar un enfisema es el consumo de tabaco el principal agente.

De Machado, lo único que nos han trasladado, ampliamente, son actitudes, vivencias y algunos testimonios gráficos. El cambio morfológico inducido sobre la imagen recogida por el fotógrafo **Alfonso** en el Café de las Salesas en Madrid, en 1933, en que Antonio presenta una marcada laxitud de los tejidos cutáneos del cuello -“papada cutánea”-, contrasta con las que se realizan en 1937, en Valencia, cuando él mismo se considera, viejo y enfermo, evidencia que se traslada a través de su conocido retrato.

Su biotipo, en el último trienio vital, con desnutrición y retracción cutánea más marcada en las órbitas y región peribucal, mostrando unos globos oculares hundidos, coincide perfectamente con el que se describe en todos los libros actuales de Patología para este tipo de pacientes enfisematosos:

- Delgado
- A menudo demacrado
- Uso prominente de los músculos accesorios en la respiración
- Edad: de 50 a 75 años
- Síntoma dominante: la disnea más que la tos
- Cianosis: leve o ausente
- Infecciones del tracto respiratorio alto: ocasionales
- Sonidos respiratorios- auscultación-: marcadamente disminuidos
- Cor Pulmonale y fallo cardíaco derecho: Tan solo durante el proceso de una infección respiratoria y en el estadio terminal.
- Evolución: Respiración poco incapacitante interrumpida en los momentos de ataques por procesos infecciosos de las vías respiratorias altas.

Curso prolongado

Terminan por fallo cardiaco derecho y coma.

También es algo característico en las fotografías “humanas” machadianas, un rasgo facial que podría definir una dentadura en mal estado, “tintada” por la acción de la nicotina del tabaco. Machado nunca enseña sus dientes; por el contrario parece siempre presionar su músculo orbicular labial. Caries (¿), sarro (¿), presumiblemente estaban presentes en su región oral junto a una cierta maloclusión de las arcadas dentarias, más evidente en los últimos años, probablemente por pérdida de piezas dentales. A ello debemos añadir en su última etapa la utilización de los músculos accesorios respiratorios faciales para compensar su disnea.

De Barcelona a **Collioure** se inicia el declinar final de nuestro poeta, que agudiza una serie de circunstancias medioambientales y habitacionales, estimulando un agravamiento de su estado. Famélico, con laxitud de la dermis cutánea de la frente, hundimiento de las órbitas oculares y un rostro expresivo de alejamiento del mundo que le rodea acompañado de un abandono de su higiene externa, dibujan para **Corpus Barga** –compañero en el exilio- un espectro mortecino. (Ver fotografía adjunta).

Según su hermano **José**, las largas colas de espera en la frontera franco-española y el alojamiento temporal en un vagón de mercancías –abandonado- en **Cerbère**, desvencijado y con amplios ventanales al exterior –no estructurales- por donde la lluvia regaba más que goteaba el interior, en el seno de una climatología invernal, incidieron en gran medida sobre la ya muy deteriorada salud de Antonio.

Probablemente la travesía fronteriza es el punto de inflexión terminal. Con ese hábitat citado y en unos organismos ya muy deteriorados, cualquier germen por poco oportunista que fuera, encuentra un campo abonado para desarrollarse. La patología pulmonar en el caso del hijo y la edad de la madre, sobreañadida, son caldo de cultivo para el desarrollo de infecciones ávidas de cuerpos depauperados y deprimidos por el frío, la malnutrición y la ausencia de esperanza.

La estancia de la familia en **Collioure**, ha sido tratada por todos los estudiosos de la obra machadiana, y considero innecesario incidir más en los aspectos periféricos de la agonía humana del poeta.

Pensemos que en esas fechas, no se han desarrollado los antibióticos y que el médico francés **Dr. Cazaben**, le administró algunos de los

medicamentos de la época para estas patologías, de una forma paliativa: balsámicos, yoduro potásico y/o belladona para expectorar probablemente fueron su única terapia. Fueron 4 interminables días con disnea, desorientación temporo-espacial, delirios y una marcada opresión torácica consecuencia de su insuficiencia cardiaca congestiva hasta su entrada en coma y muerte el 22 de febrero de 1.939.

Como patólogo, he osado, a través de estas líneas, realizar virtualmente un estudio de aquellos hallazgos que hubiéramos encontrado probablemente en el cuerpo del hombre mortal, si se le hubiera practicado una necropsia.

Es, ante todo, una hipótesis fundada en los datos clínico-literarios hallados hasta la fecha y, como todo aquello que se basa en informaciones contrastadas aunque sin documentación médica, no es científicamente objetiva pero al menos no es subjetiva. No obstante, está abierta a la crítica constructiva de todos aquellos hombres de bien, estudiosos o no de Machado.

Hábito externo:

Desnutrición y signos cutáneo-mucosos de deshidratación.

Discreta cianosis labial.

Cavidad Torácica:

-Pulmones: edematosos, crepitantes, con zonas condensadas, muy congestivos, de esfuerzo, marcado aumento de peso, sin expresión aérea -no flotan en agua-, con bullas enfisematosas periféricas y adherencias pleurales. Presencia de un depósito pardo-negrucoso diseminado de tipo antracótico.

-Presencia de un nódulo blanquecino fibroso denso, parcialmente calcificado de tipo tuberculoso. Foco de Ghon.(Complejo Primario).

-Bronquios ocupados por un material purulento generalizado.

-Corazón: con cardiomegalia fundamentalmente derecha e hipertrofia ventricular.

-Válvula tricúspide: discreto aumento de diámetro

-Arteria Pulmónar: aumentada en su diámetro

-Arteria Aorta: moderada arteriosclerosis no calcificada

En el resto de las vísceras, órganos y sistemas probablemente no encontraríamos patología macroscópica. Tan solo signos reductores, en la mucosa intestinal, derivados de su gastroenteritis final.

Por tanto, nuestro poeta muere, como cuerpo humano, por una

-BRONCONEUMONÍA PANLOBAR BILATERAL de tipo bacteriano, como causa fundamental asociada a otras alteraciones concomitantes y preexistentes:

-Enfisema Generalizado Bilateral

-Hipertensión Pulmonar

-Insuficiencia Cardíaca Congestiva

-Cardiomegalia

-Hipertrofia ventricular derecha

-Patología gastrointestinal secundaria

Alteraciones Independientes.

-Tuberculosis: Complejo primario fibrosado y calcificado (Foco de Ghon)

-Arteriosclerosis moderada no calcificada

ADDENDUM:

El **Dr. Calvo Melendro**, señaló siempre la mayor incidencia de patología degenerativa, incluyendo tumores, en los vencidos de la Guerra Civil 1936-1939 que en aquellos que se consideraron vencedores. La depresión y la pérdida de los valores humanos más elementales entre los vencidos condiciona –sin poder ser medida- una pérdida de las defensas inmunitarias en la población como años después se demuestra entre grupos humanos sometidos a las mismas agresiones integrales de la persona.

(Publicado en la revista Patología de la SEAP. 2008)



Instituto A. Machado



A. Machado, 1937

Mortalidad por patología

perinatal
respiratoria
genitourinaria
digestivo
forense

**Mortalidad
por patología**



¡Agua va!

SORIA MORTALIDAD PERINATAL

Porcentualmente no ha variado la mortalidad perinatal en hombres (niños) en esta provincia en los 30 años de estudio con un porcentaje del 0,3% sobre el total de defunciones. Por el contrario y aun dentro de decimales, en la mujer (niña) ha bajado al 0,1%, habiendo coexistido con periodos etarios sin mortalidad perinatal (1991-2000).

Sus TBMs, en el perinato masculino tampoco se han modificado y tienen unos valores de 5,0 en el sexenio 2003-2008, mientras en el perinato femenino ha bajado de 2,6 a 1,8.

Si observamos los gráficos se ven unas curvas en “cazuela” que recuperan los valores de los años 1980s.

La razón intersexos es siempre masculina de 2,17 en todo el periodo y 2,8 en el sexenio 2003-2008. (Ver fichas y gráficos)



En el cielo de los justos

SORIA MORTALIDAD PATOLOGÍA RESPIRATORIA

Se ha incrementado porcentualmente en un 30% en los varones y en un 20% en las mujeres pasando de representar un 8,6% -H- y un 8,3% -M- en el periodo 1980-85 a valores de 11,8% y 10,3% respectivamente.

Sus TBMs se han incrementado también en valores importantes, pasando en los hombres de 90,8 (1980-85) a 147,8 (2003-2008) y en las mujeres en los mismos periodos etarios de 75,4 a 125,7.

La patología de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es en gran parte responsable de este incremento así como el tabaco es el responsable en origen de gran número de procesos.

La relación intersexos se mantiene en todo el periodo en H/M de 1,2.



1950s: En casa Augusto junto al Duero, se respiraba.

SORIA MORTALIDAD PATOLOGÍA GENITOURINARIA

Dentro de la mortalidad porcentual en esta provincia, sus porcentajes apenas han sobrepasado el 3% en hombres y mujeres, con tasas prácticamente estables en el periodo 1980-2008 que llegan a TBMs de 37,7 en hombres y 36,7 en mujeres y con una razón intersexos que apenas supera una décima la unidad.



De paseo por El Collado

SORIA MORTALIDAD PATOLOGÍA DIGESTIVA

Esta provincia se ha caracterizado por patología digestiva preferentemente de tipo tumoral a lo largo de todo el siglo XX, en el que podíamos apreciar en más de un 60-70% de las biopsias afectación por flora de tipo *Helicobáctter Pylori* (desde que realizamos estas técnicas en el Complejo Hospitalario y lo visualizamos con Giemsa).



En la feria

Sus porcentajes globales sobre la mortalidad por todas las causas apenas han variado también. El 5,2% -H- y el 4,1% -M- eran los valores en el sexenio 1980-1985 y 4,3% y 4,9% respectivamente en 2003-2008.

Sus TBMs en varones se mantienen en todo el periodo en el marco de 54,0 y en la mujer actualmente, sin embargo ha aumentado bastante su tasa pasando de 37,2 en el sexenio 1980-1985 a 59,6 en la actualidad.

La relación intersexos se mantiene también en valores próximos a la unidad.

SORIA MORTALIDAD PATOLOGÍA FORENSE

En esta provincia la mortalidad por causas externas y desconocidas, suicidios y homicidios permanece en unos porcentajes invariables y estables en los últimos treinta años y es responsable de la mortalidad global del 6,3% de los hombres sorianos y del 3,4% de sus mujeres.

Sus TBMs se han elevado un 16,4% en hombres y un 30,2% en mujeres según podemos ver en las tablas resumen de mortalidad alcanzando cifras de 78,5 en los varones y 41,1 en las féminas, que las sitúan en la 4ª causa de mortalidad en hombres y la 5ª en mujeres, ya que la mortalidad por enfermedad neurodegenerativa es la 4ª causa en la mujer soriana y la 5ª en el varón.

La razón intersexos es a lo largo de todo el periodo de H/M -2,57- , bajando a 1,95 en el último sexenio.

No hay diferencias en los medios urbano y rural en cuanto a diferencias de tasas.

Nos ha parecido importante valorar independientemente los suicidios de los accidentes como ejes vertebradores de esta mortalidad y apreciamos algunos hechos de interés.

1.-La relación intersexos H/M de los suicidios es de 6,7 mientras que la de los accidentes es 1,0.

2.-Es al menos una década posterior la edad media de los suicidios frente a la de accidentes (44,3 y 56,4 en hombres).

3.- Las TBMs de suicidios y de accidentes son muy superiores en hombres que en mujeres (15,3 -suicidios- y 19,7 -accidentes- en hombres // 2,2 en ambos casos en mujeres).

4.- En el año 2008 la TBM de Soria de suicidios es de 14,6 en hombres y 2,1 en mujeres, presentando valores intermedios frente a las máximas de Almería -20,9 H-y Cuenca -7,5 M- y las mínimas de Palencia -3,5 H- y Zamora -1,0 M-



Aquel maldito 6 de julio de 2000. La Reina y J. Pujol

**EL AYER DEL
MAÑANA**

**EL AYER DEL
MAÑANA**



Ese Lunes de Bailas

Número de defunciones, 163.—68 varones y 95 hembras (sin incluir los del Hospital provincial y Hospicio).

RESPIRATORIO 14 varones 10 hembras			NERVIOSO 15 varones 17 hembras			CIRCULATORIO 14 varones 15 hembras			DIGESTIVO 9 varones 8 hembras			OTRAS ENFERMEDADES 4 varones 6 hembras			
												Var.	Hem.	Total	Var.
Bronquitis	3	9													
Idem crónica	2	1													
Idem capilar	1	1													
Idem pútrida	1	1													
Catarro bronquial	1	1													
Castro	1	1													
Pneumonía	1	5													
Bronconeumonía	5	5													
Edema glotis	2	2													
Laringitis	1	1													
Laringo-laringitis	1	1													
Hemodis	1	1													
Eufisema pulmonar	1	1													
Afisia por inmersión en el agua	1	1													
Duero autoxia															
			15 17			14 15			9 8			4 6			

A P A R A T O S

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

FIEBRES:		Var.	Hem.
Gástrica	1	5	
Tifoides		1	1
Biliosa		1	1
Puerperal		1	1
Septicémica		1	1
Escariata			
		1	9

CLASIFICACIÓN POR EDADES

De 0 a 1 año		Var.	Hem.
De 0 a 4	—	8	20
De 5 a 15	—	10	10
De 16 a 25	—	3	14
De 26 a 50	—	2	8
De 51 a 70	—	10	12
De 71 en adelante	—	21	16
		14	15
		68	95

LA SALUD DE LOS SORIANOS EN EL SIGLO XX

Incluyo en este capítulo las páginas correspondientes a mi colaboración en los cursos de nutrición de la Fundación Duques de Soria *-La apuesta de Soria en el campo de la nutrición y la salud-* (3-5 Julio 2008: J. M. Ruiz Liso, J. Ruiz García, D. Ruiz García), en el periódico *Diario de Soria* en su 95 aniversario (2008) y un resumen histórico —en tercera persona, ya que quien habla es la Residencia Sanitaria— del libro *“Amor, Humor y Dolor en la Residencia”* en el XXV aniversario de su inauguración (2005).

**SOCIO-SANIDAD DE LA CIUDAD DE SORIA
A FINALES DEL SIGLO XIX**

En 1891, el Dr. Bonifacio Monge publica un interesante trabajo “Higiene de la Ciudad de Soria” que nos dibuja los cambios que la salud pública ha generado en la población.

Por su interés, entresacamos algunas partes de su interesante estudio.

“Mefitismo por hacinamiento”:* *“Es el mefitismo de las clases menesterosas que aherrojadas por la escasez de medios vense obligadas a cobijarse bajo un techo que se convierte en luctuoso panteón de sus energías físicas.” *Lo que respirado puede causar daño, especialmente cuando es fétido*

“No hay que fatigarse mucho recorriendo algunas de las calles del antiguo Soria, para encontrar ¡viviendas! en planta baja, oscuras y de capacidad reducidísima, constituidas por una sola pieza y donde se albergan dos, tres ó más individuos de un mismo sexo y aun de sexo diverso y en cuyo uno de sus ángulos háyase colocado ambulante y rudimentario fogón en el que se procede al condimento de las viandas.”

“En estas, a manera de Ergástulas, ni se dispone de los seis metros cúbicos de aire puro por persona y hora que la ciencia reclama ni el que existe es otra cosa sino escaso vehículo donde se encuentran disueltos mortíferos gases en proporciones alarmantes, y el llamado miasma bohémico (sic), formado por la acumulación de exhalaciones, secreciones y exudados que del cuerpo humano se desprenden.

(Ergástulas: Viviendas bajo tierra para los esclavos)

Consecuencias

Las calles más favorecidas con esta especie de tugurios lo son aquellas que más adolecen de falta de luz y ventilación, y hay una ley que la experiencia ha visto siempre confirmada, cual es la de que "en casa oscura, moradores débiles y mezquinos."

Debe proscribirse la arraigada costumbre de criar cerdos (una temporada del año - la peor-) dentro de las casas de la población, por perjudicial y por antihigiénica, dando carácter de estabilidad y permanencia a la acertada disposición de sacarlos fuera de la urbe para su engordo y recría.

<< ¡Ecastor! Urbs bene olet qui nihil olet.>> (Plauto)

El buen gusto y la higiene pública demandan se proceda al enterramiento de animales muertos, recubriéndolos con una capa de carbón vegetal antes de echar la tierra, verificando aquel a bastante profundidad.

EPIDEMIAS DE CÓLERA:

1855: Abundantes víctimas

1865: Desapercibido

1885: Algunas víctimas en la capital.

Mayor número en Monteagudo, Agreda y Tarazona.

EPIDEMIAS DE SARAMPIÓN:

1881-82: Numerosos niños. Barrios hacinados

PARALISIS INFANTIL:

1917: en la ciudad de Soria

"Una de las causas que más niños mata es el frío, tanto más cruel, cuanto menor es su edad, pues un simple coriza, que en un niño mayor no tiene importancia, en un pequeñín es grave, porque impide la succión para mamar, por obstruirse las narices, y después de varias tentativas para mamar y acosados por el hambre, sin conseguirlo, agitados, cansados de gritar y sufrir, caen en un estado de abatimiento del que es difícil sacarlos."

Otra de las enfermedades muy frecuentes en los niños, debida al frío, es la diarrea catarral, que en la mayoría de las veces no hacen caso las madres, atribuyéndola a la baba y creen que no debe cortarse; y como dice el Dr. Ulecia, la diarrea es lo mismo en los niños que la tuberculosis en el adulto.

El alcohol lejos de ser un alimento es un veneno y así se debería explicar en las escuelas.

La nodriza que beba vino, como no lo haga en pequeña cantidad, criará el niño endeble, enfermizo, estreñido y predispuesto a multitud de enfermedades graves como la eclampsia y la meningitis, complicación de todas sus dolencias.

En algunas madres existe la nefasta costumbre de dar en los días posteriores al nacimiento sopas, papillas y bizcochos mojados en vino. Todo menos leche que es lo que el delicado estómago de las criaturitas podría digerir con más facilidad.

A la mortalidad coopera la insalubridad de la mayor parte de las viviendas, y especialmente las habitadas por clases de escasos recursos, verdaderas zahúrdas impropias de ser habitadas ni siquiera por bestias. Tales moradas en una sola pieza tienen muchas veces todos los departamentos de la casa, y sus moradores duermen amontonados en el mismo departamento en que se guisa, en una atmósfera viciada por el ácido carbónico que se desprende en toda combustión, por los miasmas exhalados del cuerpo humano a que da lugar la acumulación de personas en un mismo recinto, por el humo del tabaco y por el de las sustancias aromáticas que emplean para enmascarar olores nauseabundos.

Añádase a todas estas circunstancias antihigiénicas, la de la lóbreguez de esos antros, a los cuales nunca llega el sol, empobreciendo la sangre de los que habitan y se comprenderá que lo verdaderamente asombroso es que en ellos puedan vivir seres humanos, pues es axiomático que

"donde no entra el sol.... entra a menudo el médico"

Principales causas de muerte por ENFERMEDADES INFECCIOSAS:
(ver tabla)

CARTILLA HIGIENICA PARA LAS MADRES**Dr. Rafael Ulecia y Cardona 1904**

1.- Haz lo posible por criar a tu hijo. Mas, si tu leche fuese escasa o de mala calidad, recurre en el primer caso a la lactancia mixta (pecho y biberón) y en el segundo a una buena nodriza. Tan solo cuando te sea absolutamente imposible una ú otra forma, entonces emplea la lactancia artificial pero bien reglamentada. (biberón)

2-a.- No darás al niño el pecho ó biberón, sino cada dos horas los tres primeros meses, durante el día. Y a lo sumo, dos veces por la noche (desde las 11 a las 7 de la mañana) así podréis descansar mejor. Después cada tres horas de día y solo una vez por la noche.

Procura que no quede harto, porque niño que toma más leche de la que a su edad corresponde, está muy expuesto a enfermar

2-b.- Para calcular bien la ración diaria de leche, el mejor guía es el peso. Al primero y al segundo mes deberá tomar 600 ó 700 gramos, terciada con agua. Desde el tercero ó cuarto, o desde que pese 5 ó 6 kilos, dale 100 gramos de leche pura de vaca (*), por cada kilogramo que pese.

(*)Leche que contenga de 37 a 38 gramos de manteca y en niños de tipo normal.

Pésalo cada 8 ó 15 días, pues nada te dirá como la balanza pesa-niños, el verdadero estado de nutrición de tu hijo. En el 1º trimestre ha de ganar cada día (como término medio) de 30 a 20 gramos; en el 2º de 15 a 10; y en el 4º de 10 a 8 gramos al día.

Si aumenta menos es que la calidad ó cantidad de la leche que toma es deficiente, y deberás consultar al médico.

La diarrea en el niño es tan temible como la tuberculosis en el adulto. En cuanto aparezca, ponlo a dieta absoluta y avisa enseguida al médico, porque al principio, es fácil contenerla; después corres mucho peligro de quedarte sin hijo.

La dentición es un acontecimiento natural, casi siempre, que en los niños bien criados, rarísima vez produce trastornos graves en su salud.

Los que más padecen con la dentición son los niños a quienes antes de cumplir diez meses se les da otro alimento que no sea leche.

10.a.- Es un verdadero crimen dar de comer a un niño antes de que

cumpla el primer año. Hasta entonces, dale leche y solo leche. En casos excepcionales, podrá tomar desde los diez meses, sopas hechas con agua y sal, o también con leche; pero en manera alguna con caldo, aun cuando esté bien colado. Al cumplir el primer año puede añadirse a la sopa ó a la leche, un huevo pasado por agua (sólo la yema).

10-b.- Al año y medio puede ya tomar sopas con caldo, huevos (clara y yema) y también pescados blancos; pero no le des carne roja hasta que no cumpla tres años. El vino, el café y las frutas le son perjudiciales en estos primeros años de su vida

12.- En resumen: cuida de que no coma ni beba nunca con exceso, ni tampoco entre sus comidas regulares. Así le evitarás los trastornos gastrointestinales (indigestiones ó diarreas) que son la principal causa de la enorme mortalidad de la primera infancia

Procura poner en práctica estas sencillas reglas de higiene y tendrás muchas probabilidades de conservar a tu hijo.

No lo hagas y cuenta por casi seguro que pagarás con lágrimas tu desobediencia a este leal y desinteresado consejo. Diciembre 1904 Rafael Ulecia y Cardona

**VALOR CALÓRICO Y NUTRITIVO DE LA DIETA ALIMENTICIA
(Datos por Habitante y día.)**

	Kilocalorías	Proteínas	Materia Grasa	H de Carbono
1907	3614	150	277	400
		18.0%	33.4%	48.6%
2003	2822	96.5	140	256
		19.6%	28.4%	52.0%

**ALIMENTACIÓN en SORIA: PRINCIPIOS SIGLO XX -2003
COMPOSICIÓN DE LA DIETA ALIMENTICIA**

PROTEÍNAS x hab. x día

1920: ANIMALES: 32.22 gramos VEGETALES: 128,20 gramos

2003: 96.51 gramos

PORCENTAJE DE CALORÍAS PROCEDENTES DE :

1920: CEREALES: 35% **2003:** 7,6%

1920: CEREALES Y PATATAS: 41% **2003:** 10,9%

LA MEDICINA Y LOS MCS EN EL S. XX

Pensemos en los años 1900s en que surge el Faro del Hogar, en los que Soria cuenta con algo más de 150.000 habitantes sin alcanzar los 10.000 en la capital, con 70 médicos colegiados de los que tan solo un 20% residen en la ciudad. Como médico humanista, intentaré reseñar la labor de los más importantes desde el punto de vista sanitario y social, al igual que el desarrollo de aquellos acontecimientos de “bienestar y malestar” que han tenido una impronta significativa a través de las páginas de ese Faro del Hogar sacerdotal del Burgo de Osma, Hogar y Pueblo, Soria Hogar y Pueblo, Soria Semanal (Soria 7 Días), Heraldo de Soria, Diario de Soria y recientemente en El Mundo-Diario de Soria.

Las epidemias de gripe (1918 y 1927), parálisis infantil (1927) y de viruela (1909 y 1919) “siguieron azotando a la ciudad y provincia, “diezmando a su población” en palabras del Dr. Mariano Iñiguez Ortiz. El Faro del Hogar a través de sus “cuartillas” de linotipia animaba a la vacunación de la viruela en toda la provincia.

En 1920 se edita la Revista Médica “Numancia Sanitaria” a la que da la bienvenida Faro del Hogar y que con una periodicidad mensual alcanza su último número en 1936 con la muerte trágica de muchos de sus protagonistas y el exilio de algún otro. Se edita también en 1926 el primer libro de Epidemiología Neoplásica en España, del Dr. Mariano Iñiguez Ortiz, del que da cumplida cuenta la prensa provincial.

En este primer tercio del siglo XX hubo un gran número de galenos que dedicaron parte de su tiempo a la política, generalmente desde posturas progresistas: Eloy Sanz Villa –más tarde Alcalde de Soria- que colaborará en la instauración de la I República; Juan Antonio Gaya Tovar –padre de Gaya Nuño- que redacta en 1931 el “Manifiesto por la República” y que en 1933 con otro manifiesto “¡A las urnas, ciudadanos!” se publica en la Voz de Soria, siendo vetado por el Faro del Hogar ante algunas frases no admisibles por la redacción ligada al clero: “..... y de que el presumir de católicos, no es garantía suficiente para ser persona decente.....”. Gaya Tovar pierde las elecciones y vuelve a escribir un artículo muy duro para la sociedad quiescente soriana del momento: “Soria: Una Provincia del siglo XVII”.

Un ejercicio de redacción del mas puro estilo humanístico había sido publicado por Gaya Tovar en 1921 y reproducido por nosotros el 15 de Enero de 1995 en Diario de Soria: “Recuerdos de la vida estudiantil; mi primer parto”. Vivencias médicas asociadas a un viaje en tren por la



Vicente Ruiz “El Chinche



provincia-Coscurita, Alcuneza, Tardelcuende y Torralba- que merecería la pena ser objeto de valoración y estudio en los centros escolares. Deliciosa lectura-



El principal suceso de esos años tuvo lugar en la Plaza de Toros de Soria el 4 de Octubre de 1925 con la muerte en el Hotel Comercio (6/X) del famoso torero Juan Anlló “Nacional II” por un botellazo atribuido a un médico soriano (Dr. Antonio Cabrerizo) con graves repercusiones para los festejos taurinos de Soria . En 1935 entierran una mañana de Domingo de Calderas a Vicente Ruiz “El Chinche” que había sido aplastado contra el burladero por el 5º toro de la cuadrilla de San Miguel de la mañana del Viernes de Toros. Paciente de úlcera de estómago fue “reventado” (hemorragia digestiva masiva) contra la barrera por el astado. Más de 10 facultativos intentaron recuperarlo en su casa del Ferial, y entre ellos los doctores Luis Santamaría, Mariano Iñiguez y Gaya Tovar (padre de Gaya Nuño).

Y ya en 1935 señalar –dada la polémica actual- el proyecto del nuevo Abastecimiento de Aguas a Soria que el ingeniero Clemente Sáenz quería realizar, por su gran caudal, desde Fuentetoba.



C.D. Numancia , años 1930s

Los años de la guerra son duros para todos y tan solo algunas tertulias de algunos médicos en el “casino provinciano” ponen de manifiesto, en palabras de Calvo Melendro, la mayor incidencia de neoplasias en el bando de los perdedores.

Fueron años, después de la Guerra Civil, de los 40, los 50 a los 70-80, en que los médicos, practicantes, matronas y otros sanitarios sorianos, tuvieron que dedicarse a la compatibilidad en sus trabajos. La Obra Social del 18 de Julio, el Hospital Provincial, el ambulatorio del Instituto Nacional de Previsión, etc... veían las mismas caras. En el Hospital Institucional (actual Virgen del Mirón) se llegaban a realizar hasta 12 y 14 intervenciones quirúrgicas diarias por los Dres Susín y Mazariegos, y más tarde por los doctores Delgado y Labanda.

El Dr. Juan Sala de Pablo –cirujano-, junto con el Dr. Calvo Melendro –internista- y el Dr. Iñiguez Ortiz –epidemiólogo-, podemos considerarlos la tríada médica más importante del siglo XX en nuestra provincia sin olvidar en los primeros años al Dr. Guisande de Brea ya citado en este texto. Calvo Melendro presidió la Sociedad Internacional de Hidatidosis y fue consultado en varias ocasiones por el Dr. Gregorio Marañón y por Jiménez Díaz que confiaban en su experiencia en determinadas afecciones. Es conocido que hacía muchas necropsias sobre los enfermos fallecidos en los hospitales en que trabajó. Fue el primer médico que publicó un caso de meningitis

“benigna” (meningitis multirrecurrente idiopática) en un soldado del cuartel de Santa Clara, actual Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud.

La creación de la Hermandad de Donantes de Sangre (1975) y de la Escuela Universitaria de Enfermería fueron otros dos hitos sanitarios para una provincia carente de recursos.

1980 es un año de inflexión para la sanidad soriana. Era la única provincia que no tenía Residencia de la Seguridad Social. En esas fechas hubo un político soriano, propietario de un medio de comunicación, el cual fue uno de los mayores impulsores de la gestación “política” de lo que hoy es Hospital Santa Bárbara. A través de “Soria Hogar y Pueblo” y en sus responsabilidades políticas, Fidel Carazo Hernández, hemos de reconocer que no cejó en su empeño hasta que fue concebida ministerialmente la Residencia Sanitaria.

En esos mismos años se inicia la transformación paulatina funcional y orgánica de los antiguos ambulatorios y consultorios locales en Centros de Salud. Soria Norte fue uno de los primeros en toda Castilla y León (1985). Los profesionales de la salud rurales comenzaron a disponer de un nuevo régimen laboral y social que les permitió pasar de 24 horas continuadas de presencia física en los pueblos a turnos laborales de 7 horas con guardias centralizadas en los nuevos centros de salud. Supuso una de las mayores revoluciones sociosanitarias en la última mitad del siglo XX que dignificaron el ejercicio de la medicina y mejoraron sus prestaciones sanitarias, diagnósticas y terapéuticas. A principios de este siglo XXI, en marzo de 2006, se pone en funcionamiento el último y nuevo Centro de Salud en Soria capital, en lo que antiguamente había sido un centro social y orfanato de la Diputación Provincial. El Centro de Salud Soria Sur se traslada desde El Espolón, en varias fases a “la Milagrosa”, A raíz de ver en 1996-2002 la utilización que dicho centro desplegaba, con un uso festivo y temporal como local de fiestas de la Cuadrilla de San Juan, quien esto suscribe se puso en contacto con el entonces Vicepresidente de la Diputación –D. Domingo Heras- que asumió conjuntamente las gestiones de transformación, y ejecución y traspaso a la Junta de Castilla y León.

A partir de ahora es la Residencia Sanitaria –Hospital Santa Bárbara quien escribe a través del lenguaje de sus paredes lo que allí aconteció en 25 años.

SÍNDROME TÓXICO

El Síndrome Tóxico que aparecía en mayo de 1981 en Madrid con los primeros casos afectó a nuestra provincia. Soria, desgraciadamente, tuvo también un número significativo de casos. Los efectos primarios y secundarios de este envenenamiento masivo nunca se podrán olvidar. Las agonías de quienes fallecieron, tampoco. Continúan hablando sus paredes...

EL ANGIÓGRAFO DIGITAL

En los Planes Complementarios de Montaje que me hicieron para dotar mis carencias durante mis primeros 5 años de existencia, consiguieron algo que tenía gran importancia para la salud y el diagnóstico que podía prestar a los sorianos. Se había logrado –en el año 1984- que me dotaran de un Angiógrafo Digital para la realización de radiología intervencionista. Puedo decir que todos mis inquilinos (facultativos, enfermeras y personal sanitario titulado y no titulado estaban tan ilusionados como quien va a recibir los Reyes Magos en la noche del día 5 de Enero.

Sin embargo, a veces, los demonios administrativos y gestores enredan e intentan perjudicar al más débil cuando no se puede satisfacer a todos. Mi angiógrafo digital se lo querían llevar al Hospital “12 de Octubre” de Madrid y sin consultarme.

El día 15 de Noviembre de 1984, jueves, llegaban a Soria el Subdirector General de Asistencia Sanitaria del INSALUD, Sr. Gutiérrez Martí y el Jefe de Servicio de Hospitales de dicho Instituto, D. Guillermo Bardají, para dar una rueda de prensa sobre dicho cambio de destino de mi angiógrafo. El Subdirector General informó que no se justificaba técnicamente su adquisición para Soria ya que era para centros con cirugía cardiovascular y neurocirugía y con mayor explotación de enfermos diaria.

La justificación de este cambio de planes no convenció a nadie y salieron por la puerta principal entre el griterío y el rechazo verbal muy acusado de prácticamente toda mi plantilla acompañando su salida de una “lluvia de monedas fraccionarias” que nunca se había visto en Soria. Se consideró un agravio comparativo a nivel provincial y el Dr. Jimeno Esteras, Médico Adjunto de M.I. no dudó en “encadenarse” a mis puertas residenciales con la consiguiente repercusión mediática.

Dado que el Dr. Carlos Hernández Gil, en ese momento Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo era soriano, se intentó que mediara

para que este traslado y “robo” del angiógrafo no tuviera efecto, haciéndole a él responsable muchos medios e instituciones del “robo” que se quería hacer a nuestra provincia.

En Soria se creó tal concienciación ciudadana que el día 22 de Noviembre de 1984 se celebró una gran manifestación en contra del traslado del angiógrafo que congregó a más de 4000 personas desde la Plaza Mayor al Gobierno Civil pasando por la Dirección Provincial del Insalud en el Paseo del Espolón. Fue una de las mayores manifestaciones reivindicativas en nuestra provincia con titulares en los medios de comunicación social tales como “Soria dijo ayer NO a la Discriminación”, “Santa Rita, Rita lo que se da no se quita” y alguna poesía como la que Arévaco en “Soria Hogar y Pueblo” dedicó al tema:

La Sustracción del Angiógrafo:
Piensan que para obtener
El angiógrafo en cuestión,
Puesto que es por sustracción
Lo mejor es sustraer

De nada sirve que lluevan
Insultos y palabrotas
Se nos trata como a idiotas
Y el angiógrafo se llevan

Y así aumentan nuestras penas
Y a Pamplona hay que llevar
Nuestras arterias y venas
Cuando hay que diagnosticar

MORALEJA

Que nos manden un fotógrafo
Para que a Soria retrate
Sin tren y como remate
La sustracción del angiógrafo

El pleno del Ayuntamiento de Soria, el Colegio de Médicos y numerosas instituciones públicas y privadas se sumaron a la protesta y a la exigencia de mantener el angiógrafo en Soria, teniendo repercusiones positivas ya que se dotó a Soria de los recursos para realizar Radiología Intervencionista..

Sin embargo, es mejor que todo esto lo cuente uno de sus protagonistas, el mayor y mejor defensor de ese angiógrafo, el Dr. Pedro Sáiz Santana.

EL CASO DEL ANGIÓGRAFO

En mayo de 1984 se dispone de 60 millones de pesetas para la adquisición de un equipo vascular convencional otorgados por el Insalud Central. En Soria el Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico al sacar las especificaciones añade un coletilla final: "Se valorarán ofertas Digitales" Se presentan tres firmas comerciales que por ese valor ofertan equipos digitales. De los resultados técnicos de adjudica el Concurso la empresa Siemens. Entre la adjudicación y la entrega del equipo van a transcurrir 3 meses durante los cuales enterados de la adquisición en un Centro de Madrid, el Doce de Octubre solicita al Ministro Ernest Lluch el equipo digital y ellos entregarían a Soria el suyo convencional desmontándolo y montándolo en Soria. Me entero por teléfono de la jugada y se destapa todo el "affaire" del angiógrafo digital.

El 15 de Noviembre de 1984 visita Soria el Subdirector General de Asistencia Hospitalaria Ricardo Gutiérrez Martí para justificar el desvío del angiógrafo de Soria y traslado a Madrid. Hay duras palabras por parte de los trabajadores que se encuentran impotentes ante la agresión. Se decide convocar a las fuerzas públicas a la vez que convocar una Manifestación de protesta.

El jueves 22 de noviembre 1984 se realiza la Manifestación convocada por el Comité de Empresa del Hospital de la Seguridad Social como protesta por el traslado a Madrid del Angiógrafo por sustracción digital adjudicado a Soria. Partió el jueves a las 3¹⁵ horas de la tarde de la propia Residencia a la Plaza mayor para pasar por el Collado y finalizar ante el Gobierno Civil con el lema "No mas discriminaciones al pueblo soriano" "No al traslado del Angiógrafo"

El 29 de Noviembre se reúnen los trabajadores en Asamblea en el salón de actos del hospital y acuerdan que el Plan de Necesidades ofertado a los diferentes Servicios del Hospital con tanta premura no vaya en detrimento del Angiógrafo Digital ni se permute por el mismo. Los Jefes y Responsables de los distintos Servicios firman un escrito ante el Gerente Dr. Aranda oponiéndose a la permuta. Registro nº 630 de 4/12/84.

El Senador Hernández Gil vino a su tierra de nacimiento a justificar lo injustificable, el hurto del Angiógrafo adquirido en buena lid por Concurso Público.

Se tienen recortes de periódicos de la época algunos de los cuales son los siguientes:

Domingo, 17 de noviembre de 1.984 (Soria, Hogar y Pueblo) "Dolor, Angiógrafo y Carlitos el Sanitario" en Con Permiso de Francisco Amayas Mateo.

Martes, 19 de noviembre de 1.984, Manifestación del Ayuntamiento: La Comisión Permanente en sesión ordinaria de 19 de noviembre envía una carta al Presidente de Gobierno solicitando la reparación inmediata del despojo del Angiógrafo a la Unidad de Radiología Vascular de Soria.

Miércoles, 20 de noviembre de 1.984 "Esos nostálgicos retrógrados..." de Francisco Amayas Mateo.

Viernes, 23 de noviembre de 1.984 "Santa Rita Rita lo que se da no se quita" El Angiógrafo debe de quedarse en Soria. Sin firma.

Viernes, 23 de noviembre de 1984, "Algunas puntualizaciones técnicas por la sustracción de un angiógrafo a Soria" "La ignorancia es la madre del atrevimiento". Ambos firmados por P. Sáiz Santana y el Servicio de radiodiagnóstico.

PREMIO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE SORIA 1990

El Ayuntamiento de Soria, convocaba por vez primera y última, pues no se volvió a convocar, el I Premio Nacional de Investigación 1990.

Al Premio concurren numerosos trabajos de investigación de todas las áreas: Bellas Artes, Medicina, Ingeniería, Literatura etc...

Para satisfacción de esta Residencia Sanitaria, el Premio, dotado con 500.000 ptas y la edición del libro, fue ganado por el trabajo que con el lema "Pentaprisma" habían presentado los facultativos de la Residencia Sanitaria, J.M. Sanz Anquela, J.M. Ruiz Liso, V. del Villar Sordo, S. Rodríguez Muñoz y M.L. Muñoz González que hacían un "Estudio epidemiológico analítico del cáncer gástrico en la provincia de Soria". Estudiaron las aguas de bebida y manantiales de la provincia, determinando sus nitratos; analizaron la dieta

de los sorianos a través de encuestas así como los antecedentes ambientales. Las conclusiones quedan analizadas en el libro que con ese título se editó y en el que se puso de manifiesto una vez más la importancia del consumo de frutas y verduras en la prevención de este tipo de enfermedades neoplásicas.

EL STENT DE COLON

El "stent" de colon para resolver las obstrucciones intestinales de etiología neoplásica es una de las mayores contribuciones de los facultativos de esta, mi casa, en la Historia de la Medicina .

La idea surge en Noviembre de 1993 en el transcurso de una comida, en una guardia, en que coinciden el Dr. Antonio Mainar y el Dr. Eloy Tejero. El planteamiento fué: si un stent vascular, biliar o en esófago, actúa recuperando la luz del órgano, ¿podría superar la fuerza de un tumor oclusivo en el colon y mantener una luz suficiente para permitir el paso de las heces?

La alternativa a ésta posible aplicación de los stents era la cirugía de urgencia y eso les animó a intentarlo en un paciente, puesto que si no funcionaba siempre estaba la opción quirúrgica.

Tuvieron que esperar un mes para tener al primer paciente candidato. En Diciembre del 93 implantaron el primer stent en colon con buen resultado técnico y clínico. El segundo paciente se presentó en Enero de 1994 y de nuevo tuvieron excelente resultado. Ese mismo año consiguieron sus primeras publicaciones científicas sobre el tema (Tejero E, Mainar A, Fernández A, Tobio R, De Gregorio MA.: New procedure for the treatment of colorectal neoplastic obstructions. DIS COLON RECTUM. 1994; 37:1158-1159).

Hacia finales del 94 y con 10 pacientes tratados con éxito, decidieron proponer un estudio multicéntrico coordinado desde esta casa, que ya me llamaban Hospital General de Soria, conjuntamente con el Dr. De Gregorio Ariza (Hospital Clínico Universitario de Zaragoza) y Dr. Tobio Calo (Hospital Universitario de Getafe, Madrid). Este grupo de trabajo cuenta con la mayor experiencia a nivel mundial a día de hoy y con la serie publicada más larga.

En 1995 lo presentaron en la Louisiana State University de New Orleans donde tuvo una excelente acogida y respaldo, lo que les animó a seguir en esa línea de investigación.

En 1996 se consigue publicar en la revista más prestigiosa a nivel mundial de Radiología (Mainar A et al: Colorectal Obstruction: Treatment With Metallic Stents. Radiology, Volumen 198:761-764. 1996) y sale como capítulo de un libro en EE.UU (Mainar A et al: Use Of Metallic Stents for the Treatment of the Colorectal obstructions en Interventional Radiology. De Castañeda-Zuñiga y Tadavarty. Editorial Williams And Wilkins Tercera edición. 1996.)

Tanto el Dr. Tejero como el Dr. Mainar han publicado un buen Número de trabajos sobre el tema en revistas Internacionales.

De los tímidos y arriesgados casos del comienzo donde tenían puestas detrás de nosotros las miradas escépticas de muchos compañeros y la amenaza de la administración, se ha pasado a que ésta aplicación de los stents esté ofertada en la cartera de servicios de radiología intervencionista en un gran número de hospitales de amplia distribución mundial (más de mil). Naturalmente, el espaldarazo definitivo vino de la mano de la F.D.A. en EE.UU. cuando aprobó (con los datos que les envié el Dr. Mainar desde Soria) los Wallstents(R) de la firma comercial Schneider / U.S.A. aunque para entonces ya habían sido tratados con este sistema en Europa más de 300 pacientes, la mayoría de ellos en España, un buen número de ellos pertenecientes a nuestro grupo.

En el 2002 se publica un Meta-Análisis (Khot UP et al: Systematic review of the efficacy and safety of colorectal stents. British Journal of Surgery 2002, 89:1096-1102), en el que se pone de manifiesto que existe EVIDENCIA CLINICA del éxito de la implantación de stent para resolver la oclusión intestinal.

A día de hoy (2010) podemos afirmar que existen más de 600 publicaciones científicas sobre el tema, y unas 1800 comunicaciones en congresos.

Tanto Eloy Tejero como Antonio Mainar han explicado este nuevo procedimiento de Radiología Intervencionista en multitud de foros Nacionales e Internacionales, y es un orgullo para nuestra casa que esta técnica surgiera entre nuestras paredes.

LA HUELGA DE MÉDICOS DE 1995

El día 8 de mayo de 1995, se inicia en mi casa la mayor huelga de médicos que ha sufrido Soria en su historia. Los médicos de mi –ahora ya soy- Hospital se unen a la Huelga Nacional convocada por la Confederación

Estatal de Sindicatos Médicos (C.E.S.M.) para solicitar al Gobierno de la Nación:

- Normalización Salarial
- Estabilidad laboral.
- Guardias Médicas financiadas de acuerdo a criterios realistas
- Póliza de Responsabilidad Civil
- Carrera Profesional.
- Formación Continuada.

Los médicos sorianos se adhieren a sus compañeros a nivel nacional en un porcentaje superior al 92% y con una organización interna dentro del hospital coordinada con el Comité de Huelga Nacional.

Fueron unos días duros desde el punto de vista de los pacientes, usuarios y de los médicos aunque los servicios mínimos fueron amplios y generosos.

La movilización tuvo su respuesta y el día 22 de Julio de ese año se firma un documento entre la Dra. Carmen Martínez Aguayo –Directora General del INSALUD- y el Dr. Vicente Garcés San Ruperto, como Secretario General de la CESM.

Se consiguió una adecuación retributiva, el seguro de responsabilidad civil, la estabilidad en el empleo, libre elección de médico especialista y avances en la adecuación de la Atención Continuada (Guardias) y de la organización hospitalaria.

Los usuarios recibieron en todo momento una información actualizada del conflicto y para combatir los retrasos ocasionados por la huelga se creó lo que se denominó “Lista de espera Azul” en la que se incluían los pacientes citados para intervenciones programadas y consultas externas en el periodo del 8 de mayo al 27 de Junio –duración real de la huelga- y que no fueron tratados por no considerarse sus casos urgentes o inaplazables. Se habilitaron recursos humanos y materiales para ser atendidos todos ellos antes de la finalización del año 1995.

En cada centro y en el mío también, se constituyó lo que a partir de ese momento se llamó “COMISIÓN MIXTA” formada por los representantes facultativos de la Junta Técnico Asistencial y la Dirección Médica .

Durante este periodo de tiempo, la mayoría de los facultativos presentaron su renuncia a formar parte de las Comisiones Clínicas con renuncia expresa y firmada de forma individual.

LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Los medios de comunicación social de Soria, siempre han realizado un seguimiento y marcaje a todo aquello que se desarrollaba entre mis muros. Sus críticas, muchas veces acertadas y en algunas otras erróneas por falta de datos objetivos, han tenido gran importancia en el desarrollo laboral, social y de infraestructuras. Ha habido ocasiones puntuales en que un editorial, en tiempo y forma, ha sido de gran valor para la atención hospitalaria. Recuerdo, como ejemplo de cómo la prensa puede colaborar en la Educación Sanitaria y con las instituciones promotoras de salud, los que realizó el periódico Heraldo de Soria en los veranos de 1997, 1998, 2000 y 2001, coincidiendo con la semana de la Virgen de Agosto, con objeto de hacer un uso racional de los servicios de Urgencia Hospitalaria, dada la masificación injustificada que todos los años se daba en esas fechas.

También era, y es llamativo, en muchas ocasiones, el hecho que definiera Felipe González cuando fue Presidente del Gobierno, de que los responsables sanitarios se enteran por la prensa de lo que ocurre en el hospital/residencia. Entre mis paredes ha habido siempre colaboradores voluntarios que llamaban a la SER, al Heraldo de Soria -antes Soria Semanal-, a Diario de Soria / Soria Hogar y Pueblo, a la COPE en fechas más recientes y en menos intensidad a Radio Nacional de España. Recuerda el Dr. Ruiz Liso, en su época de Director Provincial del Insalud, cómo le llamaban de estos medios solicitando información puntual de cuestiones de asistencia y atención sanitaria que ni él ni los gerentes tenían conocimiento en ese momento. Y es que los corresponsales “aficionados” están y existen en todos los servicios, aunque la mayor información provenía entonces del Servicio de Urgencias y en determinadas épocas de la U.C.I..

EL CAMBIO DE INCIDENCIA DE LAS ENFERMEDADES GRAVES MÁS PREVALENTES

Uno de los hechos más llamativos que observaron los facultativos que llegaron en 1980 a Soria fue la marcada incidencia de una serie de tumores, quistes y lesiones y por el contrario, la baja incidencia de otros.

Era sorprendente desde el punto de vista epidemiológico. De cada 4 biopsias endoscópicas gástricas, una correspondía a un cáncer gástrico, fundamentalmente de patrón intestinal. No era normal. Por otro lado y a través de los datos del Registro Civil, podíamos ver también como 1 de cada

5 fallecimientos correspondía también a esta enfermedad neoplásica. No era normal. Todas las semanas llegaban al Servicio de Anatomía Patológica 1 ó 2 estómagos con cáncer. (Ver cuadros de incidencia de cáncer 1980-2009). Afortunadamente hoy, la incidencia ha bajado de forma significativa hasta reducirse a menos de una cuarta parte de las tasas de aquellas fechas.

También era sorprendente, aunque condicionara menor mortalidad, las elevadas tasas de incidencia de Equinococosis (quistes hidatídicos) que se diagnosticaron aquí en los primeros años. Prácticamente, todas las semanas, se intervenían 1/2 quistes hidatídicos fundamentalmente hepáticos, aunque también, cuando se hacía cirugía torácica –primeros años ochenta-, se extirparon algunos pulmonares. Realmente la educación sanitaria y la medicina preventiva ha sido determinante para reducir sus tasas, hoy en día, a la mínima expresión. Pensemos que en los libros de Patología americanos se contempla como enfermedad rara e incluso excepcional.

Sin embargo, había un tipo de tumor en el que teníamos las menores tasas internacionales. El cáncer de cuello uterino. Dado que esta neoplasia va ligada a la promiscuidad sexual, se decía entonces en Soria, que tener una relación extramatrimonial “no era pecado; era un milagro”, dadas las connotaciones sociales de nuestra sociedad soriana en aquellos principios de los 1980s. Después, las cosas han cambiado mucho y somos internacionales en tasas de incidencia. Por ello, algunos años después intervino en este tema el Dr. Campos Bueno para realizar una medicina preventiva en los “centros nocturnos” que se establecieron en nuestra ciudad.

Al mismo tiempo podíamos comprobar como también eran bajas con relación a las tasas nacionales los tumores de pulmón, mientras que los de mama, colon, próstata y vejiga eran semejantes a las tasas de los registros de cáncer existentes en esas fechas: Zaragoza, Tarragona, Mallorca, Granada y Gerona.

EL EFECTO 2000

El tránsito del año 1999 al 2000 supuso una situación de estrés informático y personal para toda la administración española, así como para el resto de instituciones privadas y de carácter personal que dependían de la informática. ¿Se alterarían los ordenadores con el dígito “2”; ¿qué fecha marcarían el 1 de Enero del 2000?; ¿se desprogramarían las redes y todos los dispositivos dependientes de ellas?

La situación en nuestra casa no podía ser menos. La tensión se vivía en el ambiente de esa Nochevieja del 1999 en que se desconocía si iban a darse las 12 campanadas o si la técnica iba a dar la campanada, dejando inservible toda la red.

Luis de la Merced –Gerente-, José Antonio Martínez Peña -Director de gestión-, María Luisa Ruiz del Amo –Jefa de Suministros-, José Manuel Cacho –responsable de Informática- y todos sus equipos, iban a pasar su primera nochevieja fuera del entorno familiar. En la Dirección Provincial –Espolón 2- en contacto permanente con el Hospital y a su vez con los Servicios Centrales del INSALUD, también celebraban un fin de año especial, J.M. Ruiz Liso –Director Provincial-, David Calvo –Secretario General-, Francisco Amorós –Subdirector- y Pilar Sanz –responsable de informática-. Hubo una primera satisfacción cuando desde Australia se informaba al mundo entero, 12 horas antes, que todo estaba funcionando sin problemas. El cava se transvasó a las copas cuando se vio que en la sanidad de Soria todo marchaba, que las luces seguían iluminando los pasillos y también la plaza de Mariano Granados. Los ordenadores marcaban ya la fecha de 1 de Enero de 2000, sin ninguna alteración. Más de 2 años llevaba la administración española con un plan específico coordinado con las redes internacionales.

En esta -mi casa-, estuvo todo el equipo directivo enviando informes cada hora, por correo electrónico y dando novedades, como en el Ejército, hasta altas horas de la madrugada.

LA NUEVA UNIDAD DE DIÁLISIS

El colectivo de enfermos renales es una de mis compañías más permanentes. Por las especiales características de estos pacientes, precisan permanecer conmigo media jornada durante tres días a la semana, bien de tarde, de mañana e incluso hasta el año 2000 –con la nueva Unidad- por la noche, ya que por su número y falta de espacio, no existía posibilidad de atención durante el día.

Se pensó en crear una nueva Unidad mayor en el Hospital Institucional –hoy Virgen del Mirón- para poder atenderlos adecuadamente en tiempo, forma y espacio y posibilitar que se pudiera atender en los meses de verano a los veraneantes que precisaran diálisis. La negativa de un responsable sanitario de entonces, impidió esta transformación, perdiéndose un tiempo que hubo que recuperar para realizar una nueva Unidad en lo que había sido hasta entonces la planta 1ª de Pediatría. Permitted y permite en la actualidad,

aunque todo es mejorable y hay que seguir mejorando –como señalaba el Presidente de Alcer-Soria- la atención en jornada diurna de todos los enfermos que controla la Unidad.

Hay que resaltar que para su inauguración, el día 29 de Noviembre de 2000, se contaba con la presencia de la Ministra de Sanidad y Consumo, Dña. Celia Villalobos, quien disculpó su presencia 24 horas antes, cuando la placa conmemorativa de preciosa cerámica, realizada con tierra de Soria y que generosamente había realizado y donado el Dr. Miguel Angel Rodríguez Marcos -facultativo del Servicio de Urgencias, entonces- ya no podía modificarse. Cerámica que muestra una ventana a la esperanza mirando hacia el “Pico Frentes” en Fuentetoba. Se avisó por parte del Director del Insalud al Ministerio de esta circunstancia, con la placa irremplazable, indicándose que no había ningún problema ya que quien iba a inaugurar la Unidad era el Dr. Rubén Moreno Palanqués, en representación de la Ministra. Así pues, aunque conste en la placa el nombre de la Ministra, quien inauguró la Unidad de Diálisis fue el Presidente Institucional del INSALUD en esas fechas.

Recientemente ha fallecido (agosto 2010) quien fuera el mayor defensor de los enfermos renales y en general de todos los enfermos sorianos a través de AL CER-Soria: José Antonio García Romero, y al que la sociedad soriana deberá agradecerle eternamente su dedicación al enfermo.

ACCIDENTES Y ASISTENCIA SANITARIA HOSPITALARIA

A lo largo y ancho de estos 30 años de vida he tenido que vivir las desgracias que han acompañado a muchos accidentes en la provincia, tanto de tráfico como provocados por otras circunstancias. Haré especial referencia al ocurrido el día 6 de Julio de 2000 por ser el de mayor número de víctimas, la mayoría infantiles y por sus connotaciones sociales. Ha habido otros sin víctimas como el de ferrocarril en la única línea existente que conecta Soria con Madrid con la muerte, no de personas, sino, de numerosas ovejas en Tardelcuende, hace ahora unos años. Hubo graves accidentes de automóvil con muchas víctimas mortales –también- como un choque frontal en la variante de Almazán, a los pocos meses de su inauguración. Algún otro incluso de avionetas y sobre todo numerosos provocados por la invasión de animales en las carreteras, con víctimas mortales y heridos en muchos casos. Sin embargo, debo recordar con especial tristeza aunque al mismo tiempo con la satisfacción del tratamiento dispensado a los heridos, los siguientes.

2 de Enero de 1987: accidente de autobús en la variante Norte, junto a Cadosa, con 4 muertos y 22 heridos.

7 de Diciembre de 1989: se derrumba parcialmente un edificio en la Travesía de Teatinos con 2 muertos, 3 heridos graves y 5 leves.

1 de Marzo de 1997: Crímenes de Matalebreras con 3 muertos y 2 heridos, uno de ellos muy grave.

16 de Julio de 2000: Atentado de ETA en Ágreda con 1 herida grave.

Verano del 2004: Incendio en la Residencia de Ancianos “Fuente del Rey”, cercana al Hospital, con evacuación inmediata de los asistidos y aquellos válidos que lo requirieron en nuestras habitaciones, que se habilitaron para ellos.

ACCIDENTE DE AUTOBÚS DE GOLMAYO: 6 DE JULIO DE 2000

El día 6 de Julio de 2000, es uno de los días más tristes de mi existencia. Alrededor de las 16,0 horas y en el término de Golmayo, a dos kilómetros de la capital, un autobús chocaba violentamente contra un camión cargado de cerdos proveniente de Segovia. El autobús se dirigía a Aranda de Duero. En el choque fallecieron 27 personas de las que 26 correspondían al autobús escolar y la otra era el conductor del camión de ganado.

La reacción de la población de Soria y especialmente del personal sanitario fue inmediata acudiendo numerosos voluntarios de todos los estamentos.

Los fallecidos fueron llevados al Campo de Fútbol de Los Pajaritos donde se estableció el duelo y donde médicos, psicólogos, enfermeros/as, asistentes sociales y diferentes profesiones sanitarias tituladas y no tituladas así como población en general atendieron con especial celo a compañeros y familiares de los accidentados, de lo que dieron especial información los medios de comunicación locales, regionales, nacionales y extranjeros. Sin embargo, debo ceñirme a lo que ocurría bajo mis techos.

Tras el primer impacto solventado impecablemente por mi equipo de guardia de ese día, la primera decisión que se toma es habilitar la 4ª planta B, para atender a todos los heridos que iban llegando al Hospital. Se presentó voluntariamente todo el personal que en ese momento libraba. Las donaciones de sangre cubrieron las necesidades en menos de una hora, teniendo que rechazar numerosas donaciones.

A media tarde llegaba a esta mi casa la Ministra de Sanidad, Celia Villalobos, mientras otras autoridades nacionales y regionales acudían a consolar a los familiares al Campo de los Pajaritos. La coordinación en el Hospital fue perfecta en todo momento. El Dr. Luis de la Merced, junto al Director del INSALUD atendía personalmente a los padres y familiares que llegaban, goteando desde Cataluña, para saber si sus hijos estaban ingresados o estaban entre los fallecidos. 18 escolares habían sido atendidos o estaban siendo intervenidos quirúrgicamente. Aquella noche del 6 al 7 de Julio fallecieron otros dos, mientras eran operados.

La dureza de la noche fue consultar cada pocos minutos la lista de heridos y fallecidos para informar según llegaban los padres y familiares y que hasta ese momento desconocían la realidad de la gravedad ó defunción de sus allegados. El Dr. Ruiz Liso y el Dr. Luis de la Merced lo recuerdan como una de las peores noches de su vida, al transmitir personalmente cuando llegaban -en sus vehículos particulares y taxis- a algún padre/madre/familiar que su hijo/a había fallecido o en el mejor de los casos que estaba herido.

Incluso un padre llegaba en el momento en que su hija acababa de fallecer. Fue la noche más dura que han vivido estas paredes. La respuesta de todo el personal en servicio y de libres fue ejemplar en todo momento.

Al amanecer y mientras se preparaban las exequias en Los Pajaritos, se esperaba la visita de la Reina Doña Sofía y del Presidente de la Generalitat, Honorable Jordi Pujol que vinieron acompañados de numeroso séquito tanto de la Casa Real -Duques de Soria- como Consejeros de la Generalitat. A ellos se habían unido los Ministros sorianos Posada y Lucas que habían permanecido por la tarde y noche en Los Pajaritos.

Para Carlos de la Casa que hacía dos días que había tomado posesión como Subdelegado del Gobierno, no podía haberle dado el destino peor comienzo.

7 DE JULIO DE 2000: LAS LÁGRIMAS DE LA REINA

La Reina Doña Sofía llegó a media mañana y quiso visitar uno por uno a todos los heridos ingresados. Con las debidas medidas de seguridad que se habían establecido la tarde anterior, fue dialogando uno a uno con todos ellos/as por todas las habitaciones. Previamente los había visitado también individualmente el Presidente Pujol, al que acompañaba Juan José Lucas. La Reina tras visitar dos o tres habitaciones, con los ojos empañados

de lágrimas, le decía al Dr. Ruiz Liso: “despacio Director, despacio”. La realidad era muy dura y la Reina es un ser humano. Tras visitar a los heridos de la planta 4ª, quiso visitar también a los que se encontraban en la U.C.I., en contra de sus asesores que consideraban que no era prudente esa visita por los accidentados y por ella. Allí, de nuevo “vimos todos llorar a una Reina” y a duras penas pudo soportar con la dignidad que le caracteriza el dramatismo de esos momentos.

MEJOR IMPOSIBLE

Al terminar las visitas institucionales, y en mi puerta principal, cuando el Presidente Jordi Pujol se despedía del personal y autoridades regionales y nacionales, le dijo al Dr. J.M. Ruiz Liso, en calidad de responsable del Insalud en ese momento y agradeciendo la asistencia prestada a los accidentados:

¡Director!. En Cataluña lo habríamos podido hacer igual, pero.... ¡ Es difícil hacerlo mejor!

Fue el mejor aprecio hacia los trabajadores del Hospital que se pudo realizar por el Presidente de la Generalitat de Cataluña.

LAS TRANSFERENCIAS SANITARIAS

El 1 de Enero de 2002 se realizan las transferencias sanitarias, por las que pasé de pertenecer a la Administración Central (INSALUD) a una nueva organización de la Junta de Castilla y León creada específicamente para ello. El SACYL. Sanidad de Castilla y León . A partir de entonces infraestructuras y personal pasamos a depender orgánica y funcionalmente de la Comunidad Autónoma.

En marzo de 2003 se completan con la realización del Complejo Hospitalario de Soria formado por mi hermano mayor, el Hospital Virgen del Mirón y quien suscribe, Santa Bárbara. Es a partir del 1 de Enero de 2003 cuando se concreta de forma global, el funcionamiento de los dos como una única entidad médico-administrativa.

Se da la paradoja de que nací de la mano de mi hermano, el Hospital Virgen del Mirón (Hospital Institucional) y 23 años después vuelvo a reencontrarme con él para formar una “pareja estable” y hermanada.

EL ÁNTRAX AMERICANO / LOS POLVOS MALIGNOS

A partir de los atentados de las Torres Gemelas en Nueva York, el 11 de Septiembre de 2001, y del envío de sobres conteniendo polvos de ántrax en EE.UU., hubo también una avalancha de envíos de sobres en España, y Soria no fue menos.

También llega a Soria la alarma del bioterrorismo en forma de “povos blancos”. La casi segura broma de mal gusto, pero que siempre deja un margen para la duda, una sombra improbable que hace plantearse ¿será verdad? Efectivamente, tras el comienzo de la oleada de amenazas de terrorismo en forma de esporas de antrax, aparecen en el Servicio de Urgencias dos personas de esta ciudad que habían recibido correspondencia digamos, “no particular”, impregnada en un polvo blanco despertando una fuerte alarma.

Ante esta situación, hasta ese momento totalmente ajeno a nosotros salvo por los medios de comunicación, la pregunta que ocupa la mente de algunos es: ¿habrá que tratar a estas personas como si realmente hubiesen sido atacadas por el terrorismo biológico?, y, sobre todo ¿será este el único caso, o se convertirá en un hecho frecuente? Por suerte, no fue necesario volver a plantearse estas cuestiones.

LA GRIPE AVIAR. EL TAHILANDÉS.

Tampoco nos libramos de la alerta sanitaria producida por la gripe aviar, en principio tan lejana a nuestro medio. En el pasado otoño, el amor a la cetrería de un europeo, y la necesidad económica de un tailandés, lleva a este último a sedar a dos halcones y meterlos en una mochila, en la cabina de un vuelo comercial.

Los halcones son interceptados en el aeropuerto de destino, donde pasan a las dependencias habituales de cuarentena para animales, compartiendo “habitación” con numerosos canarios, periquitos, etc., que posteriormente son distribuidos por tiendas de animales de compañía de toda Europa. Demasiado tarde cuando detectan gripe aviar en las rapaces.

Ahora era el turno de la Organización Mundial de la Salud. Había que buscar por varios países a todos esos animales, y también a todo el pasaje. La casualidad quiso que en éste se encontrase un ciudadano europeo con domicilio en Soria. Durante varios días autoridades sanitarias, y no sanitarias, dedicaron sus esfuerzos a localizar al mencionado individuo. Por cierto..., sin ningún éxito.

A partir del año 2007 comienzan las obras de remodelación del Hospital Santa Bárbara que con sus quirófanos inteligentes, un moderno servicio de urgencias, nuevas dotaciones en técnicas de imagen (Resonancia Magnética), electromedicina diagnóstica y terapéutica (Crioterapia urológica), telemedicina, historia clínica electrónica y la dotación de habitaciones individuales con una nueva infraestructura funcional y orgánica, pretenden ser referencia de un moderno hospital del siglo XXI.

En el mes de septiembre de 2010 todavía se mantiene la polémica en relación con la “rentabilidad” de un servicio de radioterapia en nuestra provincia que es valorado negativamente en su implantación por la Junta de Castilla y León, quien dota de pisos de acogida en Burgos, Valladolid y Burgos para residenciar a los enfermos tributarios de estas terapéutica.

ADDENDUM

U.P.M. (Unidad de Patología Mamaria)

El 17 de Abril de 1997 se realiza la primera reunión fundacional en el Complejo Hospitalario de Soria de un grupo de trabajo continuado -reunión semanal permanente- que con el nombre de **UNIDAD DE PATOLOGÍA DE MAMA**, fue y es un referente regional y también nacional por el desarrollo de su trabajo. Podríamos decir que es una de las unidades que más beneficios ha aportado, aporta y aportará a la mujer soriana. Ginecólogos, cirujanos, radiólogos, oncólogos y patólogos junto a responsables del programa de screening del SACYL, se dan cita todos los martes del año para decidir la actitud diagnóstica y terapéutica individualizada de cada una de las mujeres y algún hombre, también, que presentan una tumoración de mama. El resultado integral de su trabajo, consecutivo del programa de diagnóstico precoz, lo podemos evidenciar al analizar las curvas de supervivencia de los últimos años y a las que ya hemos hecho referencia anteriormente. Su protocolo de actuación es seguido por muchos otros hospitales.

U.P.C. (Unidad de Patología de Colon)

Creada más recientemente, en 2008, los resultados de esta **UNIDAD DE PATOLOGÍA DE COLON**, serán valorados en los próximos años, esperando sean tan óptimos como los de MAMA. Formada esta unidad por especialistas en Aparato Digestivo, Radiología, Cirugía y Anatomía Patológica también se reúne semanalmente los miércoles para estudiar y tratar individualmente cada uno de los tumores de colon, recto-sigma y ano de los ciudadanos de Soria.

**Conclusiones.
Perspectivas
de futuro**

**Conclusiones.
Perspectivas
de futuro**



CONCLUSIONES Y FUTURO

De acuerdo con los datos, tasas, tablas y gráficos que hemos incluido en este estudio provincial de enfermedades, podemos prever algunas tendencias para el próximo decenio si no cambia la estructura etaria de la población soriana. El envejecimiento poblacional, la dispersión geográfica, el reagrupamiento poblacional en el medio urbano del sector agrícola provincial preservando en el rural el ganadero, la alimentación actual, el medio ambiente sostenido, hábitos y costumbres tradicionales etc.. nos permiten sacar estas conclusiones:

A.-1- INCIDENCIA NEOPLÁSICA

- 1.- Tendencia progresivamente creciente de las tasas globales de incidencia de cáncer en ambos sexos.
- 2.- Estabilidad en las tasas de incidencia de los tumores del árbol respiratorio en el hombre (laringe y pulmón).
- 3.- Tendencia estable de los tumores de pulmón en la mujer soriana.
- 4.- Tendencia progresivamente creciente de los tumores orales en ambos sexos.
- 5.- Tendencia progresivamente decreciente de los tumores de estómago en ambos sexos.
- 6.- Tendencia progresivamente creciente en las tasas de incidencia de los tumores de intestino grueso.
- 7.- Tendencia estable de las tasas de incidencia de cáncer de mama en la mujer con mínima tendencia al alza.
- 8.- Tendencia progresivamente creciente de los tumores de cuello uterino, -mujer inmigrante- En principio no invasivos, gracias a las campañas de prevención ginecológica.
- 9.- Estabilidad en las tasas de cáncer de endometrio y tendencia creciente dentro de la estabilidad de los de ovario
- 10.- Tendencia progresivamente creciente del cáncer de próstata.
- 11.- Tendencia progresivamente creciente del cáncer de vejiga en los hombres con estabilidad mínimamente creciente en la mujer.

12.- Tendencia progresivamente creciente del cáncer de tiroides en la mujer.

13.- Estabilidad en las tasas de incidencia de los tumores hematológicos.

14.- Tendencia progresivamente creciente de los tumores cutáneos en general y en ambos sexos.

15.- Tendencia progresivamente creciente de la incidencia de melanomas en ambos sexos.

16.- Serán los tumores de vejiga y próstata en el hombre soriano los de mayor incidencia en los varones, si exceptuamos los de piel.

17.- Los tumores de mama en la mujer serán, igualmente, los de mayor incidencia exceptuando los cutáneos.

18.- La razón intersexos de los tumores incidentes sorianos seguirá teniendo un patrón predominantemente masculino. H/M = 1,4

19.- La distribución de los tumores en el medio urbano y rural tenderá a igualarse en el cómputo global neoplásico.

20.- Seguirán siendo las décadas de 60-69 años en ambos sexos las de mayor incidencia neoplásica con tendencia a edades más seniles y envejecimiento de la población neoplásica

A.-2- INCIDENCIA DE OTRAS ENFERMEDADES

14. Carácter emergente de la Diabetes en ambos sexos

15. Carácter emergente de las enfermedades neurodegenerativas en ambos sexos y con mayor prevalencia en la mujer soriana.

16. Estabilidad en la incidencia de lesiones isquémicas cardíacas.

17. Estabilidad de las tasas de los procesos infecciosos, con control de SIDA y dudas sobre nuevos brotes de Tuberculosis.

18. Presencia de nuevas entidades ligadas al mal llamado desarrollo y medioambiente: Obesidad fundamentalmente.

B.- 1.- MORTALIDAD POR CÁNCER

1.- La mortalidad neoplásica seguirá creciendo en nuestra provincia en ambos sexos con desproporción intersexos de H/M= 1,5.

2.- El cáncer de pulmón será la neoplasia con mayor mortalidad en los hombres, aunque las neoplasias de colon y recto alcanzarán tasas próximas a las máximas.

3.- El cáncer de mama ha pasado y pasará en mortalidad al 2º lugar en frecuencia detrás del cáncer de colon y recto, en el sexo femenino.

4.- La mortalidad por cáncer gástrico seguirá en descenso.

5.- Los tumores cutáneos –no melanomas- serán como hasta ahora los que condicionarán una menor mortalidad en nuestra provincia.

6.- La mortalidad por cáncer de pulmón femenino experimentará un discreto crecimiento.

7.- Son los tumores de colon y recto los que alcanzarán los primeros lugares en mortalidad neoplásica en nuestra provincia tal y como ya sucede en 2008 en el sexo femenino

8.- El cáncer de ovario mantiene unas perspectivas de mortalidad elevadas y más aún en grupos etarios de 40-49 y 50-59 años.

9.- Es prioritaria una metódica más objetiva en la confección de los certificados y boletines estadísticos de defunción.

B.- 2.- MORTALIDAD POR OTRAS CAUSAS

10.- Significativo descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades cardiocirculatorias.

11.- Aumento marcado de la mortalidad por enfermedades neurodegenerativas, especialmente por Alzheimer en la mujer soriana.

12.- Aumento discreto de la mortalidad por complicaciones de la Diabetes, especialmente en edades seniles y en el sexo femenino.

13.- Estabilidad y mantenimiento de las tasas de mortalidad por patología infecciosa.

14.- Mantenimiento estable de la mortalidad perinatal.

15.- Sin grandes variaciones en la mortalidad por los otros procesos no neoplásicos.

Hábitos sociales y culturales

Hábitos sociales y culturales



1940s Sábado Agés

HÁBITOS SOCIALES

DE LA POBLACIÓN DE SORIA AÑO 2003

Incluimos en este capítulo una visión amplia de los hábitos y tendencias sociales y sanitarias de los hombres y mujeres de Soria en los inicios del siglo XXI extrapolándolos de nuestro trabajo publicado por la FCCR "*Salud y Estilo de Vida de los sorianos en el siglo XXI*" y que muestran el perfil de esta provincia para valorar mejor sus enfermedades y dolencias, y que recomendamos interpretar fácilmente a través de los cuadros resumen que lo acompañan.

ESTADO SUBJETIVO DE SALUD

El 9,7% de los sorianos (16,1% de 18-44 años) considera que tiene una excelente salud y el 58,5% buena. Por el contrario tan solo el 1,6% la considera mala o muy mala.

Número de HIJOS

El 27,3 % de los ciudadanos sorianos mayores de 18 años confiesa no tener hijos, y el 34% dos hijos. Tan solo un 2,8% de los sorianos dice tener 5 hijos o más. Con 4 hijos el 6,5% y con 3 el 14,9%. El segmento mayor que no tiene hijos es por supuesto el de 18-44 años con un 53,2% del total poblacional.

RESIDENCIA

El 48,8% de los sorianos afirma vivir en Soria capital y el 15,3% en poblaciones menores de 100 habitantes.

TABACO

El 84,4% de los sorianos o no fuma o lo hace esporádicamente, siendo más frecuente hacerlo en el intervalo de 18-44 años en que fuma el 32,3% mientras que en los mayores de 65 años tan solo lo hace el 2,1% .

Fuma el 15% de los casados, el 34,7% de los separados, el 24,8 de los solteros y el 4,7% de los viudos.

ALCOHOL

Tan solo bebe alcohol a diario el 12,8% de la población soriana, siendo el de mayor porcentaje el grupo de 45-64 años que bebe el 15,7%. El 69,5% de los ciudadanos o no bebe o lo hace esporádicamente. El 14,8% lo hace solo en fines de semana.

DEPORTE

A diario tan solo hace deporte el 1,9% de los sorianos y es llamativo que el 65,9% afirme no hacerlo nunca. El 14,5% afirma hacerlo 2 veces por semana y 4 y más veces el 7,8%. Lo que es más significativo es que dentro del segmento de quienes no hacen nunca deporte haya un 54,4% del grupo etario entre 18-44 años.

CAMINAR: Sin embargo, el 76,0% de los sorianos confiesa que camina a diario.

ASOCIACIONISMO

Más del 50% de los sorianos están incluidos en alguna asociación, y en el grupo de más de 65 años lo hace el 83,9%, mientras que solo lo está el 19,9% entre 18 y 44 años.

HORAS DE SUEÑO

El 44,9% de los sorianos duerme a diario de 6-7 horas y un 37,3%, 8 horas. Frente al grupo de personas que duermen menos de 5 horas -6,7%- hay un 3% de sorianos mayores de 18 años que duermen más de 10 horas.

M.C.S.

TV: El consumo de TV en nuestros hogares es muy elevado ya que más del 50% dice verla de 3-6 horas, con un mayor rango entre los mayores de 65 años en que ven tantas horas un 64,6%. El porcentaje de personas que no ve nunca la TV es constante en todas las franjas etarias de un 5%. También es de resaltar que un 3,6% ve la TV más de 7 horas y no solo en mayores de 65 años; también entre 45-64 años hay un 3,6%.

ALIMENTACIÓN

CONSUMO DE FRUTAS. Prácticamente el 90% de la población es consumidora de frutas con un consumo de 1-2 piezas/día el 39% y un importante 38,3% que toma 3-4 al día. Es el segmento de 45-64 años con un 45,2% de población quien más frutas consume (3-4 /día).

CONSUMO DE PESCADO: el 58,5% come pescado 3 o más veces por semana y nunca el 4,1%

CONSUMO DE CARNE: El 55,8 lo hace 3 y más veces por semana y nunca el 4,8%.

CONSUMO DE HUEVOS: El 48,4% consume 1-2 huevos por semana y el 5,9% no come nunca.

CONSUMO DE LEGUMBRES: Un 81,7% toma 1-2 veces por semana y el 5,9% nunca

CONSUMO DE VERDURAS: El 54,1% come 3 y más veces por semana y el 4,0% nunca.

CONSUMO DE HORTALIZAS: El 40,5% come 1-2 veces por semana y un 21,3% nunca

CONSUMO DE LÁCTEOS: El 88,3% toma lácteos a diario y un 4,3% nunca.

Podemos decir que en términos generales la actividad sociofamiliar y alimenticia de los sorianos se encuentra de forma integral en unos márgenes saludables de acuerdo con estos datos.

LA DM PATRIMONIO CULTURAL INMATERIAL DE LA HUMANIDAD



Soria, en la web de la UNESCO.

Un comité intergubernamental de la UNESCO, presidido por el keniano Jacob Ole Miaron y reunido en Nairobi hasta este martes, examinó e inscribió 46 de las 47 candidaturas presentadas.

Así recoge la UNESCO en su página web

"España, Grecia, Italia y Marruecos - La dieta mediterránea- La dieta mediterránea es un conjunto de competencias, conocimientos, prácticas y tradiciones relacionadas con la alimentación humana, que van desde la tierra a la mesa, abarcando los cultivos, las cosechas y la pesca, así como la conservación, transformación y preparación de los alimentos y, en particular, el consumo de éstos. En el modelo nutricional de esta dieta, que ha permanecido constante a través del tiempo y del espacio, los ingredientes principales son el aceite de oliva, los cereales, las frutas y verduras frescas o secas, una proporción moderada de carne, pescado y productos lácteos, y abundantes condimentos y especias, cuyo consumo en la mesa se acompaña de vino o infusiones, respetando siempre las creencias de cada comunidad. La dieta mediterránea –cuyo nombre viene de la palabra griega **diaita**, que quiere decir **modo de vida**– no comprende solamente la alimentación, ya que es un elemento cultural que propicia la interacción social, habida cuenta de que las comidas en común son una piedra angular de las costumbres sociales y de la celebración de acontecimientos festivos. La dieta mediterránea ha originado además un conjunto considerable de conocimientos, cantos, refranes, relatos y leyendas. Asimismo, está arraigada en una actitud de respeto hacia la tierra y la biodiversidad y garantiza la conservación y el desarrollo de actividades tradicionales y artesanales vinculadas a la agricultura y la pesca en muchas comunidades de países del Mediterráneo, como **Soria en España, Koroni en Grecia, Cilento en Italia y Xauén en Marruecos**. Las mujeres desempeñan un papel fundamental tanto en la transmisión de prácticas y conocimientos específicos sobre rituales, gestos y celebraciones tradicionales, como en la salvaguardia de técnicas".

CHEFCHAOUEN 2010 DR. J.M. RUIZ LISO

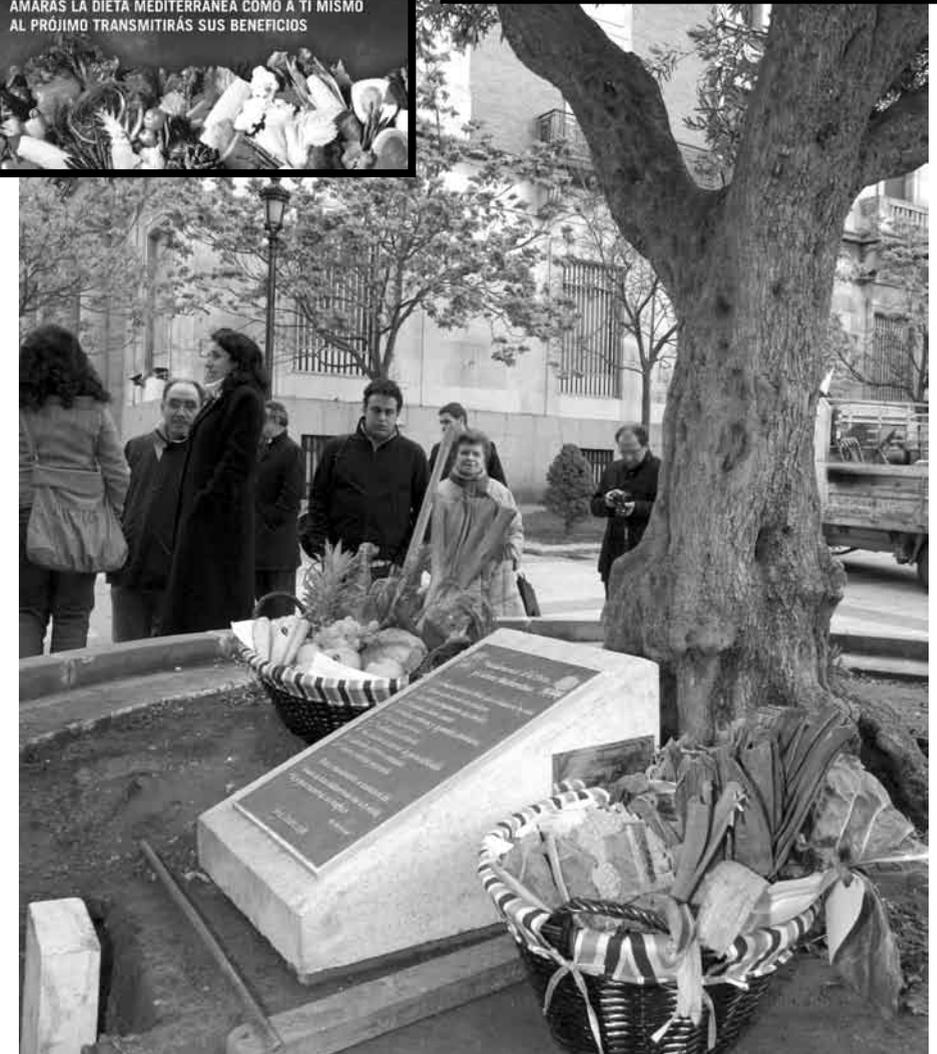


DECÁLOGO DE LA DIETA Y CULTURA MEDITERRÁNEA

- 1 Tomarás aceite de oliva virgen todos los días de tu vida.
- 2 El pan y los cereales no olvidarás.
- 3 La fruta acompañará todas tus comidas.
- 4 Ensalada a diario comerás.
- 5 Hortalizas, verduras y legumbres combinarás.
- 6 Sin pescado no vivirás.
- 7 Diariamente leche beberás.
- 8 No excederás el consumo de grasas saturadas.
- 9 Laborales y festivos caminarás.
- 10 Siempre compañía procurarás.

J. M. Ruiz Liso

Estos diez mandamientos se resumen en dos:
**AMARÁS LA DIETA MEDITERRÁNEA COMO A TÍ MISMO
 AL PRÓJIMO TRANSMITIRÁS SUS BENEFICIOS**



Aquí se guardan las semillas y la documentación de la Dieta Mediterránea. Plaza del Olivo. 30 de octubre de 2008

**NIVEL
SOCIOECONÓMICO y
TUMORES MALIGNOS**

**NIVEL
SOCIOECONÓMICO
y TUMORES
MALIGNOS**



Según Faggiano y colaboradores, en una revisión publicada en 1997 - que no ha perdido actualización en 2010-, hay un claro gradiente socioeconómico, con mayor mortalidad e incidencia entre los hombres de las clases sociales más desaventajadas, principalmente en los cánceres respiratorios, los cánceres de la cavidad oral, faringe, esófago y estómago, así como para todas las neoplasias consideradas en su conjunto.

Para las mujeres, este patrón es ligeramente diferente y el exceso de riesgo en las de las clases sociales más bajas se concentra principalmente en los cánceres de esófago, de estómago y de cérvix. Para los hombres de las clases sociales más privilegiadas hay un exceso de riesgo para los cánceres de colon, cerebro y para los melanomas de la piel. En algunos países, a principios de la década de 1990, aún existía un exceso de mortalidad por cáncer de pulmón entre los hombres con mayores niveles de estudio.

Para las mujeres, en estas clases sociales, son los cánceres de colon, mama, ovario y los melanomas de la piel, los que presentan un exceso de riesgo.

Incidencia: De los 12 artículos que estudiaban la relación entre variables socioeconómicas e incidencia de algún tipo de cáncer (2 ecológicos y 10 de base individual), la mayor parte de las asociaciones encontradas son compatibles con incidencias mayores en las poblaciones más desfavorecidas (con algunas excepciones). Cabe destacar que uno de los estudios ecológicos encontró mayor incidencia de cánceres de cavidad oral, esófago y estómago en los municipios de la provincia de Granada con mayor número de desempleados. El cáncer de faringe fue más frecuente en personas de nivel socioeconómico bajo y medio-bajo, según otro de los estudios incluidos, tras ajustar por consumo de alcohol y tabaco. Asimismo, en sendos estudios, el nivel educativo bajo se ha relacionado con un incremento doble en la incidencia de cáncer de labio (tras ajustar por consumo de alcohol, tabaco, y otros factores de riesgo) y de cuello uterino (tras ajustar por los antecedentes de realización de citología y otras posibles variables de confusión).

Varios estudios de casos y controles han abordado la incidencia de diversos cánceres según la ocupación, encontrando que el cáncer de vejiga urinaria es más frecuente en algunas ocupaciones manuales (granjero, agricultor, hiladores y tejedores con largo tiempo de exposición), que el cáncer de piel no melanoma es más frecuente en hombres con ocupaciones que conllevan más de 12 horas diarias de exposición solar, y que los puestos de trabajo con exposición a sílice o polvos minerales se asocian a mayor incidencia de cáncer gástrico.



Bodega 1950s

Mortalidad: Los 11 artículos que abordan la relación entre variables socioeconómicas y mortalidad por cáncer pueden considerarse de tipo ecológico.

En algunos de ellos, no se han hallado relaciones claras entre las variables socioeconómicas y la mortalidad (por ejemplo: un estudio sobre la mortalidad por tumores malignos cerebrales y otro sobre diversos cánceres en los trabajadores de la industria papelera). Sin embargo, la mayoría de estudios encuentran algún tipo de asociación, si bien éstas no siempre tienen un sentido del que pueda derivarse la existencia de desigualdad. De hecho, 2 de los 3 estudios de ámbito estatal que se centraban en la mortalidad por cáncer de mama, encontraron una mayor mortalidad por este cáncer en los municipios con mayor nivel económico. Asimismo un estudio que abordaba diferentes tipos de cánceres en la ciudad de Barcelona, halló que la población de mujeres con estudios primarios tuvo menor mortalidad por cáncer que la de mujeres con estudios universitarios (RR = 0,81, IC 95%: 0,74-0,90), excepto en el caso de la mortalidad por cáncer de cuello uterino, que se relacionó con los niveles educativos más bajos. Otro estudio sobre cáncer de cérvix coincidió en estos mismos resultados, usando como variable independiente la tasa de analfabetismo.

Un tema por explorar es una posible interacción entre nivel socioeconómico y género. El mismo estudio de Barcelona que no encontraba apenas relación entre nivel socioeconómico y mortalidad por cáncer en las mujeres, encontró que, para todos los tumores, la población de hombres con un menor nivel de educación tuvo una mayor mortalidad (RR = 1,21, IC95%: 1,13-1,29), fundamentalmente para los cánceres de boca, faringe, esófago, estómago, laringe y pulmón.

Por último, de 3 estudios sobre cánceres del aparato digestivo, cabe destacar la coincidencia de dos de ellos en el hallazgo de una mayor mortalidad por estos cánceres en las áreas más rurales. El tercer estudio encontró una asociación entre el menor nivel económico provincial y la mayor mor-



Paseo del Espolón. 1950s

Bibliografía

Bibliografía



- Alapont Alacreu JM et al./Actas Urol Esp. 2008;32(6):575-588
- Benavides FG. Bolumar F. and Peris R. Quality of Death Certificates in Valencia, Spain. Am J Public Health 1989; 79:1352-1354.)
- Berrino F, Capocaccia R, Esteve J, et al. Survival of CÁNCER patients in Europa: the EUROCORE 2 study. In: IARC Scientific Publication N0.151 IL, editor. 1999.
- Berrino F, Gatta G, Chessa E, Valente F, Capocaccia R. The EUROCORE II study. Eur J CÁNCER 1998 Dec 1;34(14):2139-2153.
- Black RJ, Bray F, Ferlay J, Parkin DM. CÁNCER Incidente Mortality and Prevalence in the European Union: CÁNCER registry data and estimates of national incidence for 1990. Eur J CÁNCER 1997; 33: 1075-1107.
- Blanco Jiménez E, Bocardo Fajardo G, Mohamed Mohamed Z. Etiología, historia natural y clínica de los tumores vesicales malignos. In: Tratado de oncología urológica. Tomo I. Resel Estevez, L. Moreno Sierra, J. 2003: 495-504.
- Brennan P, Bogillot O, Cordier S, Greiser E, Schill W, Vineis P, et al. Cigarette smoking and bladder CÁNCER in men: a pooled analysis of 11 case-control studies. Int J CÁNCER 2000 Apr 15;86(2):289-294.
- Brown ML, Riley GF, Schussler N, Etzioni RD. Estimated health care costs related to CÁNCER treatment from SEER-Medicare data. Medical Care 2002; 40 (8 Supplement)IV:104-117.
- Burch JD, Rohan TE, Howe GR, Risch HA, Hill GB, Steele R, et al. Risk of bladder CÁNCER by source and type of tobacco exposure: a case-control study. Int J CÁNCER 1989 Oct 15;44(4):622-628.
- Cabanes A, Vidal E, Pérez Gómez B. et al. Age-specific breast, uterine and ovarian CÁNCER mortality trends in Spain.: Changes from 1980 to 2006. CÁNCER Epidemiology 2009, 33(3-4):169-175.
- Cabrera Cabrera JA. Epidemiología descriptiva y análisis de supervivencia del cáncer de vejiga en hospitales públicos de Madrid. Tesis Doctoral. Madrid, 2009 ISBN: 978-84-692-6491-1
- Cantor KP, Lynch CF, Hildesheim ME, Dosemeci M, Lubin J, Alavanja M, et al. Drinking water source and chlorination byproducts. I. Risk of bladder CÁNCER. Epidemiology 1998 Jan;9(1):21-28.
- Carter B, Partin AW. Urology Campbell 8Ed 816-817.
- Carter HB, Hamper UM, Sheth S, Sanders RC, Epstein JI, Walsh PC. Evaluation of ultrasound in the early detection of prostate CÁNCER. J Urol. 1989;142(4):1008-1010
- Castela JE, Yuan JM, Skipper PL, Tannenbaum SR, Gago-Dominguez M, Crowder JS, et al. Gender- and smoking-related bladder CÁNCER risk. J Natl CÁNCER Inst 2001 Apr 4;93(7):538-545.
- Cayuela A. Rodríguez-Domínguez S. López-Campos JL. et al. Lung CÁNCER Mortality Trends in Spain Between 1980 and 2005. Archivos de Bronconeumología Volume 44, Issue 2, 2008, Pages 70-74
- Cayuela A. Rodríguez-Domínguez S. López-Campos JL. et al. Mortalidad por cáncer de pulmón en España. Evolución en 25 años (1980-2005). Arch Bronconeumol. 2008; 44(2):70-4.
- Clements R, Aideyan OU, Griffiths GJ, Peeling WB. Side effects and patient acceptability of transrectal biopsy of the prostate. Clin Radiol. 1993;47(2):125-126.
- Davis M, Sofer M, Kim SS, Soloway MS. The procedure of transrectal ultrasound guided biopsy of the prostate: a survey of patient preparation and biopsy technique. J Urol. 2002;167(2Pt1):566-570.

- Diestro Tejada MD, Serrano Velasco M, Gómez Pastrana F. Cáncer de cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH). Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Materno Infantil Universitario de La Paz. Madrid. 2007
- Edward M Messing. Tumores Uroteliales del tracto urinario. In: Campbell: Urología. Patrik C. Walsh, MD. Et al. 8ª ed. Tomo 4 Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 2004: 2981-3043.
- El-Gabry EA., Strip SE., Gomilla LG. El cáncer superficial de vejiga: epidemiología, diagnóstico e historia natural (I). AEU Update Series. Ed. Española. 2001: 85-108.
- Ellis WJ, Chetner MP, Preston SD, Brawer MK. Diagnosis of prostatic carcinoma: The yield of serum prostate specific antigen, digital rectal examination and transrectal ultrasonography. J Uro 1994 Nov;152(5 Pt 1):1520-
- Estadificación y pronóstico de los tumores vesicales. In: Tratado de oncología urológica. Tomo I. Resel Estevez, L. Moreno Sierra, J. 2003:515-525.
- EUCAN: CÁNCER Incidente Mortality and Prevalence in the European Union 1998; IARC CÁNCER Base nº 4. Version 5,1 Lyon (France) <http://www.dep.iarc.fr/eucan/eucan.htm>.
- European Commission Health and Consumers. Directorate General. C2 Health information.
- Fahmy, S., Mahmud, A., Aprikian Delay in the Surgical Treatment of Bladder CÁNCER and Survival: Systematic Review of the Literature European Urology. 2006; 50 (6): 1176-1182.
- Ferlay J, Bray F, Sankila R, Parkin DM. EU-CAN: CÁNCER Incidente, Mortality and Prevalence in the European Union. 1998.
- Fleshner N., Fair WR. Impact of environment on urologic CÁNCER. AUA Update Series 1996. 1996.
- Francis J. Perioperative management of the older patient. In: Hazzard WR, Andres R, Bierman EL, et al, editors. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, ed. 4. New York: McGraw-Hill; 1999.
- Fauscher F, Pallwein L, Klausner A, Berger AP, Koppelstaetter F, Gradl J et al. Ultrasound contrast agents and prostate CÁNCER Radiology. 2005;45(6):544-551.
- Fujimoto K, Yamada Y, Okajima E, Kakizoe T, Sasaki H, Sugimura T, et al. Frequent association of p53 gene mutation in invasive bladder CÁNCER. CÁNCER Res 1992 Mar 15;52(6):1393-1398.
- García-Esquinas E, Pérez-Gómez B, Pollán M, et al. Gastric CÁNCER mortality trends in Spain, 1976-2005, differences by autonomous region and sex. BMC CÁNCER. 2009; 9: 346.
- GLOBOCAN 2002, IARC (International Agency on Research on CÁNCER) http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/docs.
- Gómez D, Lopez V, García Pérez J, et al. Municipal distribution of breast CÁNCER mortality among women in Spain. BMC CÁNCER 2007, 7 :78
- González CA, Figueiredo C, Bonet C, Ferreira RM, Alonso P, Ruiz Liso JM, Pardo ML, García RM, Sala N, Capella G, and Sanz-Anquela JM. *Helicobacter pylori* *cagA* and *vacA* genotypes as predictor of progression of gastric preneoplastic lesions: a long term follow-up in a high-risk area in Spain. (2011 en prensa. Am.J.Gastroenterology)
- González Enriquez J y cols. Cáncer en España. Edita Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1993.
- Greenlee RT, Murray T, Bolden S, Wingo PA. CÁNCER statistics, 2000. CA CÁNCER J Clin 2000 Jan;50(1):7-33.

- Griffiths TR, Mellon JK. Human papillomavirus and urological tumours: II. Role in bladder, prostate, renal and testicular CÁNCER. BJU Int 2000 Jan;85(2):211-217.
- Hammerer PG, Huland H. Systematic sextant biopsies in 651 patients referred for prostate evaluation. J Urol. 1994;151(1):99-102
- Hammerer PG. Sonographic diagnosis of prostatic CÁNCER. Radiology. 1994;34(3):116-121
- Hartge P, Hoover R, West DW, Lyon JL. Coffee drinking and risk of bladder CÁNCER. J Natl CÁNCER Inst 1983 Jun;70(6):1021-1026.
- Hartge P, Silverman D, Hoover R, Schairer C, Altman R, Austin D, et al. Changing cigarette habits and bladder CÁNCER risk: a case-control study. J Natl CÁNCER Inst 1987 Jun;78(6):111-1125.
- Hemminki K, Li X. Familial liver and gall bladder CÁNCER: a nationwide epidemiological study from Sweden. Gut 2003 Apr;52(4):592-596.
- Hoffman D, Masuda Y, Wynder EL. Alpha-naphthylamine and betanaphthylamine in cigarette smoke. Nature 1969 Jan 18;221(5177):255-256.
- <http://cne.isciii.es>
- <http://www.juntadeandalucia.es/salud/aetsa>. 2010.
- Infante C., Rubio-Colavida JM. La prevalencia del consumo de tabaco en España. Adicciones 2004; vol 16. supl.2: 59-73.
- Información a usuarias sobre el cribado de cáncer en la mujer. Cribado del cáncer de cervix. Ministerio de Ciencia e Innovación. Informes de evaluación de tecnologías sanitarias. avalia-t Núm 2007/05-2
- Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Política Social. AETSa 2007/09. Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Instituto Nacional de Estadística. Banco de datos informático TEMPUS. 2000
- Iñiguez Ortiz M. El cáncer en España. Edita Diputación Provincial de Soria. Gráficas Reglero. Soria 1926.
- Ismail MT., Lattime EC., Gomilla IG. Current management of superficial bladder CÁNCER: BCG and beyond. Monographs in Urol. 1998; 19: 33-55.
- Ito H, Kamoi K, Yokoyama K, Yamada K, Nishimura T. Visualization of prostate CÁNCER using dynamic contrast-enhanced MRI: comparison with transrectal power Doppler ultrasound. Br J Radiol. 2003;76(909):617-624.
- Jacobs EJ, Henion AK, Briggs PJ, Connell CJ, McCullough ML, Jonas CR, et al. Vitamin C and vitamin E supplement use and bladder CÁNCER mortality in a large cohort of US men and women. Am J Epidemiol 2002 Dec 1;156(11):1002-1010.
- Jemal A, Thun MJ, Ries LA, Howe HL, Weir HK, Center MM, Ward E, Wu XC, Ehemann C, Anderson R, Ajani UA, Kohler B, Edwards BK. Annual report to the nation on the status of CÁNCER, 1975-2005, featuring trends in lung CÁNCER, tobacco use, and tobacco control. Journal of the National CÁNCER Institute 2008;100 (23):1672-1694.
- Junta de Castilla y León. Soria. Padrón Municipal de habitantes 1996. Valladolid 2000
- Kaldor JM, Day NE, Kittelmann B, Pettersson F, Langmark F, Pedersen D, et al. Bladder tumours following chemotherapy and radiotherapy for ovarian CÁNCER: a case-control study. Int J CÁNCER 1995 Sep 27;63(1):1-6.
- Kamel D, Soini Y, Nuorva K, Khalifa A, Mangoud A, Vahakangas K, et al. p53 and c-erbB2 expression in schistosomal urinary bladder carcinomas and schistosomal cystitis with premalignant lesions. Virchows Arch 1994; 424(4):349-355.

- Kantor AF, Hartge P, Hoover RN, Narayana AS, Sullivan JW, Fraumeni JF, Jr. Urinary tract infection and risk of bladder CÁNCER. *Am J Epidemiol* 1984 Apr;119(4):510-515.
- Kiemeny LA, Moret NC, Witjes JA, Schoenberg MP, Tulinius H. Familial transitional cell carcinoma among the population of Iceland. *J Urol* 1997 May;157(5):1649-1651.
- Kirkali Z, Chan T, Manoharan M, Algaba F, Busch C, Cheng L, et al. Bladder CÁNCER: epidemiology, staging and grading, and diagnosis. *Urology* 2005 Dec;66(6 Suppl 1):4-34.
- Lamm DL, Griffith G, Pettit LL, Nseyo UO. Current perspectives on diagnosis and treatment of superficial bladder CÁNCER. *Urology* 1992 Apr;39(4):301-308.
- Lee F, Gray JM, McLeary RD, Meadows TR, Kumasaka GH, Borlaza GS, et al. Transrectal ultrasound in the diagnosis of prostate CÁNCER: location, echogenicity, histopathology, and staging. *Prostate*. 1985;7(2):117-129
- Llanes González L, Luján Galán M, Rodríguez García N. et al.. Tendencia en la incidencia del cáncer testicular de células germinales en un área sanitaria española de 300.000 habitantes (1991-2005). *Actas Urol Esp*. 2008;32(7):691-695.
- Locke JR, Hill DE, Walzer Y. Incidence of squamous cell carcinoma in patients with long-term catheter drainage. *J Urol* 1985 Jun;133(6):1034-1035.
- Lopez Abente G, Pollan M., Aragonese N., et al. Area de Epidemiología Ambiental y CÁNCER. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. State of CÁNCER in Spain: incidence. 2002.
- Lopez Abente G. Aragonese N. Ramis R. et al. Municipal distribution of bladder CÁNCER mortality in Spain. *BMC Public Health*. 2006; 6: 17
- López Abente G. et al. La situación del cáncer en España. MSC. Madrid. 2005
- López-Abente G. Pollán M. Escolar A. M Errezola M. et al. Atlas de mortalidad por cáncer y otras causas en España, 1978-1992. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. 2001.
- López-Abente Ortega y cols. Atlas de Mortalidad por Cáncer y otras causas en España 1978-1992. Edita Fundación Científica de la AECC. Madrid. 1996
- Martínez García C. Sánchez Pérez M.J. Alaminos Romero F.J. Medina Domínguez M.J. Exactitud del diagnóstico de cáncer en los certificados de defunción de la provincia de Granada.. *Clinical and Translational Oncology* 1999; 2(5): 245-252.
- Mehta SS, Azzouzi AR, Hamdy FC. Three dimensional ultrasound and prostate CÁNCER. *World J Urol*. 2004;22(5):339-345.
- Michaud DS, Pietinen P, Taylor PR, Virtanen M, Virtamo J, Albanes D. Intakes of fruits and vegetables, carotenoids and vitamins A, E, C in relation to the risk of bladder CÁNCER in the ATBC cohort study. *Br J CÁNCER* 2002 Oct 21;87(9):960-965.
- Michaud DS, Spiegelman D, Clinton SK, Rimm EB, Willett WC, Giovannucci E. Prospective study of dietary supplements, macronutrients, micronutrients, and risk of bladder CÁNCER in US men. *Am J Epidemiol* 2000 Dec 15;152(12):1145-1153.
- Millan-Rodriguez F, Chechile-Toniolo G, Salvador-Bayarri J, Palou J, Algaba F, Vicente-Rodriguez J. Primary superficial bladder CÁNCER risk groups according to progression, mortality and recurrence. *J Urol* 2000 Sep;164(3 Pt 1):680-684.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. CIE – Clasificación Internacional de Enfermedades. 10 revisión- Madrid
- Monge Jodra V. y cols. Mortalidad por Cáncer en España 1953-1982. Edita EPIHOS. Madrid 1992

- Moreno V. Gonzalez JR. Soler M. et al. Estimación de la Incidencia del CÁNCER en España 1993-1996 *Gac Sanit* 2001; 15:380-388
- Neal DE, Marsh C, Bennett MK, Abel PD, Hall RR, Sainsbury JR, et al. Epidermal growth factor receptors in human bladder CÁNCER: comparison of invasive and superficial tumours. *Lancet* 1985 Feb 16;1(8425):366-368.
- Negri E, La VC. Epidemiology and prevention of bladder CÁNCER. *Eur J CÁNCER Prev* 2001 Feb;10(1):7-14.
- Nieder AM, Mackinnon JA, Huang Y, Fleming LE, Koniaris LG, Lee DJ. Florida bladder CÁNCER trends 1981 to 2004: Minimal progress in decreasing advanced disease. *J Urol* 2008 Feb;179(2):491-495.
- OMS 2000. Pathology and Genetics of Tumours of the Digestive System .World Health Organization Classification of Tumours. Edited by Stanley R. Hamilton and Lauri A. Aaltonen
- OMS 2002. Pathology and Genetics of Tumours of Soft Tissue and Bone. World Health Organization Classification of Tumours .Edited by Christopher D.M. Fletcher, Krisjnan Unni and Fredrik Mertens
- OMS 2004.- Pathology and Genetics of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. World Health Organization Classification of Tumours .Edited by J.N. Ebele, G. Sauter, J.I. Epstein and I.A. Sesterhenn
- OMS 2005.- Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. World Health Organization Classification of Tumours .Edited by León Barnes, John W. Eveson, Peter Reichart, David Sidransky
- OMS 2005.- Pathology and Genetics of Tumours of the Skin. World Health Organization Classification of Tumours .Edited by D. Weedon, P. LeBoit, G. Burg and A. Sarasin
- OMS.- 2004 Pathology and Genetics of Tumours of the Lung, Pleura, Thymus and Heart. World Health Organization Classification of Tumours. Edited by William D. Travis, Elizabeth Brambilla, H. Konrad Müller-Hermelink, Curtis C. Harris.
- One thousand human breast tumours: correlation with steroid receptors. *Eur J CÁNCER* 1992;28(2-3):697-700.
- Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Estimating the world CÁNCER burden: Globocan 2000. *Int J CÁNCER* 2001 Oct 15;94(2):153 6.
- Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global CÁNCER statistics, 2002. *CA CÁNCER J Clin* 2005 Mar; 55(2):74-108.
- Parkin DW WSF Jeale. CÁNCER incidente Lyon, France: IARC 1997.2008: 423-443.
- Pelzer A, Bektic J, Berger AP, Pallwein L, Halpern EJ, Horninger W, Bartsch G, Frauscher F. Prostate CÁNCER detection in men with prostate specific antigen 4 to 10 ng/ml using a combined approach of contrast enhanced color Doppler targeted and systematic biopsy. *J Urol*. 2005;173(6):1926-1929
- Pérez-Gómez B. Aragonés N. Pollán M. et al. Accuracy of CÁNCER death certificates in Spain: a summary of available information. *Gac Sanit*. 2006; 20(Supl 3): 42-51.
- Pisani P. Parkin DM. Ferlay J. Estimates of the worldwide mortality of eighteen major CÁN-CERs in 1985. *Int J CÁNCER* 1993; 55: 891-903
- Pollan M. La situación del cáncer en nuestro medio. Principales líneas de investigación en curso. ISCIII. Centro Nacional de Epidemiología. Comunicación a la Jornada Científica: Utilidad de los Registros de Cáncer para la atención sanitaria en la CAPV. Vitoria-Gasteiz 21/2/2008.
- Programa de Consejo Genético en Cáncer hereditario. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Valladolid 2005.

- PSA y hK2 en el diagnóstico de cáncer de próstata. Alapont Alacreu JM, Navarro Rosales S, Budía Alba A, España Furió F, Morera Martínez F, Jiménez Cruz JF. *Actas Urol Esp*. 2008; 32(6):575-588
- Quilty PM, Kerr GR. Bladder CÁNCER following low or high dose pelvis irradiation. *Clin Radiol* 1987 Nov;38(6):583-585.
- Rendimiento diagnóstico de la mamografía digital en el cribado del cáncer de mama
- Reuter VE, Epstein JI, Amin MB, Mostofi FK. The "WHO/ISUP Consensus Classification of Urothelial (Transitional Cell) Neoplasms": continued discussion. *Hum Pathol* 1999 Jul;30(7):879-880.
- Ries Lag. Bounq JI., Charles F., Lynch, Jessica A., Davila and Charles E. Platz in Leisner MP, Lin YD., Horner (Editors). SEER Survival monograph: Cáncer survival among adults: U.S. SEER program, 1988-2.001. Patient and tumor Characteristics. National CÁNCER Institute, SEER program, NIH. Pub n° 07-6215, Cáncer of the bladder CÁNCER Bethesda MD.2.007 pág 181-192.
- Rodríguez-Patron Rodríguez R, Mayayo Dehesa T, Burgos Revilla FJ, Alonso Gonzalez M, Lennie Zucharino A, Garcia Gonzalez R. Resultados de una serie de 6000 pacientes con biopsia transrectal ecodirigida de próstata. Parte I: anatomía Patológica, Tacto rectal, Ecografía transrectal y PSA. *Arch Esp Urol*. 2005;58(7):623-634.
- Rosenkilde OP, Wolf H, Schroeder T, Fischer A, Hojgaard K. Urothelial atypia and survival rate of 500 unselected patients with primary transitional-cell tumour of the urinary bladder. *Scand J Urol Nephrol* 1988;22(4):257-263.
- Ruiz Liso JM, Sanz Anquela JM, Alfaro Torres J, Doderó de Solano E, García Pérez MA.- Valoración histopatológica de los boletines de defunción en Soria en 1985, *Rev Sanid Hig Publica* 1989; 63: 41-51
- Ruiz Liso JM, Sanz Anquela JM, García Pérez MA. El Cáncer. Dieta y factores de riesgo. Edita Insalud. Imprenta Las Heras. Soria 1990
- Ruiz Liso JM. Atlas descriptivo del Cáncer en Soria 1950-1999. Ministerio de sanidad y Consumo. INSALUD. NIPO 352-00-078-X. 2000.
- Ruiz Liso JM. El Cáncer en Soria. Edita Exma. Diputación Provincial de Soria. Imprenta Provincial. Soria. 1991
- Ruiz Liso JM. Juntos Podemos. Alimentación y Salud. Edita Junta de Castilla y León. Valladolid 1994.
- Ruiz Liso JM. Tendencias Neoplásicas en la Provincia de Soria 1981-1990. Edita FISs. Ministerio de Sanidad y Consumo. Imprenta Ingrabel. Soria 1992
- Ruiz Liso JM. Salud y Dieta Mediterránea Castellana y Leonesa. Edita FCCR. Soria 1998
- Samanic C, Kogevinas M, Dosemeci M. Et al. Smoking and bladder CÁNCER in Spain: effects of tobacco type, timing, environmental tobacco smoke and gender. *CÁNCER Epidemiol Biomarkers Prev* 2006; 15: 1348-1354.
- Sanz Anquela JM, Ruiz Liso JM, Del Villar Sordo V. y cols. Estudio epidemiológico analítico del cáncer gástrico en la provincia de Soria. Edita Exmo. Ayuntamiento de Soria. Soria 1992
- Schatte E, Gruenenfel der J, Fradet Y, Miles BJ. Epidemiology of bladder CÁNCER en: *Comprehensive Textbook of Genitourinary Oncology*. Second Edition.
- Schultzel M, Saltzstein SL, Downs TM, Shimasaki S, Sanders C, Sadler GR. Late age (85 years or older) peak incidence of bladder CÁNCER. *J Urol* 2008 Apr;179(4):1302-1305.

- SEER Survival monograph: Cáncer survival among adults: U.S. SEER program, 1988 2.001. Patients and tumor Characteristics. National CÁNCER Institute, SEER program, NIH. Pub n° 07-6215, Cáncer of the bladder CÁNCER Bethesda MD.2.007 pág 1-6.
- Shi B, Zhang K, Zhang J, Chen J, Zhang N, Xu Z. Relationship between patient age and superficial transitional cell carcinoma characteristics. *Urology* 2008 Jun;71(6):1186-1190.
- Silverman DT, Hartge P, Morrison AS, Devesa SS. Epidemiology of bladder CÁNCER. *Hematol Oncol Clin North Am* 1992 Feb;6(1):1-30.
- Steffens J, Nagel R. Tumours of the renal pelvis and ureter. Observations in 170 patients. *Br J Urol* 1988 Apr;61(4):277-283.
- Steinmaus CM, Nunez S, Smith AH. Diet and bladder CÁNCER: a metaanalysis of six dietary variables. *Am J Epidemiol* 2000 Apr 1;151(7):693-702.
- Stewart B. W. and Kleihues P. Bladder CÁNCER (Eds): *World CÁNCER Report*. IARC Press. Lyon 2003. pág 228-231.
- Swaminathan S, Reznicoff CA. Biochemical and molecular bladder CÁNCER carcinogenesis. In: *Comprehensive Text book of Genitourinary Oncology*. Second Edition. Vogelzang NJ, Shipley WU, Scardino PT, Coffey DS, Lippincott Wilians & Wilkins. Philadelphia 2000; 17: 289-297.
- Tavani A, La VC. Coffee and CÁNCER: a review of epidemiological studies, 1990-1999. *Eur J CÁNCER Prev* 2000 Aug;9(4):241-256.
- Terris MK. Prostate biopsy strategies: past, present, and future. *Urol Clin N Am*. 2002;29(1):205-212
- U.S. CÁNCER Statistics Working Group. United States CÁNCER Statistics: 1999-2005 Incidence and Mortality Web-based Report. Atlanta (GA): Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, and National CÁNCER Institute; 2009. Disponible en: <http://www.cdc.gov/uscs/>.
- Varo Baena A. El cáncer de Vejiga en Córdoba. Tesis Doctoral. Universidad de Córdoba. Octubre 2003.
- Villa Punte M. Concordancia entre los diagnósticos clínicos de los certificados de defunción y los diagnósticos anatomopatológicos de las autopsias. Tesis Doctoral. Universidad de Cantabria. 2001
- Vogelzang HJ, Shipley W.U, Scardino P.T, Coffey D. S. *Lippincott Willians and Wilkins*. Philadelphia 2000; 16: 282-288.
- Ward EM, Burnett CA, Ruder A, vis King K. Industries and CÁNCER. *CÁNCER Causes Control* 1997 May;8(3):356-370.
- Watanabe H, Kato H, Kato T, Morita M, Tanaka M. Diagnostic application of the ultrasoundotomography for the prostate. *Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi*. 1968;59(4):273-279
- Whelan S.L. Classification and coding in Cáncer incidence in five Continents Vol VIII International Agency for Research on Cáncer. Lyon 2.002 pág 36. 2002.
- Winn DM. Epidemiology of CÁNCER and other systemic effects associated with the use of smokeless tobacco. *Adv Dent Res* 1997 Sep;11(3):313-321.
- World CÁNCER Report. Edited by Bernard W. Stewart Paul Kleihues IARC Press Lyon 2003.
- www.seom.org/info
- Álvarez-Fernández JA, Gazmurib RJ. Mortalidad evitable por parada cardíaca extrahospitalaria. *Med Clin (Barc)*.2008;130(18):710-4.
- Álvarez-Fernández JA, Álvarez-Mon M, Rodríguez-Zapata M. Supervivencia en España de las paradas cardíacas extrahospitalarias. *Med Intensiva*. 2001;25:236-43.

- Herlitz J, Ekstrom L, Wennerblom B, Axelsson A, Bang A, Holmberg S. Effect of bystander initiated cardioPulmonary resuscitation on ventricular fibrillation and survival after witnessed cardiac arrest outside hospital. *Br Heart J*. 1994;72:408-12.
- Gallagher EJ, Lombardi G, Gennis P. Effectiveness of bystander cardioPulmonary resuscitation and survival following out-of-hospital cardiac arrest. *JAMA*. 1995;274:1922-5.
- Larsen MP, Eisenberg MS, Cummins RO, Hallstrom AP. Predicting survival from out-of-hospital cardiac arrest: a graphic model. *Ann Emerg Med*. 1993;22:1652-8.
- Hallstrom AP, Ornato JP, Weisfeldt M, Travers A, Christenson J, McBurnie MA, et al. Public-access defibrillation and survival after out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med*. 2004;351:637-46.
- Cummins RO, Ornato JP, Thies WH, Pepe PE Improving survival from sudden cardiac arrest: the «chain of survival» concept: a statement for health professionals from the Advanced Cardiac Life Support Subcommittee and the Emergency Cardiac Care Committee, American Heart Association. *Circulation* 1991; 83: 1832-1847.[Medline]
- Guidelines for cardioPulmonary resuscitation and emergency cardiac care Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees. American Heart Association. *JAMA* 1992; 268: 2171-2302.[Medline]
- Marín-Huerta E. Peinado R. Asso A. Loma A. Villacastín JP. Muñoz J. Brugada J. Muerte súbita cardíaca extrahospitalaria y desfibrilación precoz. Comité de Desfibriladores Automáticos Externos y Resuscitación CardioPulmonar. Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol*. 2000;53:851-65.
- Weaber WD, Hill D, Fahrenbruch CE, Copass MK, Martin JS, Cobb LA et al Use of the automatic external defibrillator in the management of out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med* 1988; 319: 661-666.[Medline]
- Ornato JP, Hankins DG Public-access defibrillation. *Prehosp Emerg Care* 1999; 3: 297-302.[Medline]
- White RD, Asplin BR, Bugliosi TF, Hankins DG High discharge survival rate after out-of-hospital ventricular fibrillation with rapid defibrillation by police and paramedics. *Ann Emerg Med* 1996; 28: 480-485.[Medline]
- Mosesso VN Jr, Davis EA, Auble TE, Paris PM, Yealy DM Use of automated external defibrillators by police officers for treatment of out-of-hospital cardiac arrest. *Ann Emerg Med* 1998; 32: 200-207.[Medline]
- Monsieurs KG, Handley AJ, Bossaert LL. Recomendaciones del año 2000 del European Resuscitation Council para la desfibrilación externa automática. *Med Clin (Barc)* 2002; 118:421-422
- www.map.es/ministerio/delegaciones_gobierno/Desfibriladores. Real Decreto de 20 de Marzo de 2009.



1960: La Sala de Curas del Viejo Hospital de Santa Isabel.

Tablas y Gráficos

Tablas y Gráficos

Tablas de Incidencia SORIA

Tablas de Mortalidad SORIA

Gráficos de Incidencia y Mortalidad

Gráficos de Mortalidad de España y Europa

Fichas resumen de la enfermedad en Soria



TIPOS CÓMICOS



SORIA

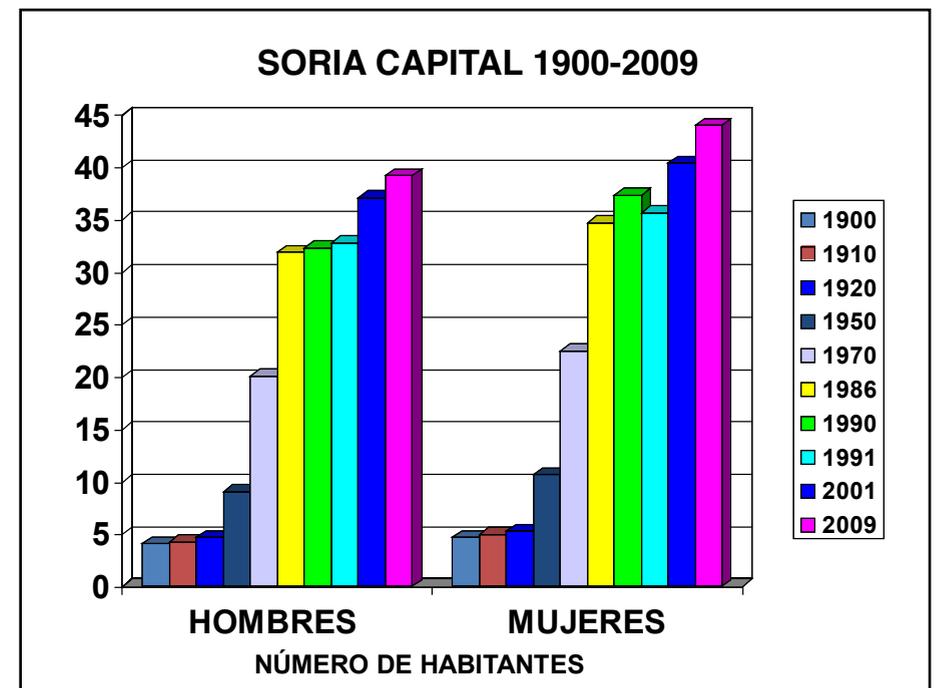
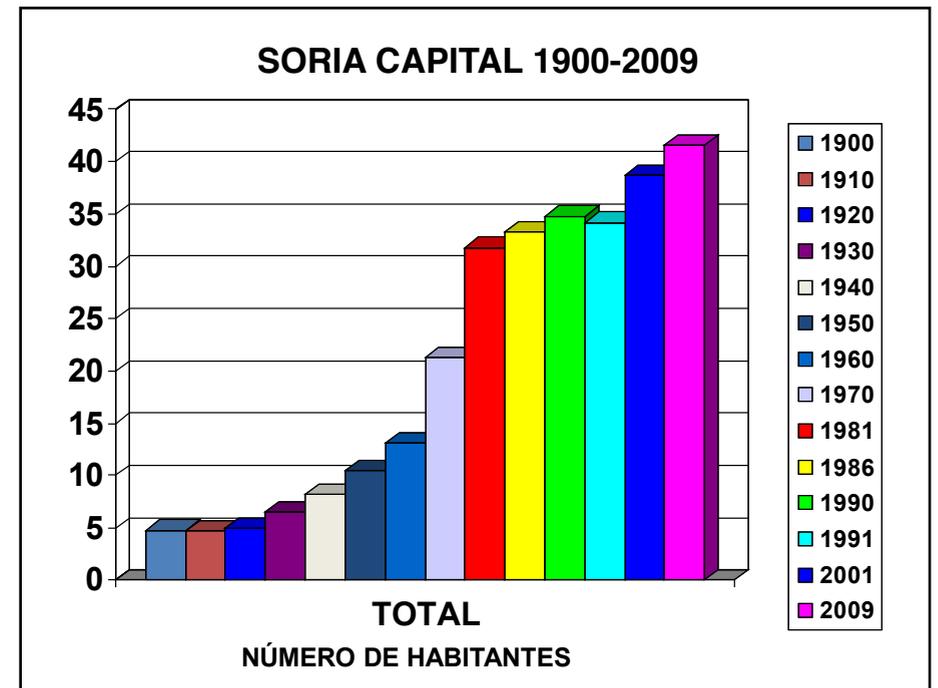
Hay quien dice:—Contigo
pan y cebolla;
y pan y mantequilla
se dice en Soria.



Soria principios del siglo XX



Fotografía de A. Rioja de Pablo



TASAS DE CÁNCER ESPAÑA 1900-1926 M. ÍÑIGUEZ “El cáncer en España”

Grupo etario mortalidad	Tasas x 100.000: 1908-1915
0-9 años	1,5
10-19	1,0
20-29	3,1
30-39	20,0
40-49	75,0
50-59	140,0
> 60 años	580,0

TASAS DE CÁNCER ESPAÑA 1900-1926 M. ÍÑIGUEZ “El cáncer en España”

Localización	Soria 1901-1907 TB x 100.000	Soria 1917-1925 TB x 100.000	Máxima 1901-1907 Mínima	Máxima 1917-1923 Mínima
Total TM	210	240	270 Madrid 100 Lugo	330 Madrid 140 Huesca y Badajoz
Estómago + Hígado	110	170	110+Palencia 20 Baleares	170 + Valladolid, Segovia, Burgos 30 Alicante
Intestinos	120	110	220 Palencia 10 Baleares	400 Palencia 15 Jaen
Genital Femenino	20* Mujeres*	30* Mujeres*	130 Cádiz 20 + Lugo, León, Orense	120 Madrid 20 León
No especificados	50	40	90 Santander 35 Ciudad Real	130 Barcelona 20 Huesca

Referida a 100.000 habitantes mayores de 40 años

TASAS DE CÁNCER ESPAÑA 1900-1926 M. ÍÑIGUEZ “El cáncer en España”

Localización	Soria 1901-1907 TB x 100.000	Soria 1917-1925 TB x 100.000
Total TM	41,6	48,8
Estómago + Hígado	21,8	34,6
Intestinos	23,8	22,4
Genital Femenino	7,6* Mujeres*	11,4* Mujeres*
No especificados	9,9	8,1

TB x 100.000 habitantes

FALLECIDOS EN SORIA CAPITAL 1900 1906

Año Muertes Soria Capital	Hombres CÁNCER	Mujeres CÁNCER	Hombres Todas Las Causas	Mujeres Todas Las Causas
1900	1	1	68	95
1901	1	1	93	83
1902	3	0	70	61
1903	2	2	85	76
1904	2	0	93	87
1905	1	3	72	65
1906	0	1	68	85
TASA BRUTA 1900 1906	47.95 x 100.000	31.3 x 100.000	2632.7 x 100.000	2162.0 x 100.000

TASAS BRUTAS MORTALIDAD POR CÁNCER CIUDAD DE SORIA 1900-1906

Hombres: 47,95 x 100.000 hombres
1,82% de la mortalidad total en la ciudad

Mujeres: 31,3 x 100.000 mujeres
1,44% de la mortalidad total en la ciudad

Total: 35,95 x 100.000 habitantes
1,63% de la mortalidad total en la ciudad

TASAS BRUTAS MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS EN SORIA CAPITAL 1900-1906

Hombres: 2632,7 x 100.000 hombres

Mujeres: 2162,8 x 100.000 mujeres

Total: 2199,5 x 100.000 habitantes

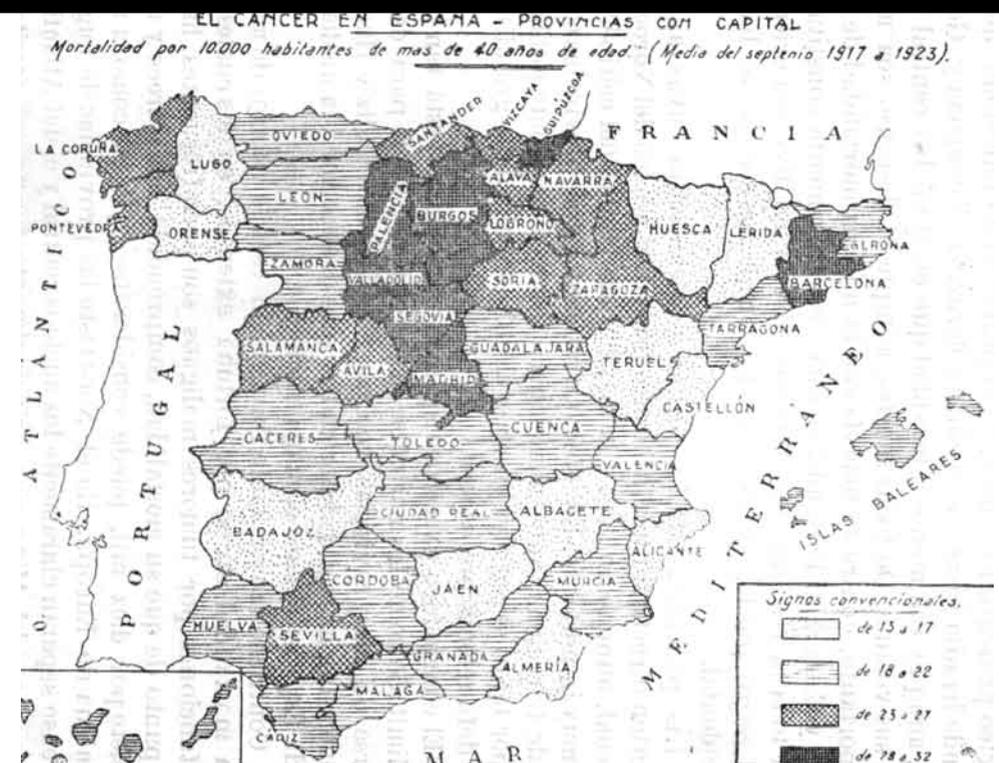
SORIA CAPITAL Principales causas de muerte

1900: Aparato respiratorio: 26,5 H % 25,3 M
 1901: Aparato respiratorio: 29,2 H % 21,7 M
 1902: Sistema nervioso: 27,4 H % meningitis
 Aparato respiratorio: 22,9 M % pulmonía
 1903: Sistema nervioso: 18,8 H % meningitis
 Aparato circulatorio: 30,3 M % endocarditis
 1906: Aparato respiratorio: 33,8 H % bronconeumonia
 Aparato circulatorio: 22,3 M % endocarditis

CAUSAS DE MUERTE POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS CIUDAD DE SORIA 1900-1906

Año	TBc	Gripe	Tetan.	Mening.	Difteria	Saramp.	Erisipela	Escarlat.	Tífus	Coquel.
1900	9	12	1	9	0	0	0	1	0	0
1901	9	0	0	22	1	1	10	0	0	0
1902	8	4	0	11	3	1	1	0	0	0
1903	8	1	0	18	0	0	0	9	2	0
1904	16	3	0	7	0	0	1	1	0	1
1905	10	5	0	8	1	0	1	0	3	0
1906	13	3	0	8	0	0	1	0	2	0

Salud y estilo de vida Soria 2003



SALUD Y ESTILO DE VIDA DE LOS SORIANOS EN 2003

Alcohol	18-44 a.	45-64 a.	> 65 a.	Total
A Diario	10.3	15.7	12.3	12.8
2-3 D /sem	6.0	2.0	0.7	2.9
Fines Sem	35.3	7.4	1.9	14.8
Nunca / Casi Nunca	48.3	74.8	85.2	69.5

Tabaco	18-44 a.	45-64 a.	> 65 a.	Total
Nunca / Casi Nunca	67.7	87.6	97.9	84.4
< 1 Pqte / Dia	22.3	10.1	1.9	11.4
1-2 Pqte / Dia	9.5	2.0	0.2	3.9
> 2 Pqte / Dia	0.5	0.2	0.0	0.2

Piezas Diarias de Fruta	Total	18-44 a.	45-64 a.	> 65 a.
1 – 2 Diarias	39.0	53.7	31.2	32.4
3 – 4 Diarias	38.3	26.0	45.2	43.5
5 – 6 Diarias	8.0	5.7	9.4	8.9
Más de 7 Diarias	4.5	2.3	6.1	4.9
Nunca	10.2	12.3	8.1	10.3

Numero Hijos	18-44 a.	45-64 a.	> 65 a.	Total
Ninguno	53.2	12.8	16.1	27.3
1 Hijo	15.6	12.6	9.1	12.4
2 Hijos	26.4	47.8	27.4	34.0
3 Hijos	4.0	18.0	22.7	14.9
4 Hijos	0.9	6.3	12.2	6.5
5 Hijos	0	1.8	6.6	2.8

Consumo Diario TV	18-44 a.	45-64 a.	> 65 a.	Total
Más de 7 Horas	1.9	3.6	4.4	3.6
De 3 a 6 Horas	33.4	53.9	64.6	50.7
2 Horas	35.5	26.7	20.9	27.7
1 Hora	24.4	11.0	4.2	13.1
No Ve TV	5.1	4.7	4.9	4.9

Deporte	18-44 a.	45-64 a.	> 65 a.	Total
Diario	0.7	3.4	1.6	1.9
4 y + x Semana	11.5	5.6	6.3	7.8
3 x Semana	10.2	5.9	4.2	6.8
2 x Semana	17.7	13.7	12.0	14.5
1 x Semana	5.6	3.4	0.7	3.2
Nunca	54.4	68.0	75.2	65.9

Residencia	18-44 a.	45-64 a.	> 65 a.	Total
< 100 H	4.7	17.3	23.8	15.3
100-500 H	7.7	12.8	8.9	9.8
500 – 1000 H	6.5	7.3	8.6	7.4
1000 – 5000 H	9.8	7.6	3.7	7.1
> 5000 H	5.6	10.3	6.8	7.6
Soria Capital	65.1	43.6	37.7	48.8
Madrid	0.7	1.1	10.5	4.0

Horas Sueño	18-44 a.	45-64 a.	> 65 a.	Total
5 y Menos	3.5	6.3	12.1	6.7
6 – 7 Horas	50.4	45.8	37.5	44.9
8 Horas	37.9	39.3	34.7	37.3
9 Horas	6.3	6.5	9.8	7.5
10 y mas	2.1	2.0	4.9	3.0

Estado Civil / Día	No Fuma	< 20 Cig	20-40 Cig	> 40 Cig
Casado / Pareja	85.0	11.1	3.8	0.1
Separado	65.2	21.7	13.0	0
Soltero	75.2	18.1	5.7	1.0
Viudo	95.4	3.5	1.2	0
Total	84.4	11.4	3.9	0.2

Estado de Salud	18-44 a.	45-64 a.	> 65 a.	Total
Excelente	16.1	6.5	6.4	9.7
Buena	69.7	61.1	44.6	58.5
Regular	12.5	29.2	45.7	29.1
Mala	0.7	1.8	1.9	1.5
Muy Mala	0.2	0.0	0.0	0.1
Ns / Nc	0.7	1.4	1.4	1.2

Orina Nocturna	18-44 a.	45-64 a.	> 65 a.	Total
No	80.7	55.7	25.9	54.2
Si	18.1	41.8	72.5	44.1
Ns / Nc	1.2	2.5	1.6	1.8

Hipertensión	18-44 a.	45-64 a.	> 65 a.	Total
No	97.2	85.2	76.9	86.4
Si	2.8	14.8	23.1	13.6

Diabetes	18-44 a.	45-64 a.	> 65 a.	Total
No	98.8	97.5	92.5	96.3
Si	1.2	2.5	7.5	3.7

Angor	18-44 a.	45-64 a.	> 65 a.	Total
No	99.8	98.4	97.4	98.5
Si	0.2	1.6	2.6	1.5

Caminar	18-44 a.	45-64 a.	> 65 a.	Total
No	38.3	22.5	11.2	24.0
Si	61.7	77.5	88.8	76.0

Practica Deporte	18-44 a.	45-64 a.	> 65 a.	Total
No	50.4	62.9	70.0	61.1
Si	47.3	33.7	28.4	36.4
Ns / Nc	2.3	3.4	1.6	2.5

Asociacionismo	18-44 a.	45-64 a.	> 65 a.	Total
No	79.9	50.3	14.5	48.3
Si	19.9	47.7	83.9	50.4
Ns / Nc	0.2	2.0	1.6	1.3

Quiere Conocer Sus Enfermedades	18-44 a.	45-64 a.	> 65 a.	Total
No	45.3	0.2	0.0	15.0
No Sabe	2.0	12.9	0.0	5.1
No Planteado	33.3	42.1	20.3	32.0
Si	18.9	42.3	78.1	46.3
Ns / Nc	0.6	2.5	1.6	1.6

CONSUMO SORIA 2003 PORCENTAJES (%)

Frecuencia	Pescado	Carne	Huevos	Legumbres	Verduras	Hortalizas	Lácteos
Diario	7.1	5.9	2.6	0.2	4.2	8.6	88.3
3/+semana	58.5	55.8	43.1	12.2	54.1	28.6	4.8
1-2 Semana	30.3	33.5	48.4	81.7	37.7	40.5	2.6
Nunca	4.1	4.8	5.9	5.9	4.0	21.3	4.3

COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE SORIA

LISTA DE MEDICOS COLEGIADOS

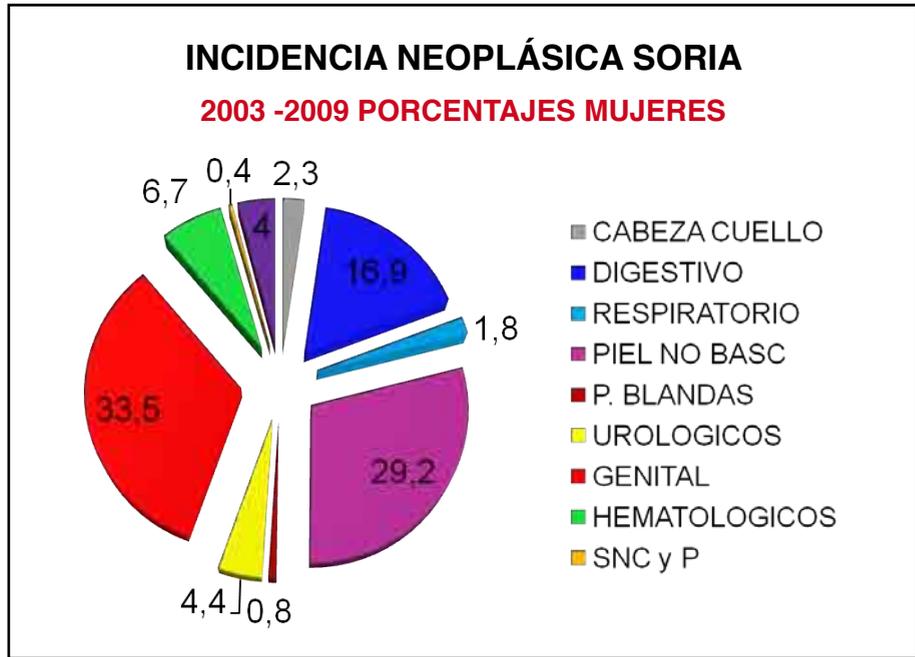
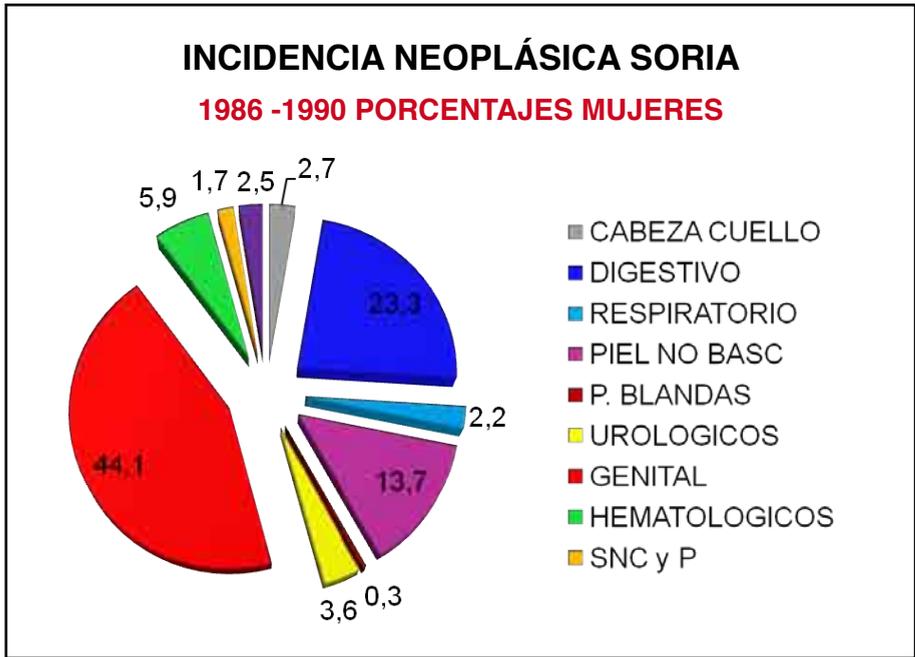
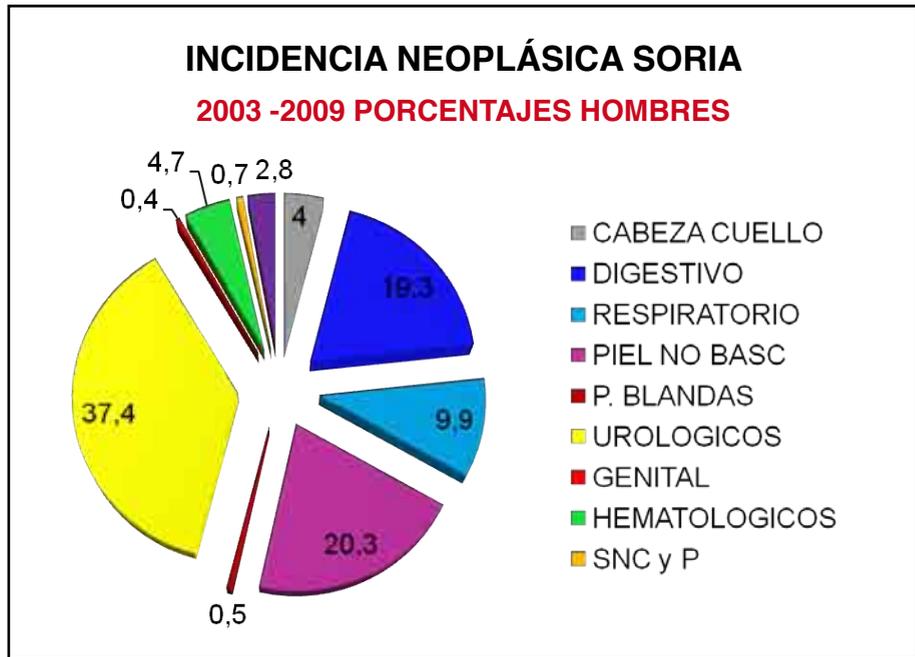
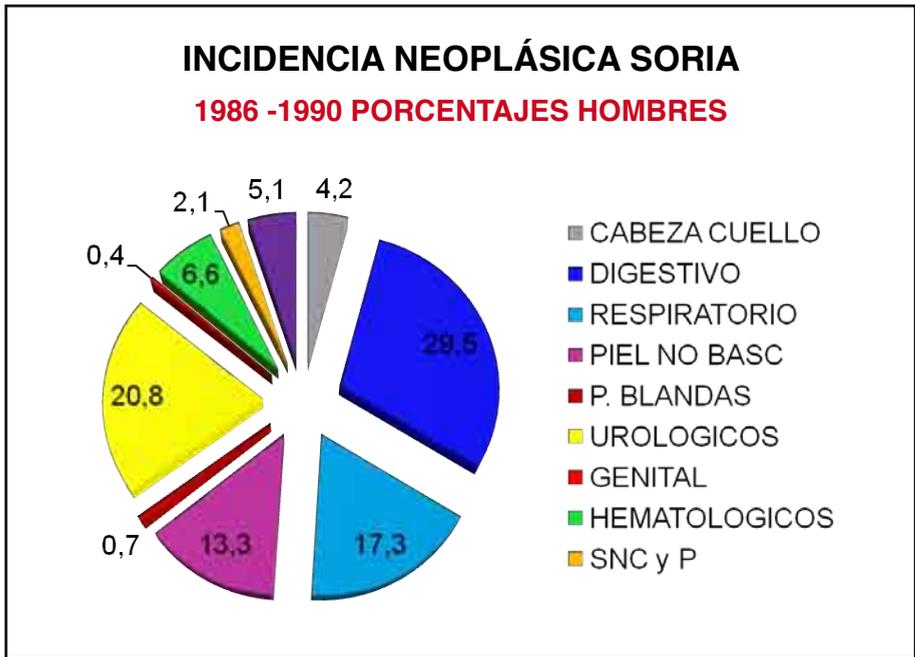
JUNTA DE GOBIERNO 1935-1936

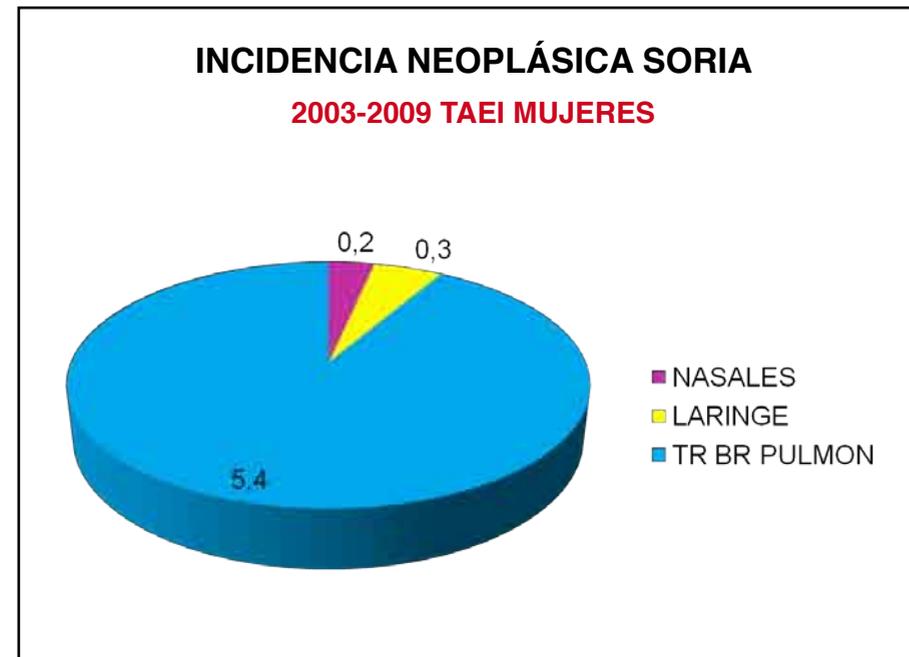
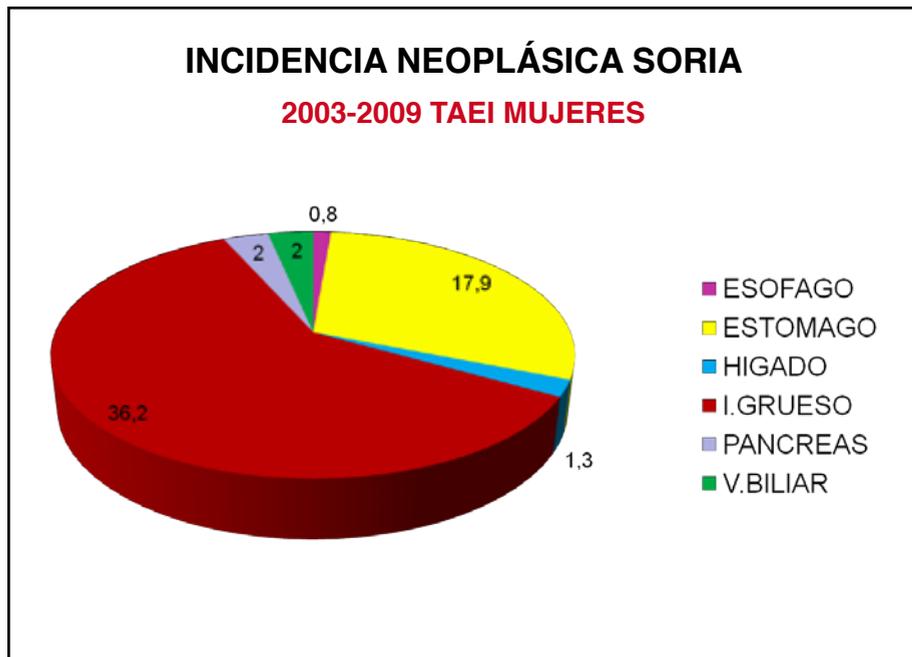
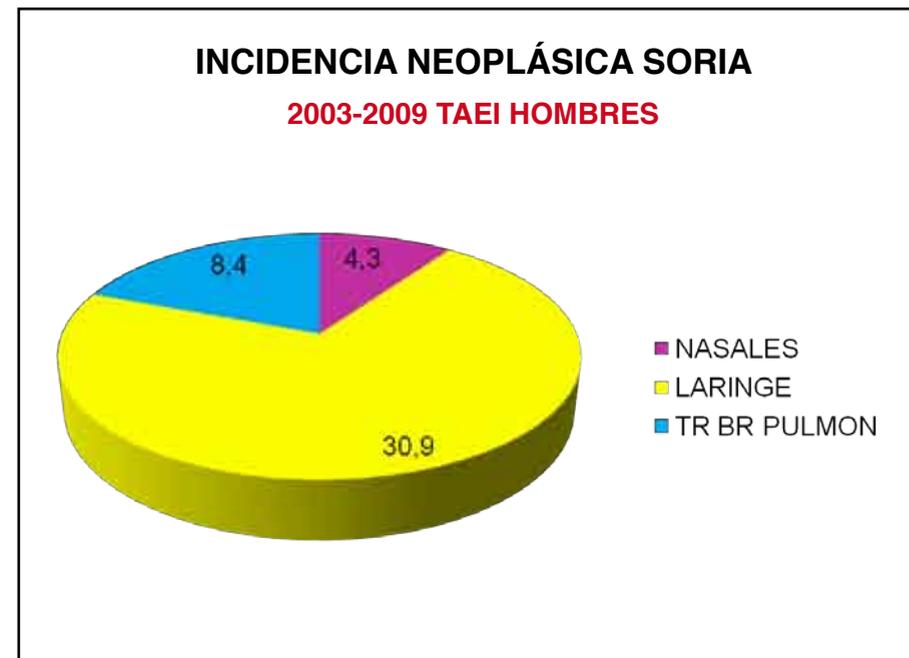
CARGOS	NOMBRES Y APELLIDOS
Presidente	D. Juan Antonio Gaya Tovar.
Vicepresidente.....	» Alfredo Calzada Cuervo.
Secretario	» Gregorio Nieto Nieto.
Tesorero (interino).....	» Mariano Javierre Orgié.
Contador.....	» Ramiro de la Llana Hernández.
	» Luis Martín Tovar.
Vocales.....	» Santiago Agreda Miguel.
	» Teodoro Romeo Cuartero.
	» Rafael Ortiz Rojas.

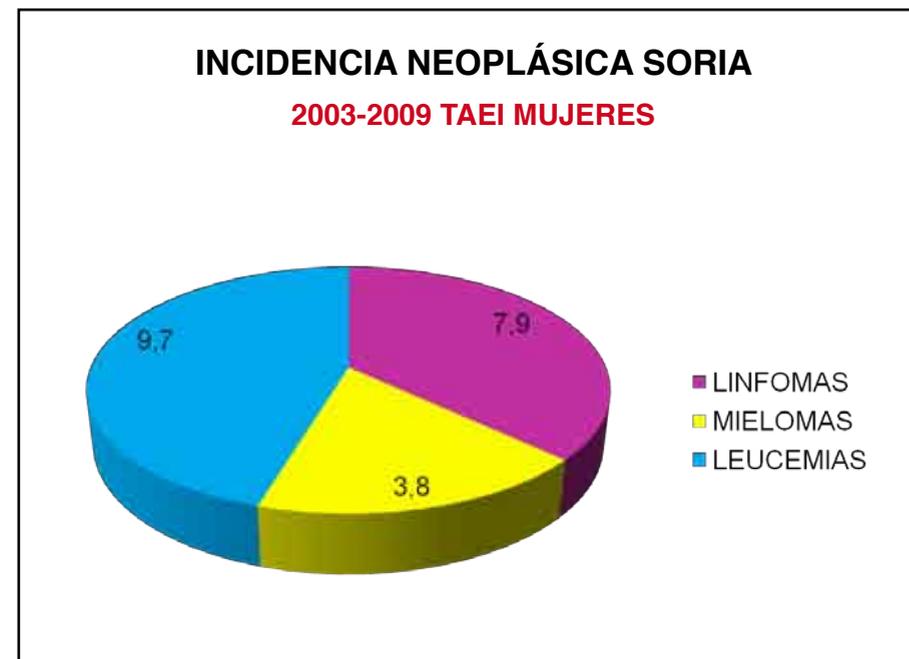
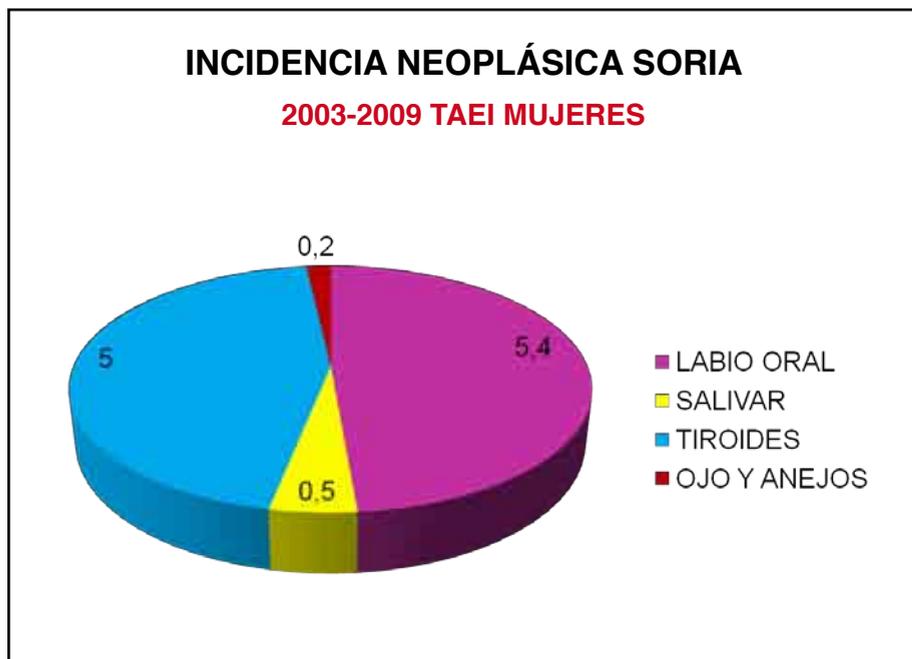
Tablas y gráficos de Incidencia

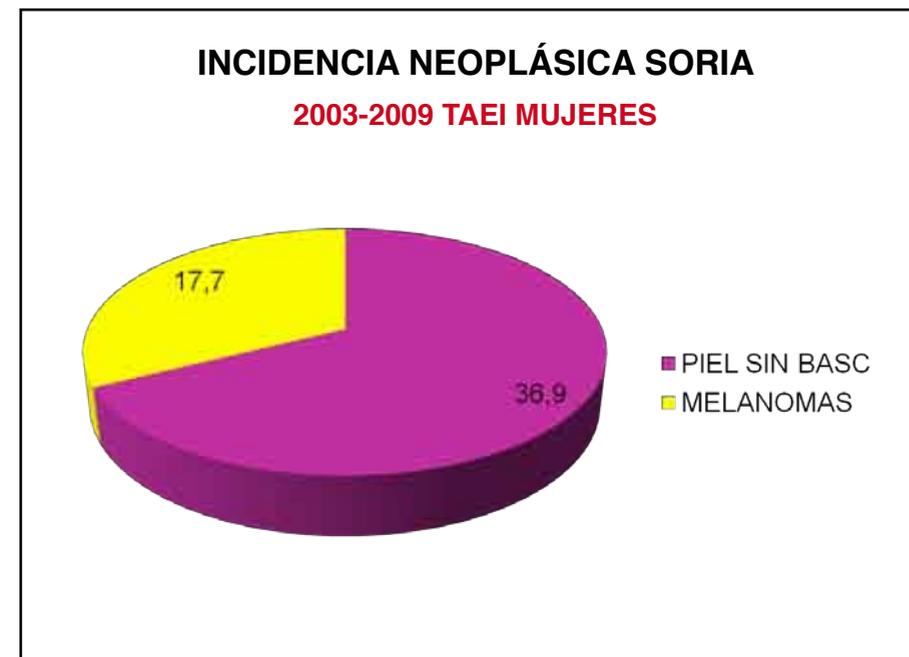
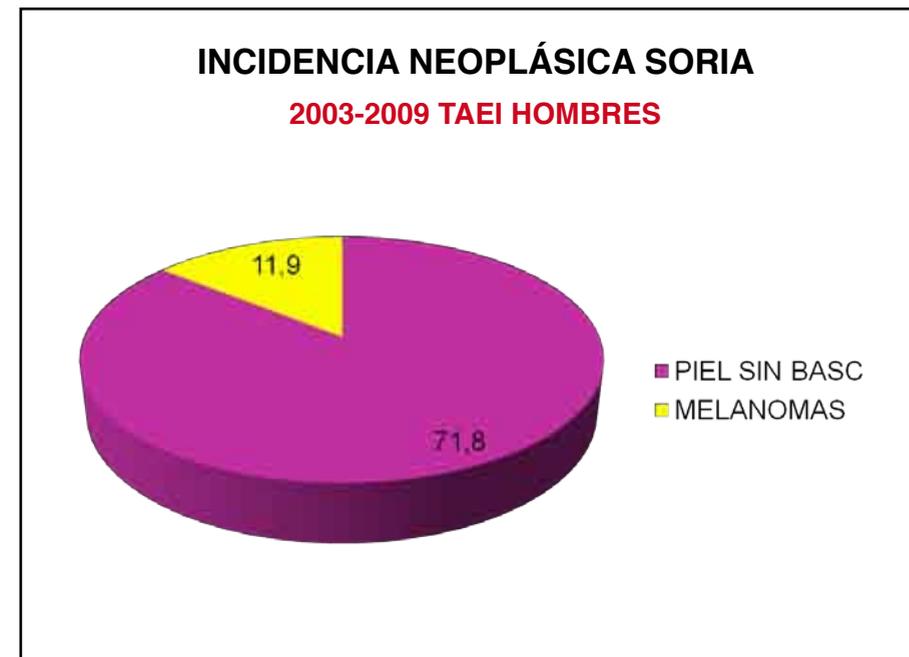
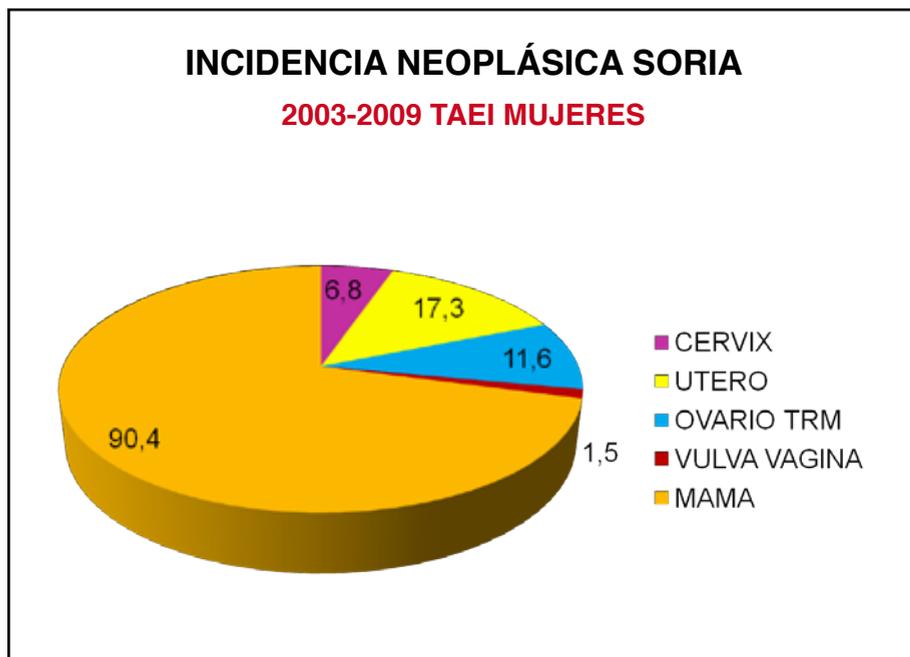
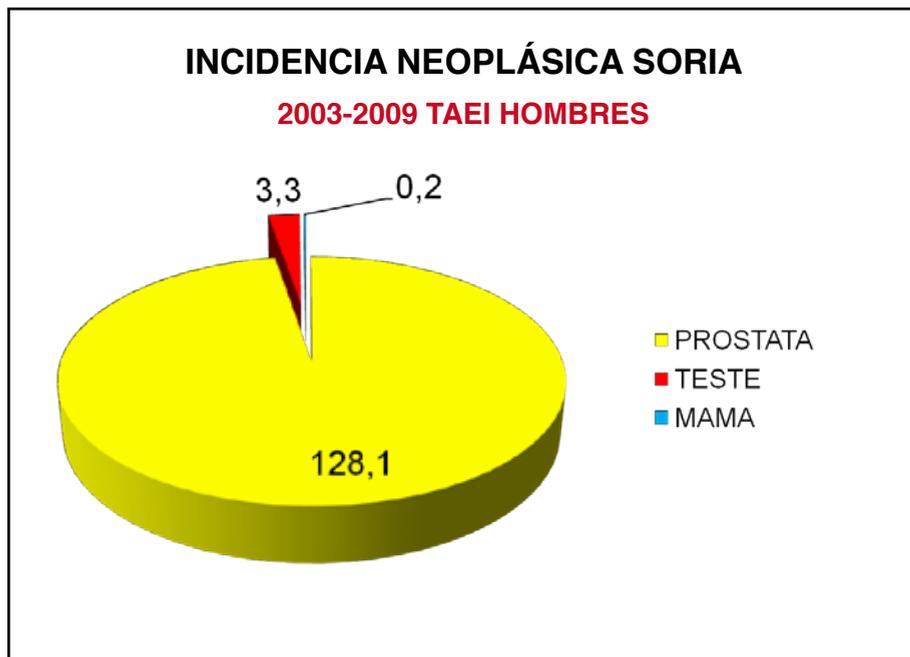


Interior Santa Isabel

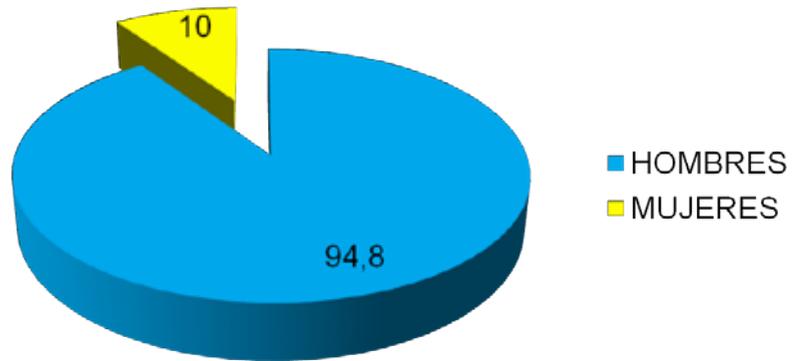




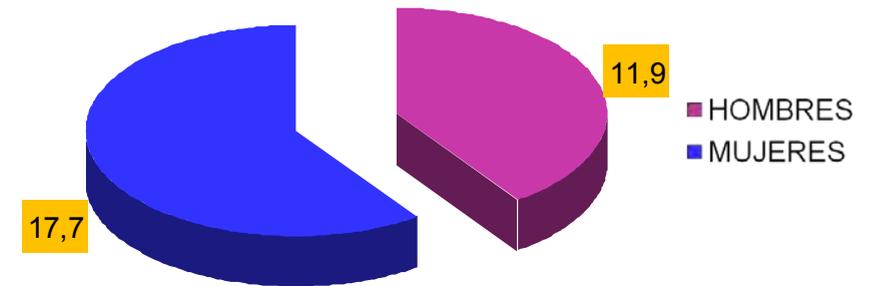




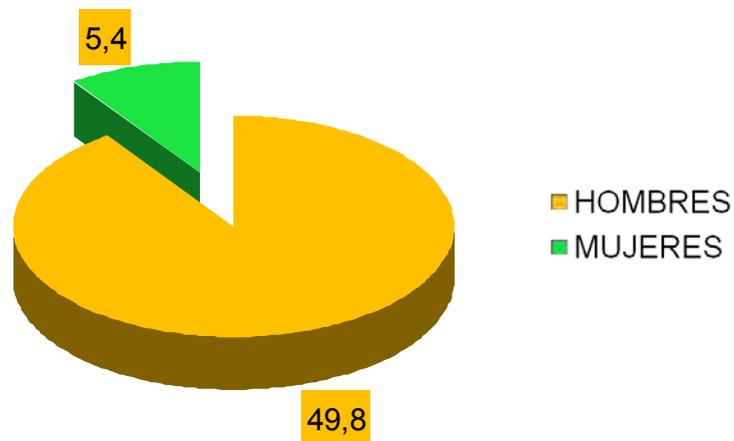
INCIDENCIA NEOPLÁSICA SORIA
2003-2009 TAEI VEJIGA URINARIA



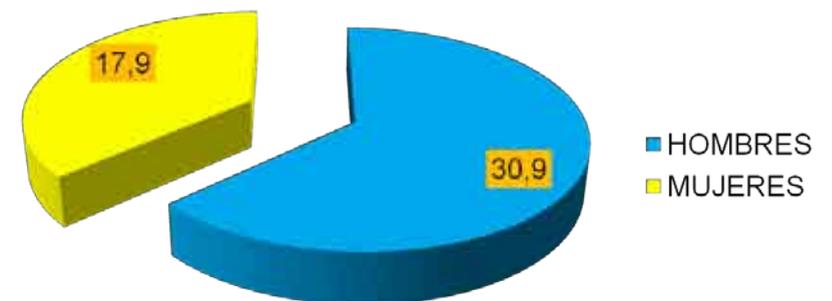
INCIDENCIA NEOPLÁSICA SORIA
2003-2009 TAEI MELANOMAS



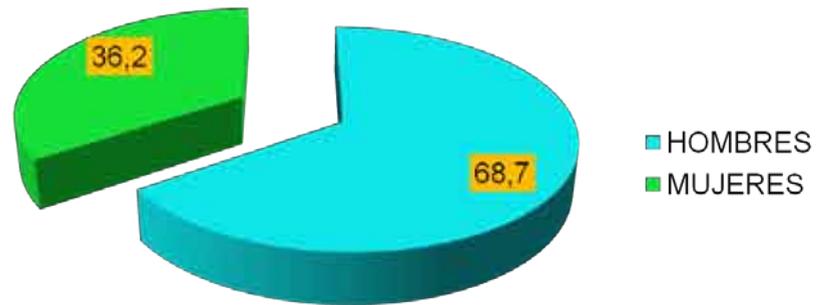
INCIDENCIA NEOPLÁSICA SORIA
2003-2009 TAEI TRQ BR PULMÓN



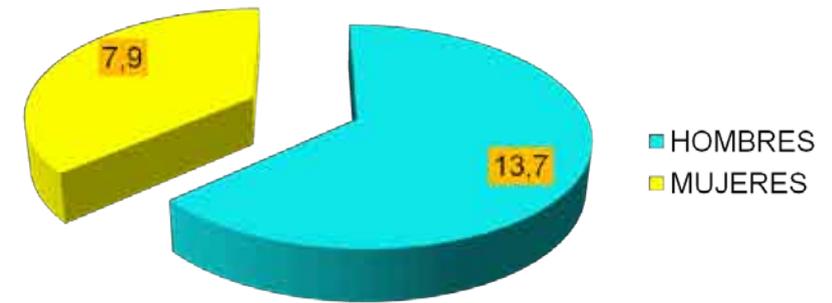
INCIDENCIA NEOPLÁSICA SORIA
2003-2009 TAEI ESTÓMAGO



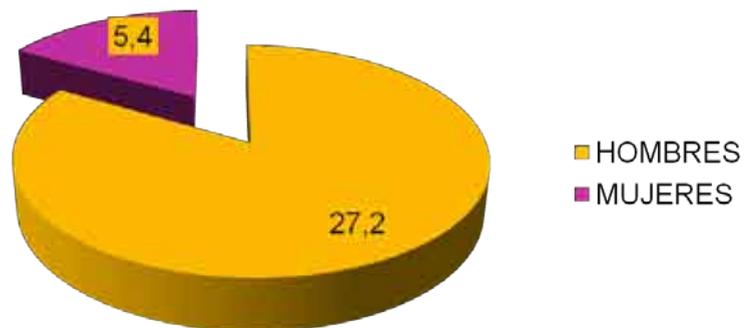
INCIDENCIA NEOPLÁSICA SORIA
2003-2009 TAEI INTESTINO GRUESO



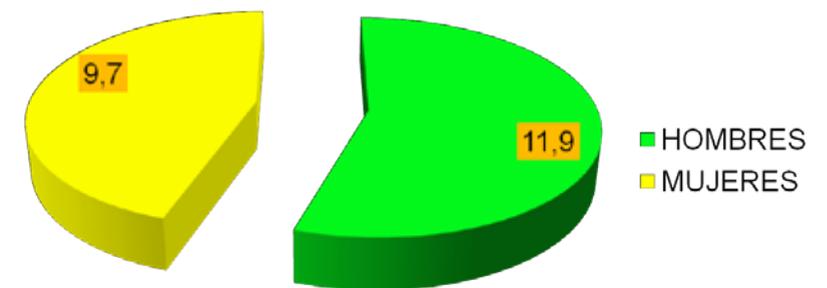
INCIDENCIA NEOPLÁSICA SORIA
2003-2009 TAEI LINFOMAS

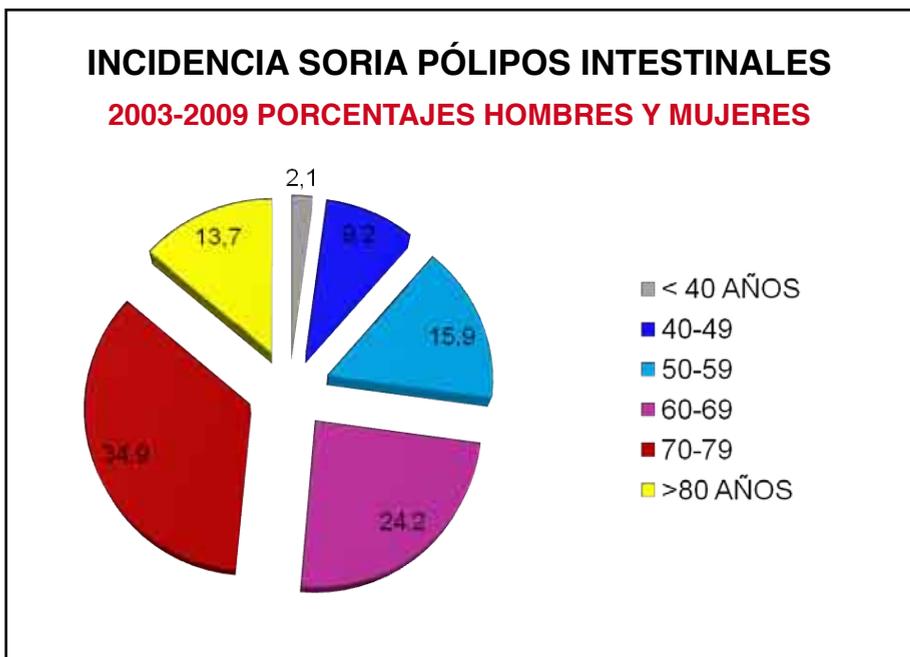
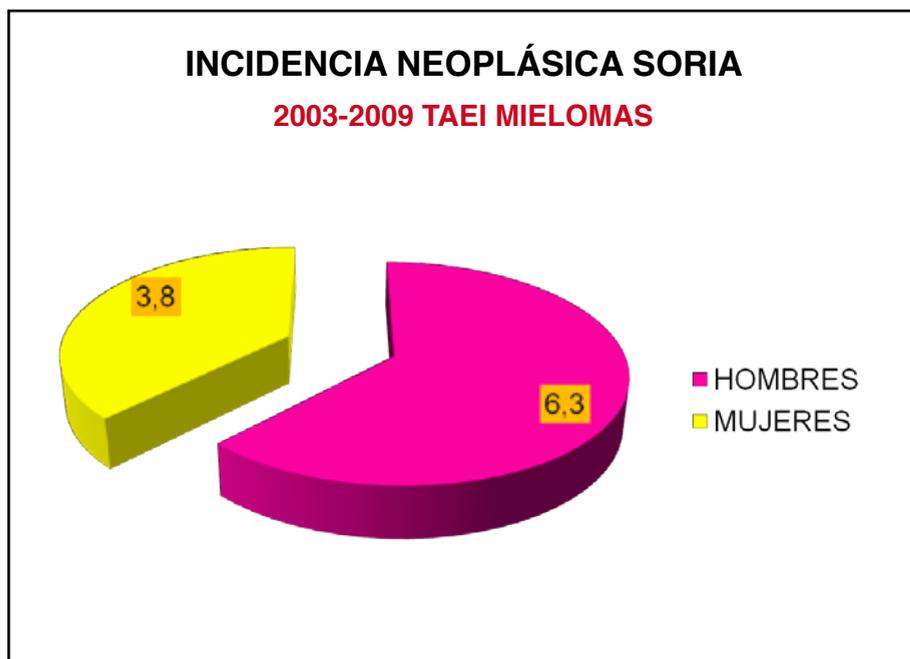


INCIDENCIA NEOPLÁSICA SORIA
2003-2009 TAEI OROFARINGE



INCIDENCIA NEOPLÁSICA SORIA
2003-2009 TAEI LEUCEMIAS





INCIDENCIA NEOPLÁSICA EN SORIA 1981-2009 Número de TUMORES POR LOCALIZACIONES HOMBRES

Localización	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-1999	2000-2002	2003-2009	1981-2009
Labio, Cavidad Oral, Faringe	12	33	41	45	39	87	257
Glándula Salivar	3	3	3	4	4	6	23
Esófago	16	13	15	18	6	18	86
Estómago	128	174	156	106	57	137	758
Colon Recto-sigma-ano	73	140	161	128	103	306	911
Hígado	6	4	22	18	16	35	101
Vesícula Biliar	3	3	2	5	7	16	36
Páncreas	5	14	14	3	12	22	70
Nasales	5	3	8	6	4	3	29
Laringe	56	62	59	46	35	64	322
Tráquea-bronquios-Pulmones	84	139	128	118	34	207	710
Hueso	2	2	3	2	1	4	14
Partes Blandas	8	6	10	10	7	11	52
Piel No Melanomas No Basocelulares	35 Nv	153	368	465	365	512	1898
Melanomas	2 Nv	4	18	19	17	50	110
Tiroides	1	2	6	2	4	8	23
Vejiga Urinaria	79	129	163	175	120	410	1076
Riñón Y Vías Urinarias	13	14	18	12	23	47	127
Snc – Encéfalo	14	25	4 Nv	3 Nv	9	18	66
Ojo Y Anejos Oculares	2	12	6	2	3	1	26
Linfomas – Mielomas	28	47	56	40	36	82	289
Leucemias Y Otros					37		195
Linfoproliferativos	27	31	34	19		47	
Próstata	82	103	151	144	192	578	1250
Testículo	3	4	5	9	7	12	40
Mama Masculina	0	1	1	0	0	1	3
Otras Localizaciones	53	60	83	40	43	85	364
Total Tumores	740	1181	1531	1436	1181	2767	8836

INCIDENCIA NEOPLÁSICA EN SORIA 1981-2009 Número de TUMORES POR LOCALIZACIONES

MUJERES

Localización	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-1999	2000-2002	2003-2009	1981-2009
Orofaringe	2	4	8	12	9	17	52
Glándula Sal.	0	0	3	0	1	2	6
Esófago	2	3	3	2	1	3	14
Estómago	73	79	104	48	32	73	409
I. Grueso	54	112	110	87	56	175	594
Hígado	3	4	14	8	3	8	40
Vesícula Biliar	15	5	12	5	6	13	56
Páncreas	5	14	6	1	6	10	42
Tiroides	1	7	9	12	8	19	56
Nasales	0	1	7	2	1	1	12
Laringe	1	2	0	1	0	1	5
Tr.Br.Pulmones	8	17	40	22	10	28	125
Piel	35 nv	116	295	375	316	410	1547
Melanomas	5 nv	11	21	23	41	78	179
Hueso	3	1	2	1	2	1	10
Partes Blandas	3	2	5	6	6	11	33
Ojo y Anejos	2	6	3	2	3	2	18
Vejiga Urinaria	19	25	20	25	22	56	167
Riñón y Uréter	6	9	5	5	8	18	51
SNC – Encéfalo	8	16	2	0	3	6	35
Linfomas Miel	15	19	42	41	32	52	201
Leucemias y o. linfoproliferativo	23	36	29	19	35	60	202
Mama	114	158	201	171	122	402	1168
Cervix Uterino	12	17	52	39	31	28	179
Cuerpo de Utero	24	54	33	40	57	75	283
Ovario y Trompas	19	23	22	14	21	48	147
Vulva- Vagina	9	8	13	13	8	8	59
Mal Definidos		158					158
Otros	39	23	67	43	54	66	292
Total Anual	500	930	1128	1017	894	1671	6140

nv no valorable

INCIDENCIA NEOPLÁSICA EN SORIA 1981-2009 Número de TUMORES POR LOCALIZACIONES

HOMBRES + MUJERES

Localización	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-1999	2000-2002	2003-2009	1981-2009
Orofaringe	14	37	49	57	48	104	309
Glándula Sal.	3	3	6	4	5	8	29
Esófago	18	16	18	20	7	21	100
Estómago	201	253	260	154	89	210	1167
I. Grueso	127	252	271	215	159	481	1505
Hígado	9	8	36	26	19	43	141
Vesícula Biliar	18	8	14	10	13	29	92
Páncreas	10	28	20	4	18	32	112
Nasales	5	4	15	8	5	4	41
Laringe	57	64	59	47	35	65	327
Tr.Br.Pulmones	92	156	168	140	44	235	835
Hueso	5	3	5	3	3	5	24
Partes Blandas	11	8	15	16	13	22	85
Piel No M No B	70	269	663	840	681	922	3445
Melanomas	7	15	39	42	58	128	289
Tiroides	2	9	15	14	12	27	79
Vejiga Urinaria	98	154	183	200	142	466	1243
Riñón y Vías Urinarias	19	23	23	17	31	65	178
SNC – Encéfalo	22	41	6	3	12	24	101
Ojo y anejos oculares	4	18	9	4	6	3	44
Linfomas – Mielomas	43	66	98	81	68	134	490
Leucemias y otros	50	67	63	38	72	107	397
Próstata	196	261	352	315	314	980	2418
Testículo	3	4	5	9	7	12	40
Mama	0	1	1	0	0	1	3
Cervix Uterino	12	17	52	39	31	28	179
Cuerpo de Útero	24	54	33	40	57	75	283
Ovario y Trompas	19	23	22	14	21	48	147
Vulva- Vagina	9	8	13	13	8	8	59
Mal definidos	0	158	0	0	0	0	158
Otras localiz.	92	83	150	83	97	151	656
Total	1240	2111	2659	2453	2075	4438	14976

SISTEMAS Y APARATOS NÚMERO Y PORCENTAJE NEOPLÁSICO 1986-1990 / 2003-2009

1986-1990

Sistema	Hombres Nº	%	Mujeres Nº	%
Cabeza Y Cuello	50	4,2	25	2,7
Digestivo	348	29,5	217	23,3
Respiratorio	204	17,3	20	2,2
Piel No Basocelulares	157	13,3	127	13,7
Partes Blandas Y Hueso	8	0,7	3	0,3
Urológicos	246	20,8	34	3,6
Genitales Mama	5	0,4	410 158	44,1
Hematológicos	78	6,6	55	5,9
Snc Y P	25	2,1	16	1,7
Otras	60	5,1	23	2,5
Total	1181	100	930	100

2003-2009

Sistema	Hombres Nº	%	Mujeres Nº	%
Cabeza Y Cuello	111	4,0	38	2,3
Digestivo	534	19,3	282	16,9
Respiratorio	274	9,9	30	1,8
Piel No Basocelulares	562	20,3	488	29,2
Partes Blandas Y Hueso	15	0,5	13	0,8
Urológicos	1035	37,4	74	4,4
Genitales Mama	12	0,4	561 402	33,5
Hematológicos	129	4,7	112	6,7
Snc Y P	18	0,7	6	0,4
Otras	77	2,8	67	4,0
Total	2767	100	1671	100

INCIDENCIA NEOPLÁSICA EN SORIA 1981-2009 PORCENTAJE DE TUMORES POR LOCALIZACIONES HOMBRES

Localización	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-1999	2000-2002	2003-2009	1981-2009
Orofaringe	1,6	2,9	2,7	3,1	3,4	3,1	2,9
Glándula Sal.	0,4	0,3	0,2	0,3	0,4	0,2	0,3
Esófago	2,2	1,1	1,0	1,3	0,5	0,7	1,0
Estómago	17,6	15,2	10,5	7,4	5,0	5,0	8,6
Colon Recto-Sigma-Ano	10,0	12,2	10,8	8,9	9,0	11,1	10,3
Hígado	0,8	0,3	1,5	1,3	1,4	1,3	1,1
Vesícula Biliar	0,4	0,3	0,2	0,3	0,6	0,6	0,4
Páncreas	0,7	1,2	0,9	0,2	1,1	0,8	0,8
Nasales	0,7	0,3	0,5	0,4	0,4	0,1	0,3
Laringe	7,7	5,4	3,9	3,2	3,1	2,3	3,6
Tráquea-Bronquios-Pulmones	11,5	12,1	8,6	8,2	3,0	7,5	8,0
Hueso	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2
Partes Blandas	1,1	0,5	0,8	0,7	0,6	0,4	0,6
Piel No M /B	4,8	13,3	24,6	32,4	32,0	18,5	21,5
Melanomas	0,3	0,3	1,2	1,3	1,5	1,8	1,2
Tiroides	0,1	0,2	0,4	0,1	0,4	0,3	0,3
Vejiga Urinaria	10,9	11,2	10,9	12,2	10,5	14,8	12,2
Riñón y Vías Urinarias	1,8	1,2	1,2	0,8	2,0	1,7	1,4
SNC – Encéfalo	1,9	2,2	2,2	0,2	0,8	0,7	0,8
Ojo y anejos oculares	0,3	1,0	0,4	0,1	0,3	0	0,3
Linfomas – Mielomas	3,8	4,1	3,2	2,8	3,2	3	3,3
Leucemias y otros	3,7	2,7	2,2	1,3	3,2	1,7	2,2
Próstata	11,3	9,0	10,0	10,0	16,8	20,9	14,1
Testículo	0,4	0,3	0,3	0,6	0,6	0,4	0,5
Mama Masculina	0,0	0,1	0,1	0	0,0	0	0,0
Otras localizaciones	7,3	5,2	4,2	2,8	3,8	3,1	4,1
	100	100	100	100	100	100	100
Total	740	1181	1531	1436	1181	2767	8836

**INCIDENCIA NEOPLÁSICA EN SORIA 1981-2009
PORCENTAJE DE TUMORES POR LOCALIZACIONES
MUJERES**

Localización	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-1999	2000-2002	2003-2009	1981-2009
Labio, Cavidad Oral, Faringe	0,4	0,4	0,7	1,2	1,0	1,0	0,8
Glándula Salivar	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1	0,1	0,1
Esófago	0,4	0,3	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2
Estómago	14,6	8,5	9,2	4,7	3,6	4,4	6,7
Colon Recto Sigma Ano	10,8	12,0	9,8	8,6	6,3	10,5	9,7
Hígado	0,6	0,4	1,2	0,8	0,3	0,5	0,7
Vesícula Biliar	3,0	0,5	1,1	0,5	0,7	0,8	0,9
Páncreas	1,0	1,5	0,5	0,1	0,7	0,6	0,7
Tiroides	0,2	0,8	0,8	1,2	0,9	1,1	0,9
Nasales	0,0	0,1	0,6	0,2	0,1	0,1	0,2
Laringe	0,2	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
Tráquea-Bronquios-Pulmones	1,6	1,8	3,5	2,2	1,1	1,7	2,0
Piel	7,0	12,5	26,2	36,9	35,3	24,5	25,2
Melanomas	1,0	1,2	1,9	2,3	4,6	4,7	2,9
Hueso	0,6	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2
Partes Blandas	0,6	0,2	0,4	0,6	0,7	0,7	0,5
Ojo y Anejos Oculares	0,4	0,6	0,3	0,2	0,3	0,1	0,3
Vejiga Urinaria	3,8	2,7	1,8	2,5	2,5	3,4	2,7
Riñón y Uréter	1,2	1,0	0,4	0,5	0,9	1,1	0,8
SNC – Encéfalo	1,6	1,7	0,2	0,0	0,3	0,4	0,6
Linfomas – Mielomas	3,0	2,0	3,7	4,0	3,6	3,1	3,3
Leucemias y otros linfoproliferativos	4,6	3,9	2,6	1,9	3,9	3,6	3,3
Mama	22,8	17,0	17,8	16,8	13,6	24,1	19,0
Cervix Uterino	2,4	1,8	4,6	3,8	3,5	1,7	2,9
Cuerpo de Utero	4,8	5,8	2,9	3,9	6,4	4,5	4,6
Ovario y Trompas	3,8	2,5	2,0	1,4	2,3	2,9	2,4
Vulva- Vagina	1,8	0,9	1,2	1,3	0,9	0,5	1,0
Mal Definidos	0,0	17,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6
Otros	7,8	2,5	5,9	4,2	6,0	3,9	4,8
	100	100	100	100	100	100	100
Total Anual	500	930	1128	1017	894	1671	6140

**INCIDENCIA NEOPLÁSICA EN SORIA 1981-2009
PORCENTAJE DE TUMORES POR LOCALIZACIONES
HOMBRES + MUJERES**

Localizacion	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-1999	2000-2002	2003-2009	1981-2009
Labio, Cavidad Oral, Faringe	1,1	1,8	1,8	2,3	2,3	2,3	2,1
Glándula Salivar	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Esófago	1,5	0,8	0,7	0,8	0,3	0,5	0,7
Estómago	16,2	12,0	9,8	6,3	4,3	4,7	7,8
Colon Recto-sigma-ano	10,2	11,9	10,2	8,8	7,7	10,8	10,0
Hígado	0,7	0,4	1,4	1,1	0,9	1,0	0,9
Vesícula Biliar	1,5	0,4	0,5	0,4	0,6	0,7	0,6
Páncreas	0,8	1,3	0,8	0,2	0,9	0,7	0,7
Nasales	0,4	0,2	0,6	0,3	0,2	0,1	0,3
Laringe	4,6	3,0	2,2	1,9	1,7	1,5	2,2
Tráquea-bronquios-Pulmones	7,4	7,4	6,3	5,7	2,1	5,3	5,6
Hueso	0,4	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2
Partes Blandas	0,9	0,4	0,6	0,7	0,6	0,5	0,6
Piel No M. No B	5,6	12,7	24,9	34,2	32,8	20,8	23,0
Melanomas	0,6	0,7	1,5	1,7	2,8	2,9	1,9
Tiroides	0,2	0,4	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5
Vejiga Urinaria	7,9	7,3	6,9	8,2	6,8	10,5	8,3
Riñón Y Vías Urinarias	1,5	1,1	0,9	0,7	1,5	1,5	1,2
Snc – Encéfalo	1,8	1,9	0,2	0,1	0,6	0,5	0,7
Ojo Y Anejos Oculares	0,3	0,9	0,3	0,2	0,3	0,1	0,3
Linfomas Mielo	3,5	3,1	3,7	3,3	3,3	3,0	3,3
Leucemias y otros linfoproliferativos	4,0	3,2	2,4	1,5	3,5	2,4	2,7
Próstata	15,8	12,4	13,1	12,8	15,1	22,1	16,1
Testículo	0,2	0,2	0,2	0,4	0,3	0,3	0,3
Mama	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cervix Uterino	1,0	0,8	2,0	1,6	1,5	0,6	1,2
Cuerpo De Utero	1,9	2,6	1,2	1,6	2,7	1,7	1,9
Ovario Trompas	1,5	1,1	0,8	0,6	1,0	1,1	1,0
Vulva- Vagina	0,7	0,4	0,5	0,5	0,4	0,2	0,4
Mal Definidos	0,0	7,5	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1
Otras Localizaciones	7,4	3,9	5,5	3,3	4,7	3,4	4,4
Total	100,0						

INCIDENCIA NEOPLÁSICA EN SORIA 1981-2009
PORCENTAJE DE TUMORES POR LOCALIZACIONES
HOMBRES + MUJERES SIN PIEL

Localizacion	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-1999	2000-2002	2003-2009	1981-2009
Orofaringe	1,2	2,0	2,5	3,5	3,4	3,0	2,7
Glándula Sal	0,3	0,2	0,3	0,2	0,4	0,2	0,3
Esófago	1,5	0,9	0,9	1,2	0,5	0,6	0,9
Estómago	17,2	13,7	13,0	9,5	6,4	6,0	10,1
I. Grueso	10,9	13,7	13,6	13,3	11,4	13,7	13,1
Hígado	0,8	0,4	1,8	1,6	1,4	1,2	1,2
Vesícula B	1,5	0,4	0,7	0,6	0,9	0,8	0,8
Páncreas	0,9	1,5	1,0	0,2	1,3	0,9	1,0
Nasales	0,4	0,2	0,8	0,5	0,4	0,1	0,4
Laringe	4,9	3,5	3,0	2,9	2,5	1,8	2,8
Tr.Br.Pulmones	7,9	8,5	8,4	8,7	3,2	6,7	7,2
Hueso	0,4	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1	0,2
P. Blandas	0,9	0,4	0,8	1,0	0,9	0,6	0,7
Melanomas	0,6	0,8	2,0	2,6	4,2	3,6	2,5
Tiroides	0,2	0,5	0,8	0,9	0,9	0,8	0,7
Vejiga U.	8,4	8,4	9,2	12,4	10,2	13,3	10,8
Riñón Y V.u.	1,6	1,2	1,2	1,1	2,2	1,8	1,5
SnC Encéfalo	1,9	2,2	0,3	0,2	0,9	0,7	0,9
Ojo Y Anejos	0,3	1,0	0,5	0,2	0,4	0,1	0,4
Linfomas – Mielomas	3,7	3,6	4,9	5,0	4,9	3,8	4,2
Leucemias y otros linfoproliferativos	4,3	3,6	3,2	2,4	5,2	3,0	3,4
Próstata	16,8	14,2	17,6	19,5	22,5	27,9	21,0
Testículo	0,3	0,2	0,3	0,6	0,5	0,3	0,3
Mama	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Cervix	1,0	0,9	2,6	2,4	2,2	0,8	1,6
Cuerpo Útero	2,1	2,9	1,7	2,5	4,1	2,1	2,5
Ovario Y Tr.	1,6	1,2	1,1	0,9	1,5	1,4	1,3
Vulva- Vagina	0,8	0,4	0,7	0,8	0,6	0,2	0,5
Mal Definidos	0,0	8,6	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4
Otras	7,9	4,5	7,5	5,1	7,0	4,3	5,7
Total	100,0						

INCIDENCIA NEOPLÁSICA EN SORIA 1981-2009
TBI por localizaciones
HOMBRES

Localización	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-1999	2000-2002	2003-2009
Labio, Cavidad Oral, Faringe	4,4	13,5	17	24	22,6	27,2
Glándula Salivar	3	1,2	1,2	1,1	1,5	1,9
Esófago	6	4,9	6,1	10	7,8	5,6
Estómago	59,1	78,3	73	56	41,6	42,9
Colon Recto-Sigma-Ano	27,5	55,7	67	68	75,2	95,8
Hígado	2,4	1,6	9	10	8,9	11
Vesícula Biliar	1,2	1,2	0,8	3	3,4	5
Páncreas	2,2	5,7	6	2	6,8	6,9
Nasales	2	0,8	2,4	1,4	1,2	0,9
Laringe	21,5	25,4	25	24	22,3	20
Tráquea-Bronquios-Pulmones	33,1	57	54,2	63	24,8	64,8
Hueso	0,8	0,8	0,7	0,3	0,4	1,3
Partes Blandas	2,4	2,4	4	5	4,1	3,4
Tiroides	0,4	0,8	3	1	2,7	2,5
Vejiga Urinaria	32,7	52,9	69	93	87,6	128,3
Riñón y Vías Urinarias	5,2	5,7	7,6	6	13,8	14,7
SNC – Encéfalo	2,8	10,2	2,0 nv	2,0 nv	4,9	5,6
Ojo y anejos oculares	0,8	4,1	2,8	0,8	0,9	0,8
Linfomas	5,3	13,9	18	15	16,1	37,7
Mielomas	6	5,3	5	4,9	7,6	8,4
Leucemias	10,8	12,7	14	10	13,1	33,7
Próstata	31,9	42,2	64	76	140,2	180,9
Testículo	1,6	1,6	1,9	5	3,5	3,8
Piel	13,9 nv	131,1	156	246	103,2* sin basoc	106,1 sin basocres
Melanomas	0,8 nv	1,8	7,6	10	11	15,6
Total Anual	295,5	542,4	649	761	620,1	836,2

nv: no valorable

INCIDENCIA NEOPLÁSICA EN SORIA 1981-2009

TAMI por localizaciones

HOMBRES

Localización	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-1999	2000-2002	2003-2009
Labio, Cavidad Oral, Faringe	2,9	7,6	9,6	13,4	11	11.4
Glándula Salivar	1	1,2	0,5	0,5	0,7	0.5
Esófago	3,9	2,8	3,8	5,5	3,5	2.5
Estómago	32,3	36,3	30,5	24,9	16.5	16.4
Colon Recto-Sigma-Ano	13,1	27,6	27,8	29,2	31.5	34.9
Hígado	1,5	1,1	4,5	4,5	4,1	4.7
Vesícula Biliar	0,6	0,3	0,3	1,2	1,6	2.2
Páncreas	1,2	2,7	3,4	1	2	2.5
Nasales	1,4	0,3	2	1,4	0,6	0.4
Laringe	13,8	16,4	14,9	14,6	12,3	11.2
Tráquea-Bronquios-Pulm.	20,1	31,5	27,4	31	13,6	28.1
Hueso	1,1	0,8	0,4	0,2	0,2	0.6
Partes Blandas	1,6	2,1	2,4	2,7	2,5	1.2
Piel	n.v.	61,5	68,2	109,3	107,6	31.1
Melanomas		1	4,1	4,4	4,5	6.8
Tiroides	0,1	0,6	2	1,2	1,3	1.2
Vejiga Urinaria	17,7	26,1	32,3	47,6	37.9	51.4
Riñón y Vías Urinarias	3,2	3,1	4,4	5,4	5,6	6.2
SNC – Encéfalo	2,2	9,8	1,3 nv	1,2 nv	2,1	3.0
Ojo y anejos oculares	0,5	1,8	1	0,5	0,6	0.4
Linfomas	12,6	16,8	9,7	7,6	7,9	9.8
						L H 1.8
						L N H 7.4
Mielomas	2,9	2,7	2,4	2,3	3,2	3.7
Leucemias y otros linfoproliferativos	5,6	6,5	5,9	4,8	9,9	7.6
						Agudas 3.3
						S L Crs 4.1
Próstata	13,5	16,4	22,3	28,7	51.6	61.9
Testículo	2,2	2,4	1,3	4,3	2,5	2.8
Mama		0.1	0.1			0.1
Total Anual	153,4	279,6	302,4	359,8	349,6	299.8
TOTAL ANUAL SIN PIEL	153,4	218,1	234,2	250,5	242	268,7

INCIDENCIA NEOPLÁSICA EN SORIA 1981-2009

Décadas de mayor incidencia por localizaciones

HOMBRES

Localización	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-1999	2000-2002	2003-2009
Labio, Cavidad Oral, Faringe	40-49	50-59	60-69	60-69	60-69	70-79 80>
Glándula Salivar	Nv	Nv	Nv	Nv	70-79	>80
Esófago	50-59	60-69	60-69	40-49	50-59	70-79 80>
Estómago	60-69	70-79	60-69	60-69	70-79	70-79 80>
Colon Recto-Sigma-Ano	60-69	60-69	60-69	70-79	70-79	70-79
Hígado	60-69	60-69	60-69	60-69	60-69	70-79 80>
Vesícula Biliar	Nv	Nv	Nv	70-79	70-79	70-79 80>
Páncreas	50-59	60-69	50-59	60-69	50-59	70-79 80>
Nasales	Nv	Nv	60-69	Nv	Nv	70-79
Laringe	60-69	60-69	50-59	60-69	50-59	60-69
Tráquea-Bronquios-Pulmones	60-69	60-69	60-69	60-69	70-79	70-79
Hueso	30-39	50-59	Nv	Nv	Nv	Nv
Partes Blandas	60-69	40-49	70-79	70-79	60-79	70-79 80>
Piel	60-69	60-69	60-69	60-69	70-79	80>
Melanomas		60-69	20-29	40-49/70-79	60-69	70-79 80>
Tiroides	70-79	40-49	Nv	Nv	Nv	40-59 80 >
Vejiga Urinaria	60-69	60-69	50-79	60-69	70-79	70-79
Riñón y Vías Urinarias	50-59	60-69	60-69	50-59	60-69	80>
SNC – Encéfalo	50-60	40-50	Nv	Nv	Nv	60-79 y 80>
Ojo y anejos oculares	Nv	70-79	60-69	Nv	Nv	Nv
Linfomas	50-59	60-69	60-69	50-59	60-69	50-59 70-79
Leucemias	60-69	60-69	60-69	60-69	60-69	60-69
Mielomas	60-69	70-79	70-79	70-79	70-79	70-79
Próstata	70-79	70-79	70-79	70-79	70-79	70-79
Testículo	20-29	30-39	20-29	40-49	30-39	30-39
Total Anual	60-69	60-69	60-69	60-69	60-79	60-69

INCIDENCIA NEOPLÁSICA EN SORIA 1981-2009

TBI por localizaciones

MUJERES

Localización	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-1999	2000-2002	2003-2009
Labio, Cavidad Oral, Faringe	0,8	1,6	3	6	19,2	5,4
Glándula Salivar	0	0	1,2	0	0,5	0,6
Esófago	0,4	1,2	1,1	1	0,5	0,9
Estómago	28,4	31,4	45,2	25	23,5	23
Colon Recto Sigma Ano	17,8	42	46	44	41,2	55,2
Hígado	1,2	1,6	6	4	2,8	2,5
Vesícula Biliar	6,7	2	5	3	4,2	4,1
Páncreas	0,8	4,1	2,6	1	2,9	3,2
Tiroides	0,4	2,9	4	6	2,3	6
Nasales	0	0,4	3	0,2	0,7	0,3
Laringe	0,4	0,8	0	1	0,3	0,3
Tráquea-Bronquios-Pulmones	2,7	6,9	16,9	12	7,4	8,8
Piel	n.v.	77,2	125	198,0	201,6	73,5 sin basocls
Melanomas	2	4,4	8,8	12	17,1	24,6
Hueso	1,2	0,4	0,7	0,2	0,8	0,3
Partes Blandas	1,2	0,8	2	3	3,1	3,5
Ojo y Anejos Oculares	0,8	2,9	1	0,8	1,5	
Vejiga Urinaria	6,3	10,2	8	13	15,2	17,7
Riñón y Vías Urinarias	1,6	3,7	2,2	3	6,1	5,7
SNC – Encéfalo	2	6,5	1,0 nv	0,0 nv	0,8	1,9
Linfomas	5,9	7,8	15	16	11,8	
Mielomas	3,2	2,9	5	5	4,8	4,7
Leucemias	5,6	11,8	12	10	14,2	
Mama	45,4	64,6	85	90	89,8	126,8
Cervix Uterino	5,1	6,9	22	21	22,8	8,8
Cuerpo de Útero	9,9	22,1	14	21	41,9	23,7
Ovario y Trompas	6,7	9,4	9	7	15,5	15,1
Vulva- Vagina	2,7	4,5	5	7	2,4	2,5
Total Anual	195,5	337,5	467	525	498,3	530,4

nv: no valorable

INCIDENCIA NEOPLÁSICA EN SORIA 1981-2009

TAMI por localizaciones

MUJERES

Localización	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-1999	2000-2002	2003-2009
Labio, Cavidad Oral, Faringe	0,7	0,6	1,8	2	3,1	1,67
Glándula Salivar	0	0	0,4	0	0,3	0,4
Esófago	0,4	0,3	0,4	0,5	0,6	0,6
Estómago	12,3	14,1	15,5	9,5	7,3	11,6
Colon Recto Sigma Ano	9,8	19,2	17,7	17,6	15,4	21,3
Hígado	0,4	0,6	1,8	1,2	0,5	0,6
Vesícula Biliar	2,9	0,8	2	0,7	0,8	0,8
Páncreas	0,1	1,5	0,9	0,2	0,8	1,1
Tiroides	0,3	2,3	3,1	5,1	3,1	4,3
Nasales	0	0,1	1,6	0,1	0,2	0,1
Laringe	0,2	0,4	0	0,7	0	0,3
Tráquea-Bronquios-Pulmones	1,5	1,6	6,5	6,2	4,2	2,8
Piel	n.v.	36,1	53,1	77,4	81,6	17,1
Melanomas	nv	2,2	5,4	6	10,2	11,2
Hueso	1	0,1	0,4	0,1	0,2	0,1
Partes Blandas	0,5	1,7	1,3	1,3	1,6	1,6
Ojo y Anejos Oculares	0,4	1	0,5	0,4	1,1	0,1
Vejiga Urinaria	1,8	3,5	4,8	5,4	5,5	5,4
Riñón y Vías Urinarias	1,2	2,4	0,9	2,2	2,3	1,9
SNC – Encéfalo	0,7	7,4	0,3 nv	0,0 nv	1,2	0,9
Linfomas	9	11,4	9,5	7,6	8,3	7,5
Mielomas	1,2	1	2,3	2,1	2,9	2,7
Leucemias	2,9	5,3	5,9	5	8,4	6,6
Mama	29,4	41,1	54,1	55,8	45,9	58,9
Cervix Uterino	2,8	7,1	17,8	19,1	18,9	4,8
Cuerpo de Útero	5,1	11,4	7,5	10,4	24	11,1
Ovario y Trompas	5,5	6,7	6,4	4,4	9,3	8,2
Vulva- Vagina	1	2	2,6	3	2,9	0,8
Total Anual	101,7	176,8	232,4	248,8	229,8	184,5
TOTAL ANUAL SIN PIEL	101,7	140,7	179,3	171,4	148,2	173,3

Décadas DE MAYOR INCIDENCIA POR LOCALIZACIONES

MUJERES

Localización	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-1999	2000-2002	2003-2009
Labio, Cavidad Oral, Faringe	50-59	60-69	60-69	70-79	70-79	70-79
Glándula Salivar	Nv	Nv	Nv	Nv	Nv	Nv
Esófago	Nv	Nv	Nv	Nv	Nv	50-59
Estómago	60-69	40-49	60-69	60-69	70-79	60-69
Colon Recto Sigma Ano	40-49	60-69	60-69-79	60-69	70-79	70-79
Hígado	60-69	60-69	60-69	60-69	60-69	>80
Vesícula Biliar	70-79	60-69	70-79	70-79	70-79	70-90
Páncreas	70-79	60-69	60-69	70-79	70-79	>80
Tiroides	40-49	20-29	40-49	30-39	40-49	70-90
Nasales	Nv	Nv	Nv	Nv	Nv	70-90
Laringe	Nv	Nv	Nv	Nv	Nv	Nv
Tráquea-Bronquios-Pulmones	60-69	70-79	60-69	60-69	70-79	70-90
Piel	60-69	60-69	60-69	60-69	70-79	80>
Melanomas		60-69	60-69	30-39		70-79
Hueso	30-39	70-79	Nv	Nv	Nv	
Partes Blandas	60-69	20-29	Nv	70-79	70-79	70-79
Ojo y Anejos Oculares	Nv	70-79	60-69	Nv	Nv	Nv
Vejiga Urinaria	70-79	50-59-69	40-49	60-69-79	70-79	>80
Riñón y Vías Urinarias	50-59	60-69	60-69	60-69	60-69	>80
SNC – Encéfalo	50-59	50-59	Nv	Nv	60-69	50-59/70-79
Linfomas	60-69	50-59	40-49	60-69	60-69	70-90
Mielomas	70-79	50-59	60-69	60-69	70-79	50-59/70-79
Leucemias	60-69	50-59	60-69	60-69	70-79	70-79 y >80
Mama	50-59-69	40-49	40-49	40-49/60-69	70-79	>80
Cervix Uterino	60-69	30-39	30-39	30-39	30-39	70-79
Cuerpo de Útero	60-69	50-59	60-69	60-69	60-69	70-79
Ovario y Trompas	50-59	40-49	50-59	40-49	40-49	70-79
Vulva- Vagina	60-69	60-69	60-69	60-69	70-79	>80
Total Anual	60-69	60-69	60-69	60-69	70-79	>80

nv: no valorable

DIFERENCIA TAMIs. HOMBRES

	TA INC	TA INC	TA INC	INCREMENT.	INCREMENT.
Localización HOMBRES	1981-1985	1986-1990	2003-2009	Incremento % 1981-2009	Incremento % 1986 2009
Labio, Cavidad Oral, Faringe	2,9	7,6	11,4	293,1	131,0
Glándula Salivar	1	1,2	0,5	-50,0	-58,3
Esófago	3,9	2,8	2,5	-35,9	-10,7
Estómago	32,3	36,3	16,4	-49,2	-54,8
Colon Recto-Sigma-Ano	13,1	27,6	34,9	166,4	26,4
Hígado	1,5	1,1	4,7	213,3	327,3
Vesícula Biliar	0,6	0,3	2,2	266,7	633,3
Páncreas	1,2	2,7	2,5	108,3	-7,4
Nasales	1,4	0,3	0,4	-71,4	33,3
Laringe	13,8	16,4	11,2	-18,8	-31,7
Tráquea-Bronquios-Pulmones	20,1	31,5	28,1	39,8	-10,8
Hueso	1,1	0,8	0,6	-45,5	-25,0
Partes Blandas	1,6	2,1	1,2	-25,0	-42,9
Piel	n.v.	61,5	31,1	nv	-49,4
Melanomas		1	6,8	nv	580,0
Tiroides	0,1	0,6	1,2	1100,0	100,0
Vejiga Urinaria	17,7	26,1	51,4	190,4	96,9
Riñón y Vías Urinarias	3,2	3,1	6,2	93,8	100,0
SNC – Encéfalo	2,2	9,8	3	36,4	-69,4
Ojo y anejos oculares	0,5	1,8	0,4	-20,0	-77,8
Linfomas	12,6	16,8	9,8	-22,2	-41,7
Mielomas	2,9	2,7	3,7	27,6	37,0
Leucemias y otros linfoproliferativos	5,6	6,5	7,6	35,7	16,9
Próstata	13,5	16,4	61,9	358,5	277,4
Testículo	2,2	2,4	2,8	27,3	16,7
Mama		0,1	0,1	nv	0,0
Total Anual	153,4	279,6	299,8	95,4	7,2

nv: no valorable

DIFERENCIA TAMIs. MUJERES

	TA INC	TA INC	TA INC	INCREMENTEN.	INCREMENTEN.
Localización MUJERES	1981- 1985	1986- 1990	2003- 2009	incremento % 1981-2009	Incremento % 1986 2009
Labio, Cavidad Oral, Faringe	0,7	0,6	1,67	138,6	178,3
Glándula Salivar	0	0	0,4	nv	nv
Esófago	0,4	0,3	0,6	50,0	100,0
Estómago	12,3	14,1	11,6	-5,7	-17,7
Colon Recto Sigma Ano	9,8	19,2	21,3	117,3	10,9
Hígado	0,4	0,6	0,6	50,0	0,0
Vesícula Biliar	2,9	0,8	0,8	-72,4	0,0
Páncreas	0,1	1,5	1,1	1000,0	-26,7
Tiroides	0,3	2,3	4,3	1333,3	87,0
Nasales	0	0,1	0,1	nv	0,0
Laringe	0,2	0,4	0,3	50,0	-25,0
Tráquea-Bronquios-Pulmones	1,5	1,6	2,8	86,7	75,0
Piel	n.v.	36,1	17,1	nv	-52,6
Melanomas	nv	2,2	11,2	nv	409,1
Hueso	1	0,1	0,1	-90,0	0,0
Partes Blandas	0,5	1,7	1,6	220,0	-5,9
Ojo y Anejos Oculares	0,4	1	0,1	-75,0	-90,0
Vejiga Urinaria	1,8	3,5	5,4	200,0	54,3
Riñón y Vías Urinarias	1,2	2,4	1,9	58,3	-20,8
SNC – Encéfalo	0,7	7,4	0,9	28,6	-87,8
Linfomas	9	11,4	7,5	-16,7	-34,2
Mielomas	1,2	1	2,7	125,0	170,0
Leucemias	2,9	5,3	6,6	127,6	24,5
Mama	29,4	41,1	58,9	100,3	43,3
Cervix Uterino	2,8	7,1	4,8	71,4	-32,4
Cuerpo de Útero	5,1	11,4	11,1	117,6	-2,6
Ovario y Trompas	5,5	6,7	8,2	49,1	22,4
Vulva- Vagina	1	2	0,8	-20,0	-60,0
Total Anual	101,7	176,8	184,5	81,4	4,3

nv: no valorable

**INCIDENCIA NEOPLÁSICA EN SORIA 2003-2009
TAEI POR LOCALIZACIONES**

Localización	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
Labio, Cavidad Oral, Faringe	27.2	5.4	16.3
Glándula Salivar	1.2	0.5	0.8
Esófago	4.3	0.8	2.4
Estómago	30.9	17.9	23.4
Colon Recto-Sigma-Ano	68.7	36.2	50.6
Hígado	8.4	1.3	4.6
Vesícula Biliar	3.7	2	2.8
Páncreas	5	2	3.4
Nasales	0.7	0.2	0.4
Laringe	17.3	0.3	8.6
Tráquea-Bronquios-Pulmones	49.8	5.4	26.5
Hueso	1	0.2	0.5
Partes Blandas	2.4	2.4	2.3
Piel sin basocelulares Melanomas	71.8 11.9	36.9 17.7	52.1 14.6
Tiroides	1.9	5	3.4
Vejiga Urinaria	94.8	10	49.8
Riñón y Vías Urinarias	10.9	3.4	6.9
SNC – Encéfalo	4.6	1.5	2.9
Ojo y anejos oculares	0.2	0.2	0.2
Linfomas	13.7	7.9	10.8
Mielomas	6.3	3.8	4.9
Leucemias	11.9	9.7	10.7
Próstata	128.1	0	58.4
Testículo	3.3	0	1.7
Mama	0.2	90.4	46.2
Cervix Uterino	0	6.81	3.4
Cuerpo de Útero	0	17.3	8.9
Ovario y Trompas	0	11.6	5.8
Vulva- Vagina	0	1.5	0.8

nv: no valorable

INCIDENCIA NEOPLÁSICA EN SORIA 1981-2009
RAZON INTERSEXOS POR LOCALIZACIONES
HOMBRES/ MUJERES

Localización	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-1999	2000-2002	2003-2009
Labio, Cavidad Oral, Faringe	4,4	11,9	5	3,8	4,3	5.1
Glándula Salivar	Nv	Nv	Nv	Nv	Nv	3.0
Esófago	9,7	9,3	5	9	6	6.0
Estómago	2,6	2,7	1,5	1,6	1,7	1.9
Colon Recto Sigma Ano	1,3	1,4	1,5	1,5	1,8	1.7
Hígado	3,8	1,8	1,6	2,3	5,3	4.4
Vesícula Biliar	0,2	0,4	0,2	1	1	1.2
Páncreas	9,4	1,9	2,2	3	2	2.2
Tiroides	1	0,3	0,7	0,2	0,5	0.4
Nasales	Nv	Nv	1,1	3	Nv	3.0
Laringe	72,5	37,2	Todos H	46	35 Todos H	64 1 mujer
Tráquea-Bronquios-Pulmónes	13,1	19,4	3,2	5,4	4,4	7.4
Piel	Nv	1,3	1,2	1,2	1,2	1.5
Melanomas		0,4	0,8	0,8	0,4	0.65
Hueso	Nv	Nv	Nv	Nv	Nv	4.0 Nv
Partes Blandas	Nv	Nv	Nv	Nv	1,1	1.0
Ojo y Anejos Oculares	1,1	1,7	2	1	1	1.0
Vejiga Urinaria	9,8	7,4	8	7	5,5	7.3
Riñón y Vías Urinarias	2	1,7	3,6	2,4	2,9	2.6
SNC – Encéfalo	Nv	Nv	Nv	Nv	3	3.0
Linfomas	0,9	1,8	1,2	0,9	1.2	1.9
Leucemias y otros linfoproliferativos	1,9	1,2	1,2	1	1.0	1.5
Mielomas	2,4	2,7	1	0,9	1.2	1.8
Total Anual	1,5	1,6	1,4	1,4	1,3	1.6

nv: no valorable

INCIDENCIA NEOPLÁSICA EN SORIA 2003-2009
EDAD MEDIA POR LOCALIZACIONES

Localización 2003-2009	Hombres	Rango Etario	Mujeres	Rango Etario
Labio, Cavidad Oral, Faringe	58,2	33-81	70,1	60-88
Glándula Salivar	83,5	79-88	71,3	61-82
Esófago	69,3	55-81	70	50-90
Estómago	66,5	34-93	75,4	42-91
Colon Recto Sigma Ano	72,6	37-95	70,8	42-90
Hígado	70,4	47-83	75,2	52-89
Vesícula Biliar	62,1	29-87	70,2	61-82
Páncreas	69,9	48-88	71,1	56-86
Tiroides	64,7	47-87	44,4	17-85
Nasales	72	60-78	-----	-----
Laringe	60,3	43-87	-----	-----
Tráquea-bronquios-Pulmones	67,2	42-85	62	52-77
Piel	73,1	25-101	76	34-105
Melanomas	65,1	25-90	67,4	23- 96
Hueso	60,1	39-82	82	Unico
Partes Blandas	62,1	33-90	61,6	27-89
Ojo Y Anejos Oculares				
Vejiga Urinaria	72,8	47-93	75	39-100
Riñón Y Vías Urinarias	69,8	48-89	67,8	46-90
Snc – Encéfalo	59,1	18-88	64	52-83
Linfomas No Hodgkin	52,6	26-88	70,7	55-82
Linfomas De Hodgkin	58,4	19-93	80,5 Nv	80-81
Leucemias Agudas	63,4	32-75	65,0	35-83
Síndromes Linfoproliferativos Crónicos	74,2	68-82	73,1	48-87
Síndromes Displásicos Smd Y Smp Crónicos	79,3 / 74,7	52-91	79,7 / 71,9	54-90
Mielomas	69,8	46-88	66,9	44-89
Cuello De Útero Totales			49,0	20-99
Infiltrantes			45,4	24-88
In Situ			41,8	20-99
Endometrio			71,2	39-75
Ovario-trompa			62,6	46-89
Vulva-vagina			76,3	71-87
Mama			69,4	33-95
Testículo	57,5	25-88		
Próstata	69,5	42-86		
Peritoneo	61,1		67,5	
Totales	68,8	18-101	69,7	17-105

INCIDENCIA NEOPLÁSICA EN SORIA DISTRIBUCION EN MEDIOS URBANO Y RURAL 1981-2009

Localización	Urbano /Rural
Oral Labio Faringe	Urbano = Rural
Esófago	Urbano = Rural
Estómago	Rural >Urbano
Intestino Grueso	Urbano = Rural
Higado	Urbano = Rural
Vesicula Biliar	Urbano = Rural
Páncreas	Urbano = Rural
Laringe	Urbano>Rural S.E.
Pulmón Pleura	Urbano > Rural S.E.
Piel No Melanomas	Rural > Urbano
Piel Melanomas	Urbano > Rural
Mama	Urbano > Rural
Cuello De Utero	Urbano > Rural
Cuerpo Uterino	Urbano = Rural
Ovario	Urbano = Rural
Vulva Vagina	Urbano = Rural
Próstata	Urbano > Rural S.E.
Vejiga Urinaria	Urbano > Rural S.E.
Riñon Y Vías Urinarias	Urbano = Rural
S.N.C.	Rural > Urbano N.V.
Tiroides	Urbano = Rural
Hematológicos	Urbano = Rural
Total Neoplasias	Urbano > Rural

n.v.: no valorable

s.e. significación estadística

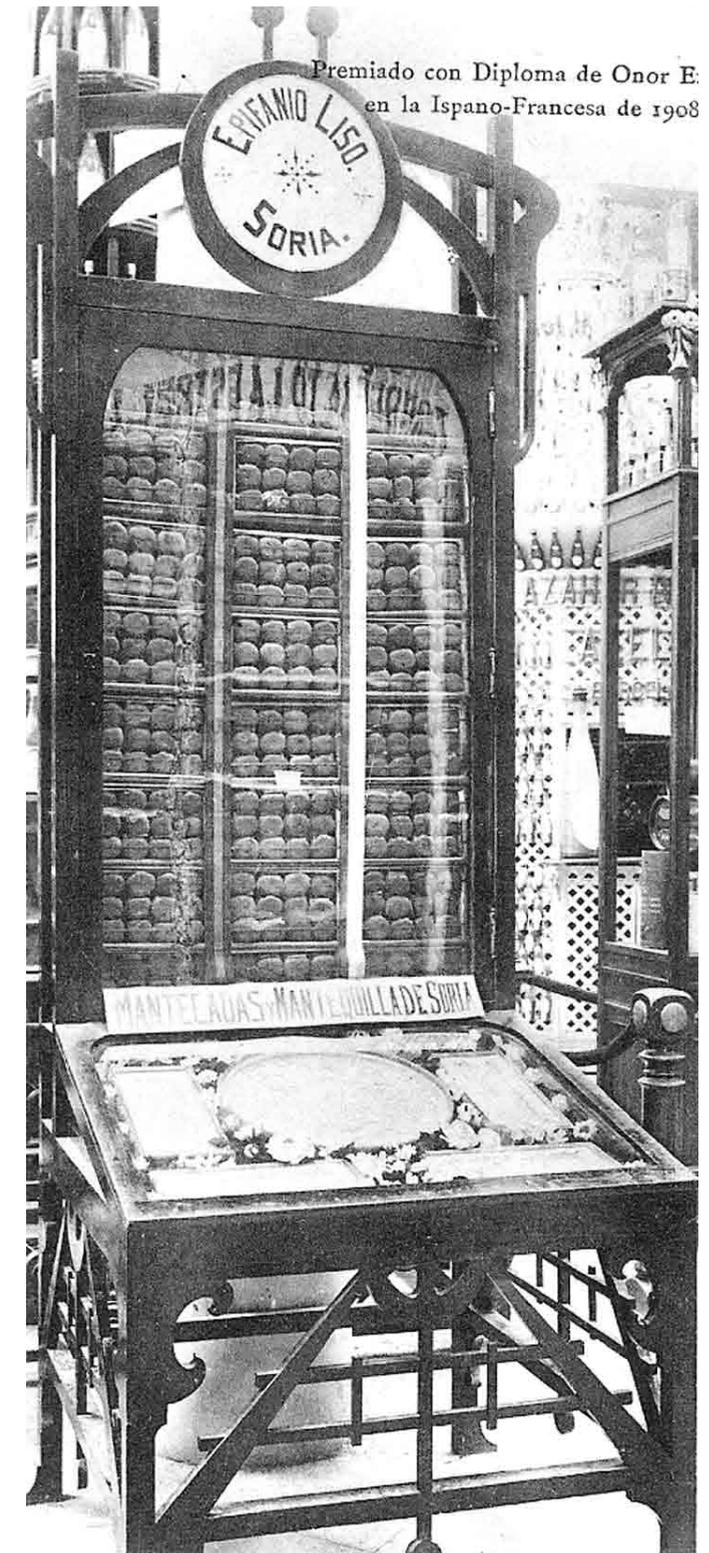
INCIDENCIA NEOPLÁSICA EN SORIA 1981-2009 TIPOS HISTOLÓGICOS MAS FRECUENTES HOMBRES+MUJERES TOTAL DEL PERIODO

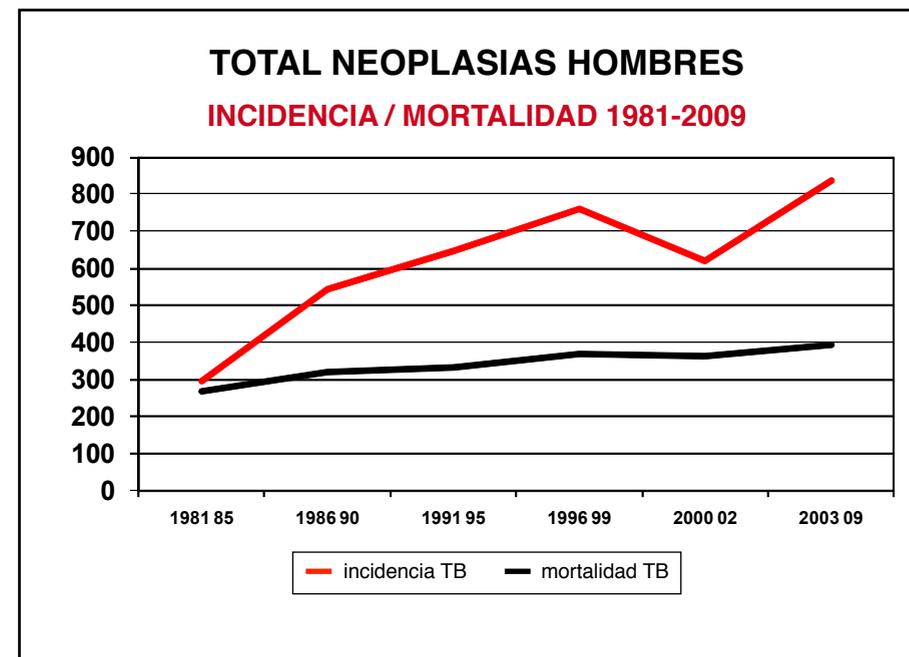
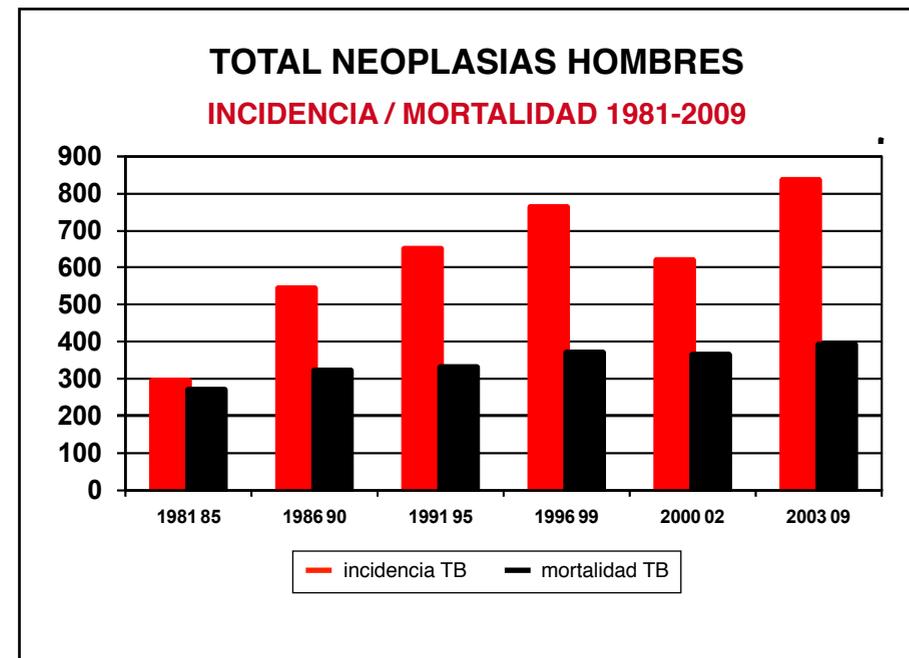
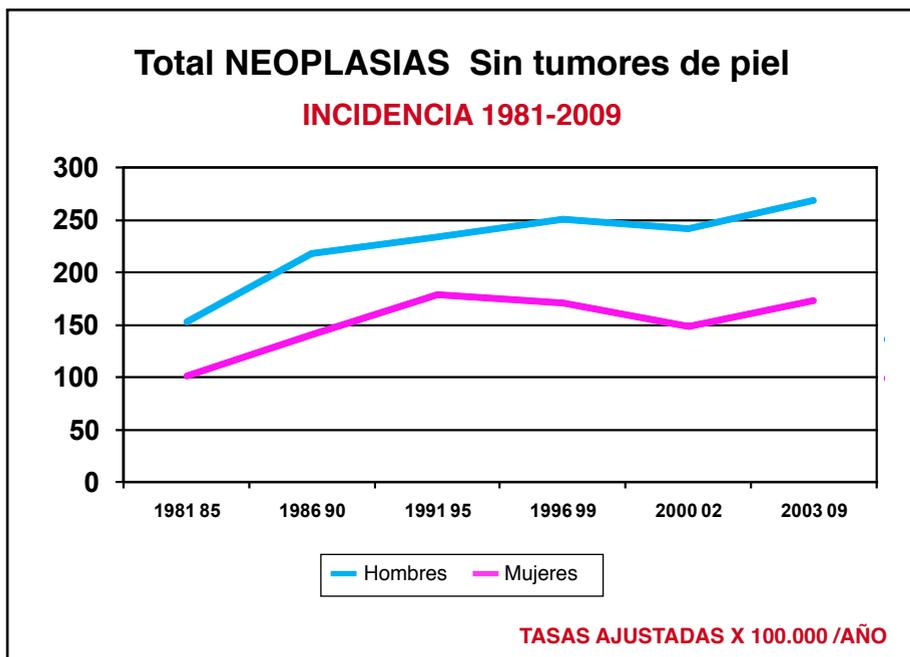
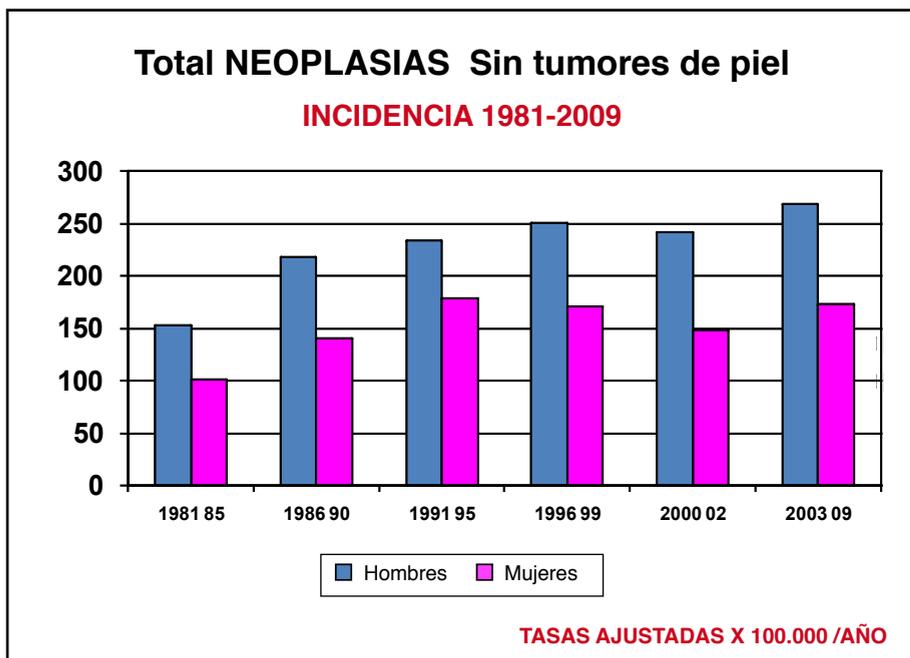
Localización	TIPOS HISTOLÓGICOS
Labio, Cavidad Oral, Faringe	Carcinoma epidermoide
Esófago	Carcinoma epidermoide
Estómago	Adenocarcinoma
Colon	Adenocarcinoma
Recto-Sigma-Ano	Adenocarcinoma
Hígado	Hepatocarcinoma
Páncreas	Adenocarcinoma
Tiroides	Carcinoma Papilar
Nasales	Adenocarcinoma
Laringe	Carcinoma epidermoide
Tráquea-Bronquios-Pulmones	Carcinoma epidermoide
Hueso	Condrosarcoma
Partes Blandas	Fibrohistiocitoma Maligno
Piel no Melanomas	Carcinoma Basocelular
Melanomas Piel	Melanoma
Próstata	Adenocarcinoma
Testículo	Seminoma
Vejiga Urinaria	Carcinoma de Células Transicionales
Riñón y Vías Urinarias	Hipernefroma
Mama	Carcinoma ductal Infiltrante
Vulva- Vagina	Carcinoma epidermoide
Cérvix	Carcinoma epidermoide
Cuerpo de Útero	Adenocarcinoma
Ovario	Cistadenocarcinoma
SNC – Encéfalo	Astrocitoma
Ojo y Anejos Oculares	Adenocarcinoma
Linfomas	Linfoma no Hodgkin de Célula Grande B
Leucemias	Linfoide Crónica

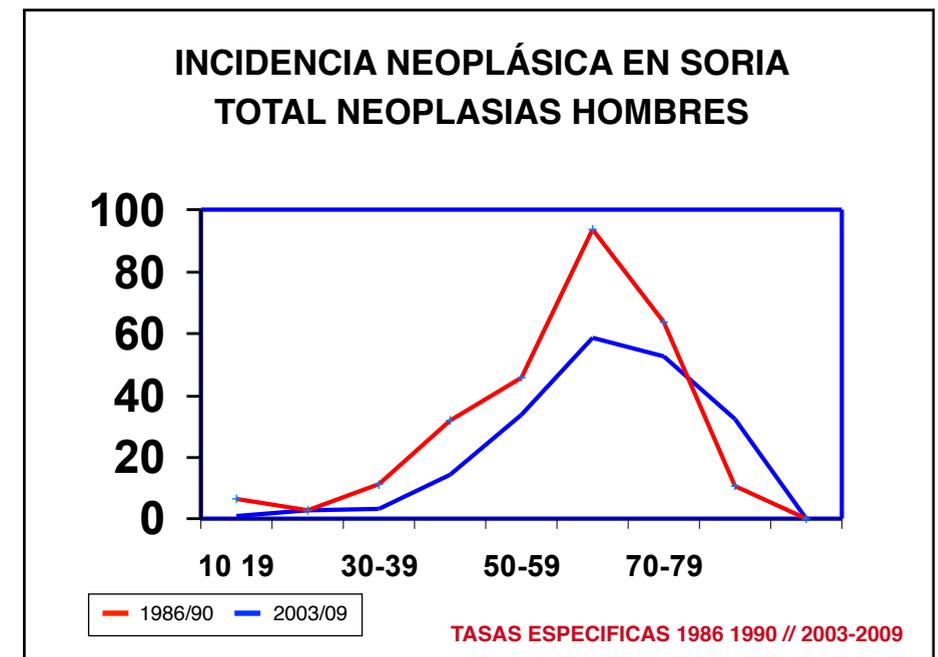
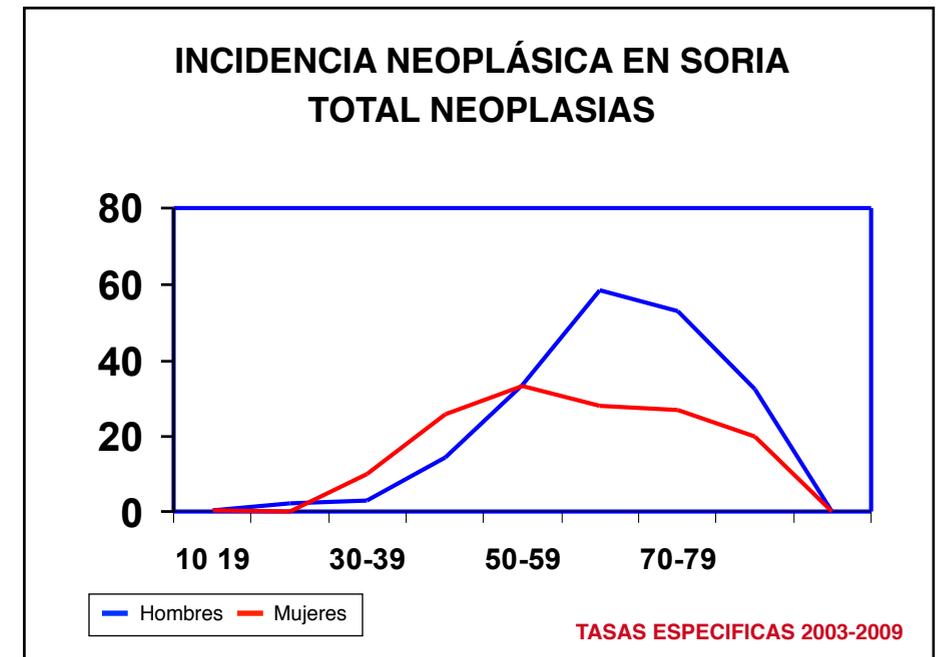
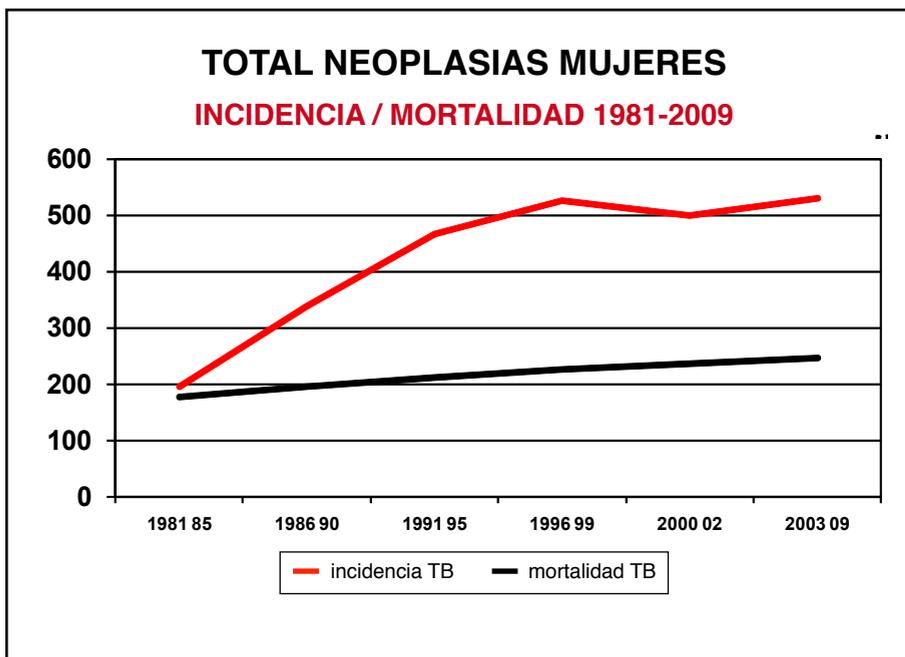
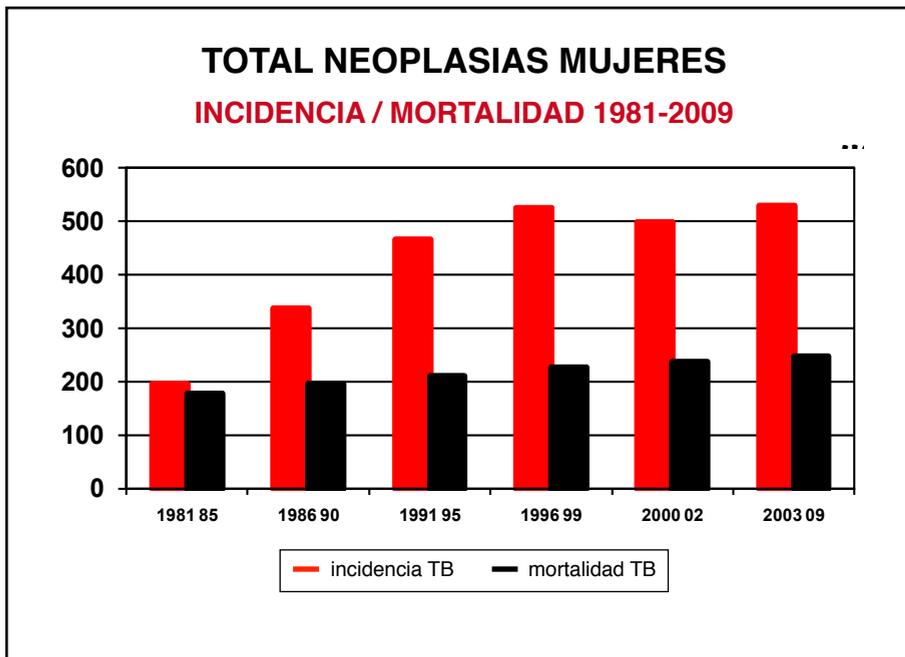
INCIDENCIA CÁNCER 2015 SORIA PROYECCIÓN GLOBOCAN 2002

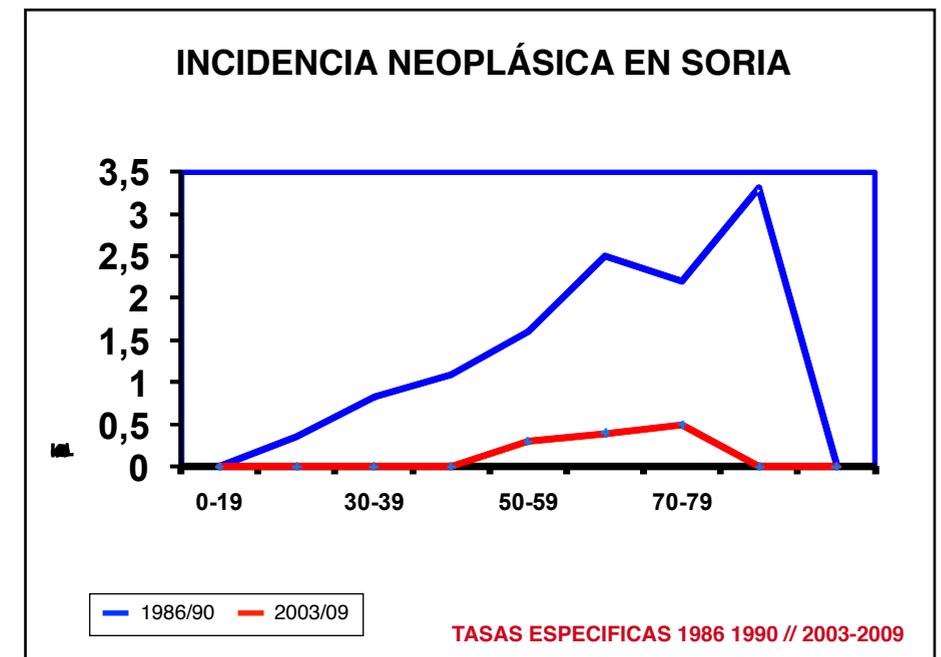
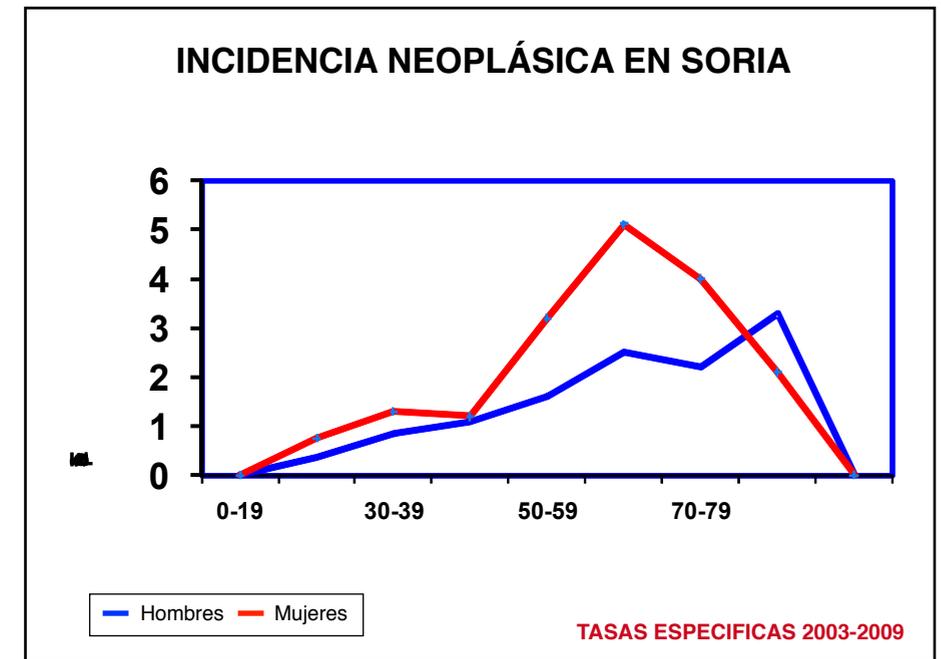
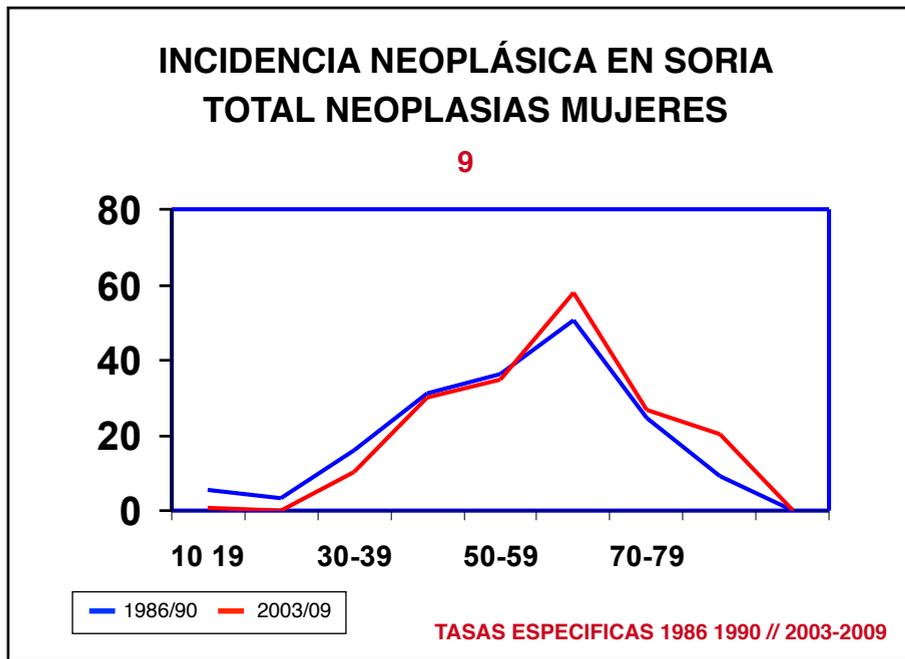
TBI	TBI	TBI	Casos
Total	Hombres	Mujeres	Localización
389,8	244,7	147,2	Totales
32,5	33,2	0	Próstata
29,9	26,9	3,5	Vejiga
53,1	31,2	22,1	I Grueso
49,3	45,5	4,7	Br Pulmón
19,7	12,9	7	Estómago
28,5	25,9	3,1	Orofaringe
30,3	17,2	13,2	Hematológicos
7,6	3,6	3,9	Melanomas
9,8	6,9	3	Riñon
10,6	7,6	3,1	Higado
9,4	5,4	4	Páncreas
5,2	4,7	0,6	Esófago
7,5	4	3,5	S.N.C.
0,8	0,9	0	Testículo
3,5	0,9	2,5	Tiroides
37,6	0	36,8	Mama
21,7	0	21,3	Ginecológicos

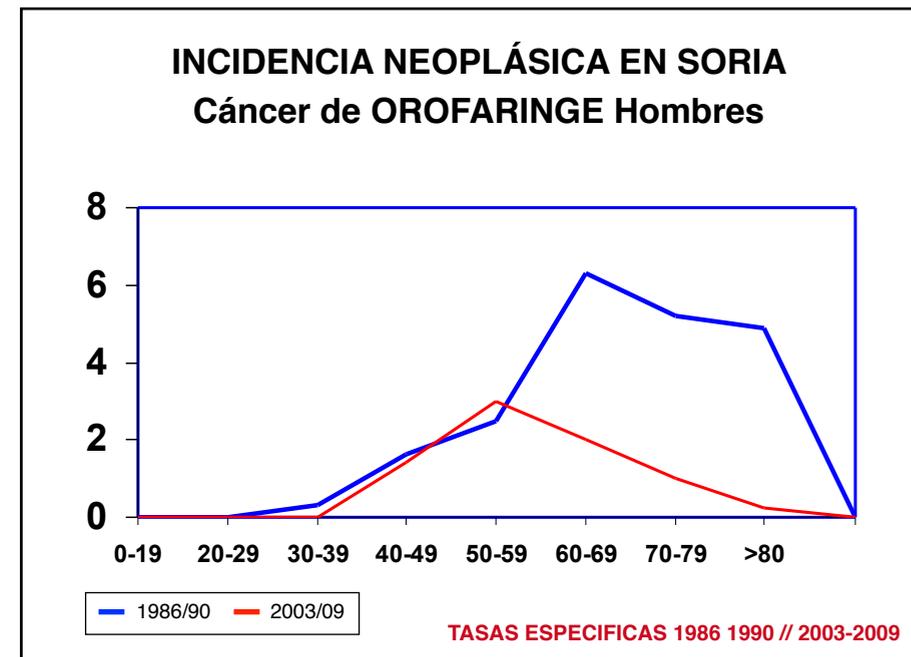
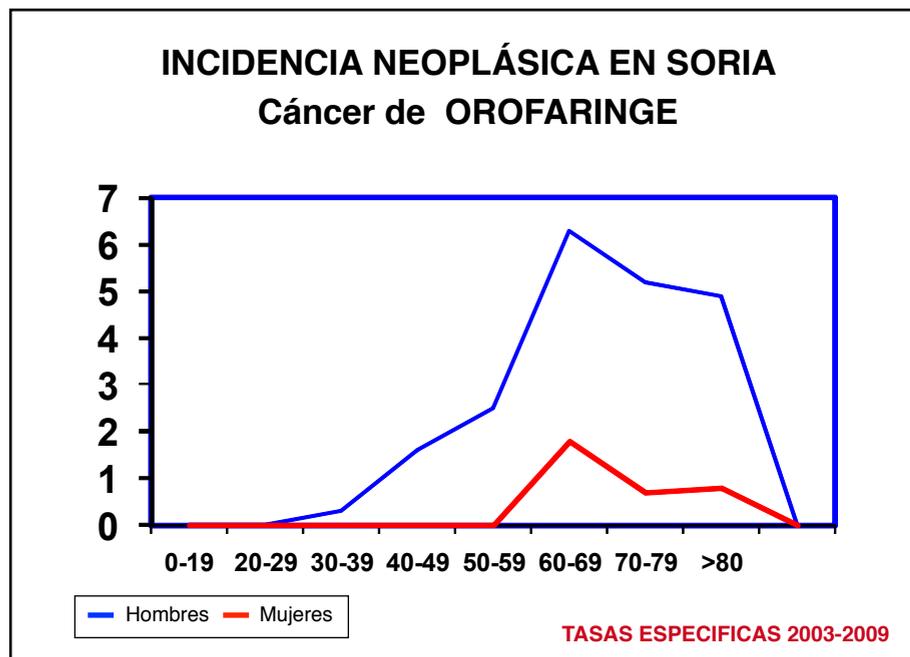
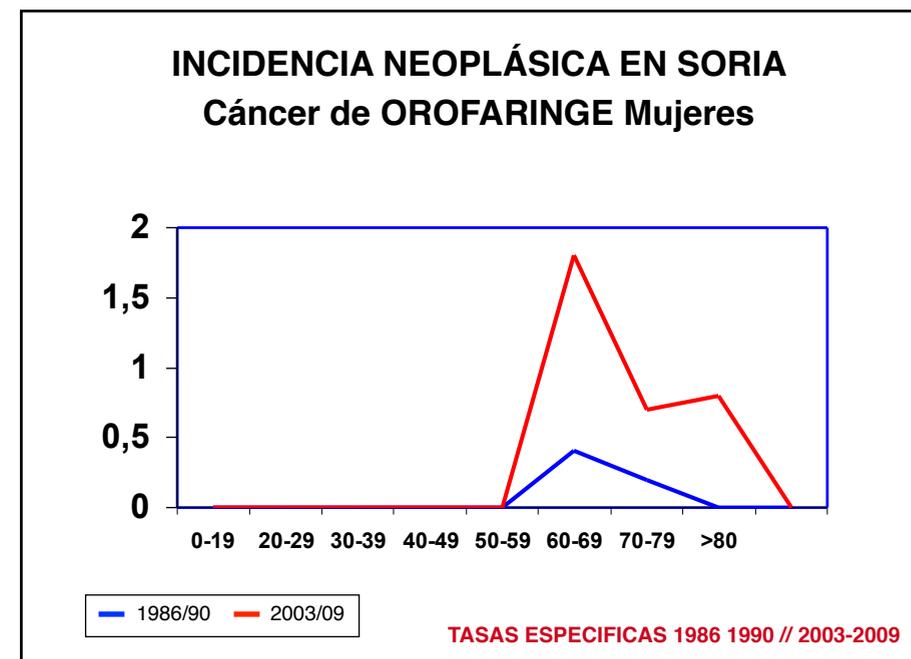
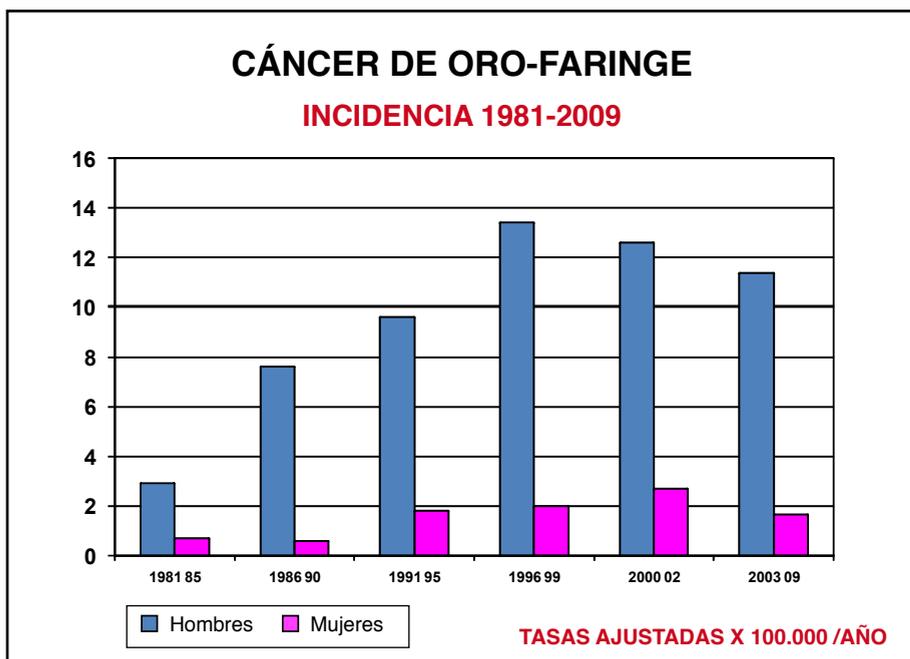
<http://www.deskcity.com/details/show/3958/81693>

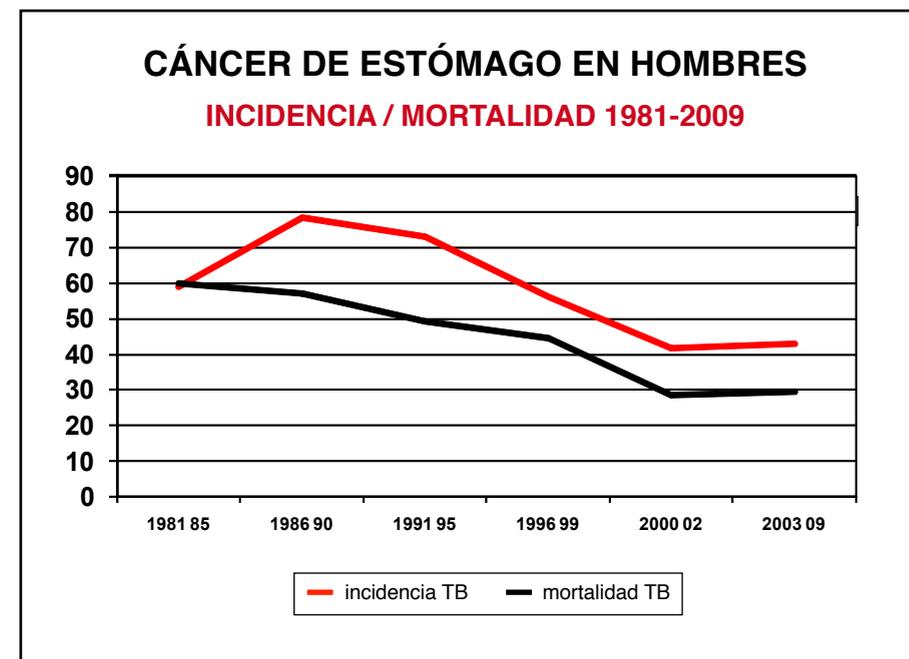
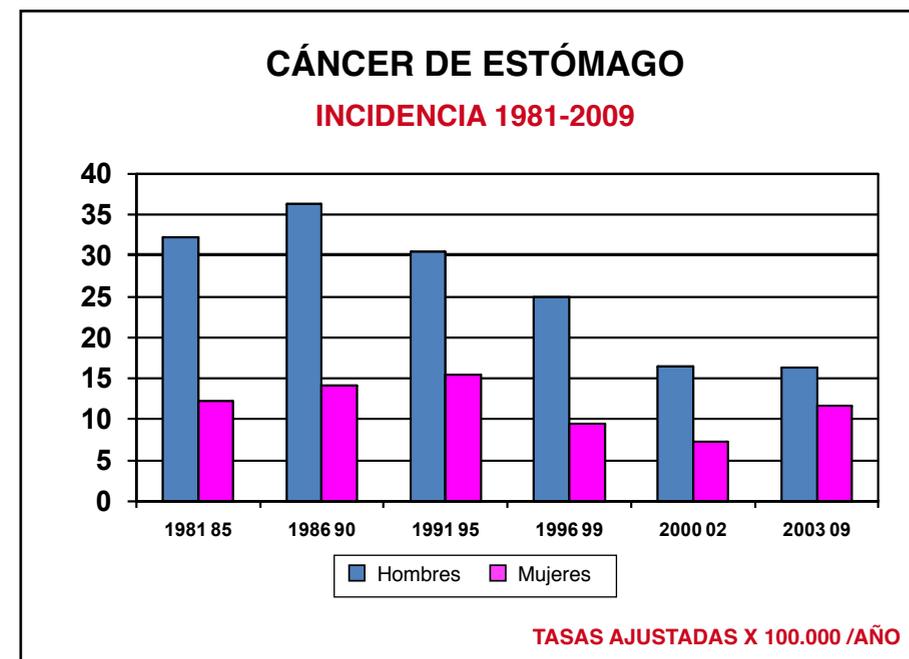
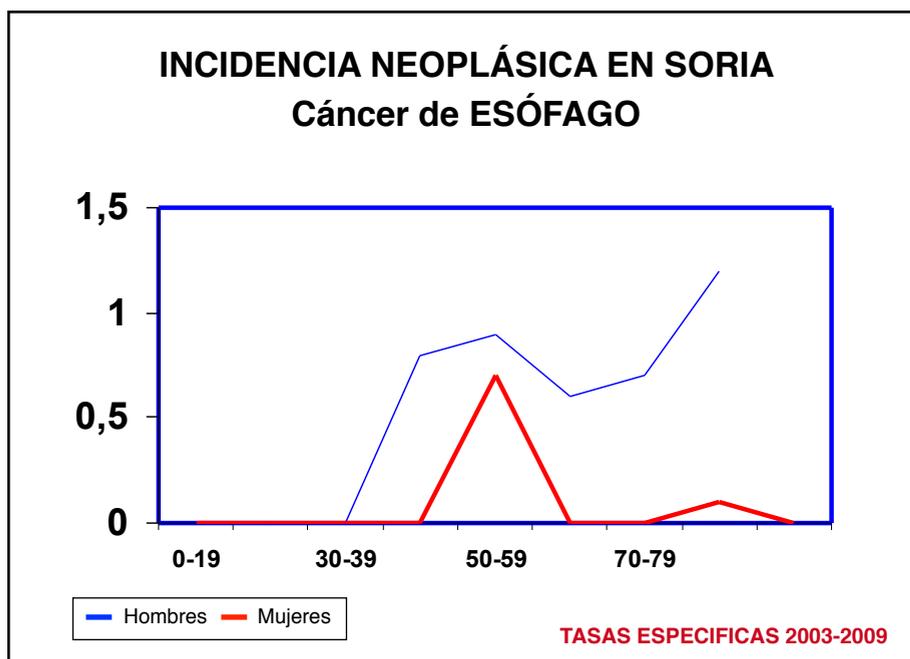
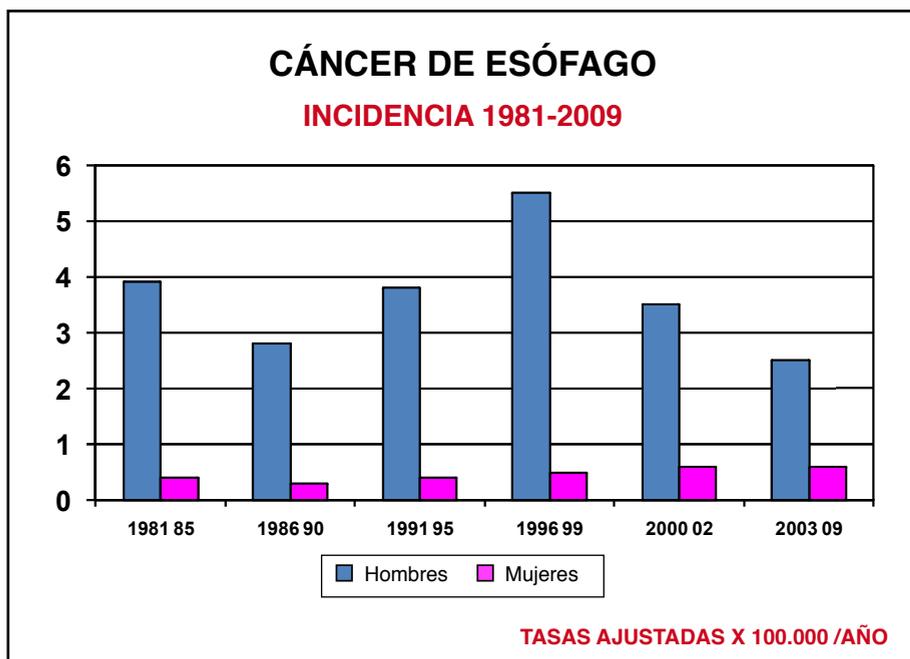


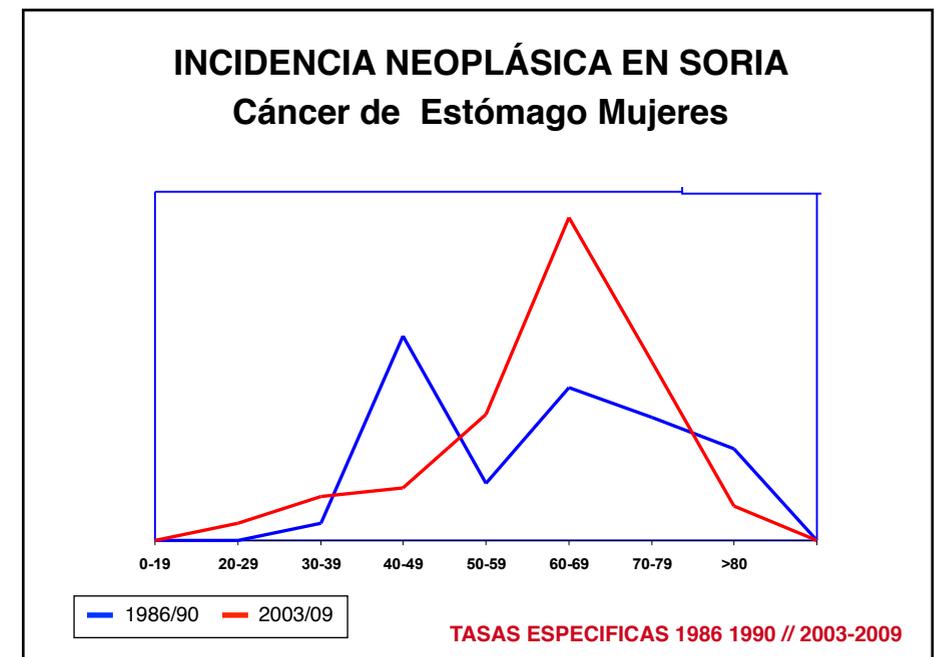
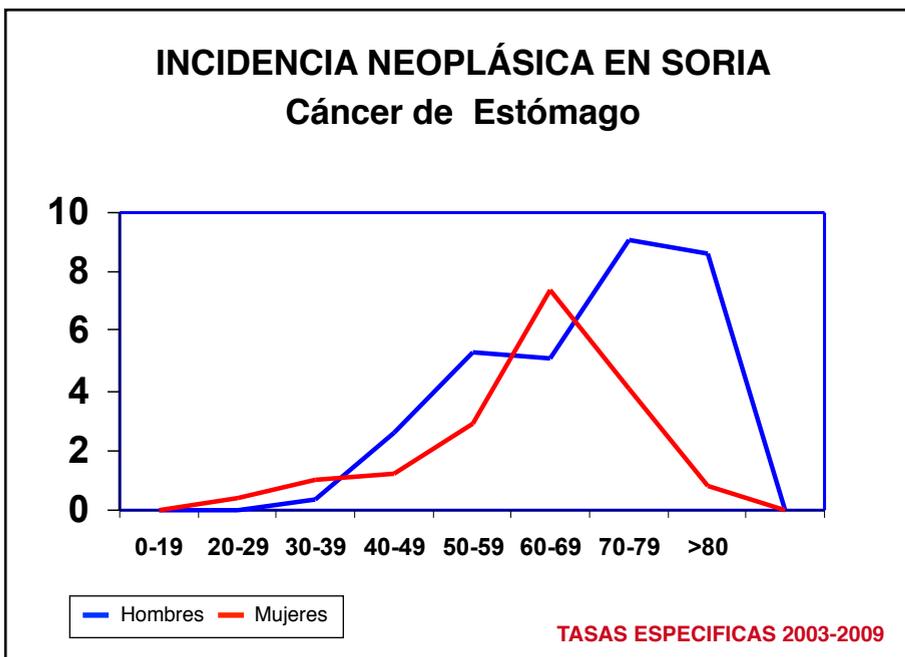
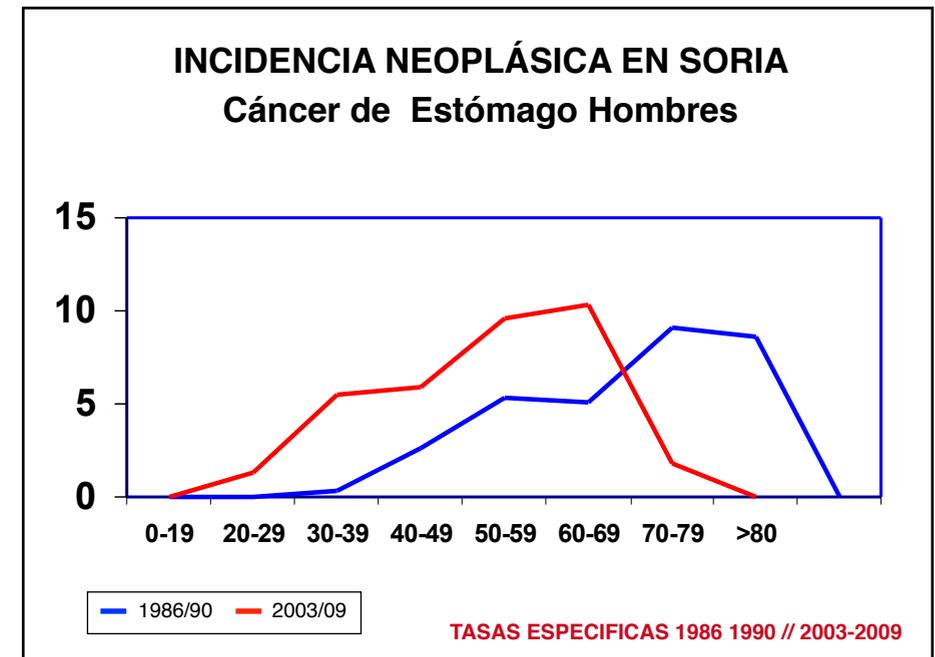
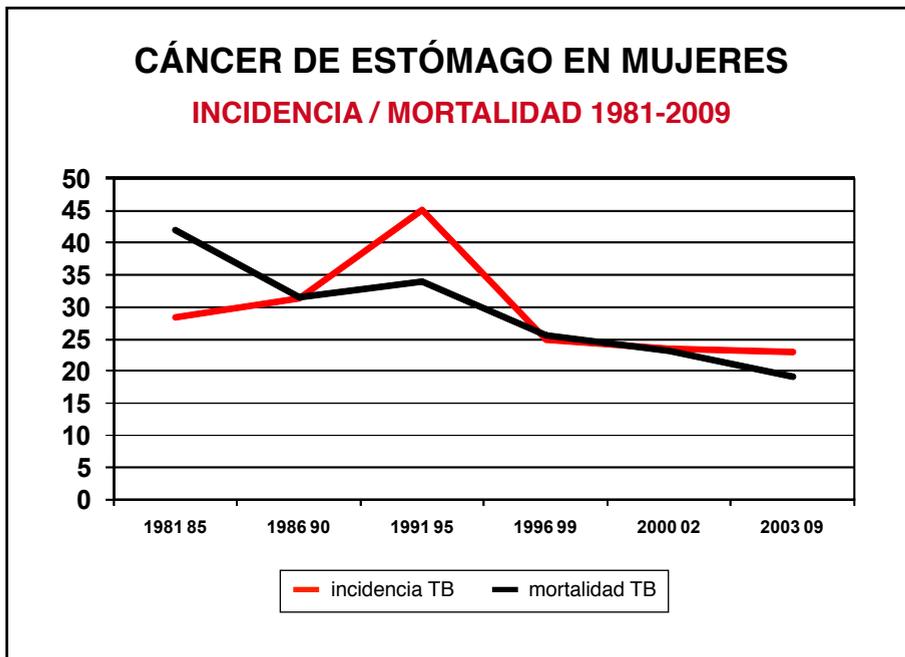


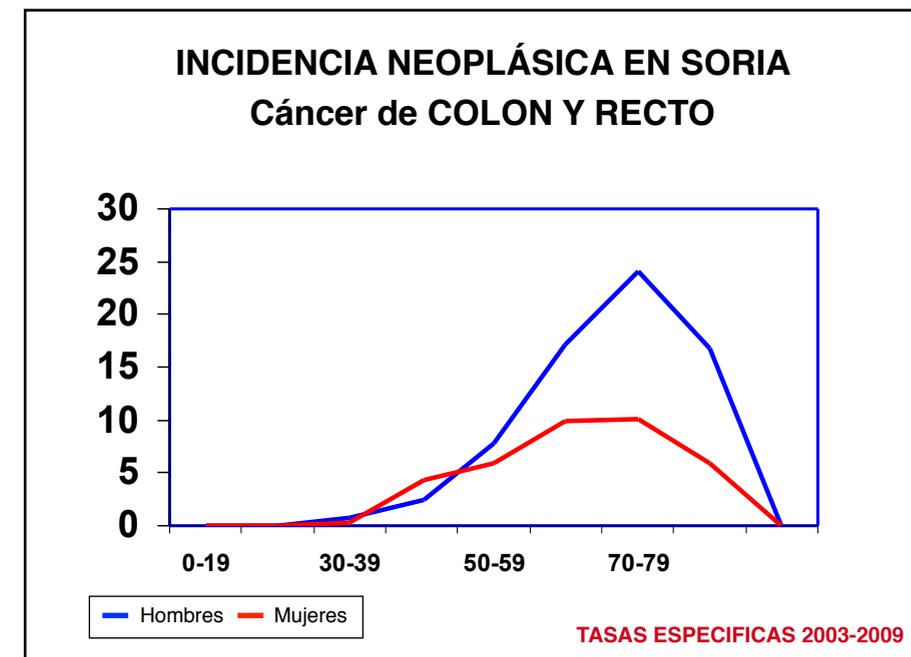
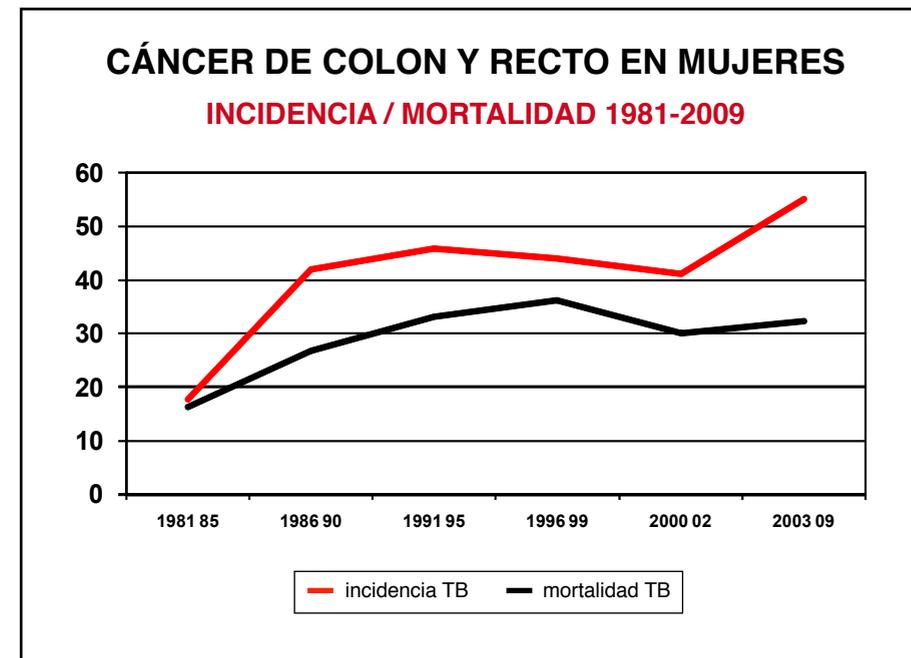
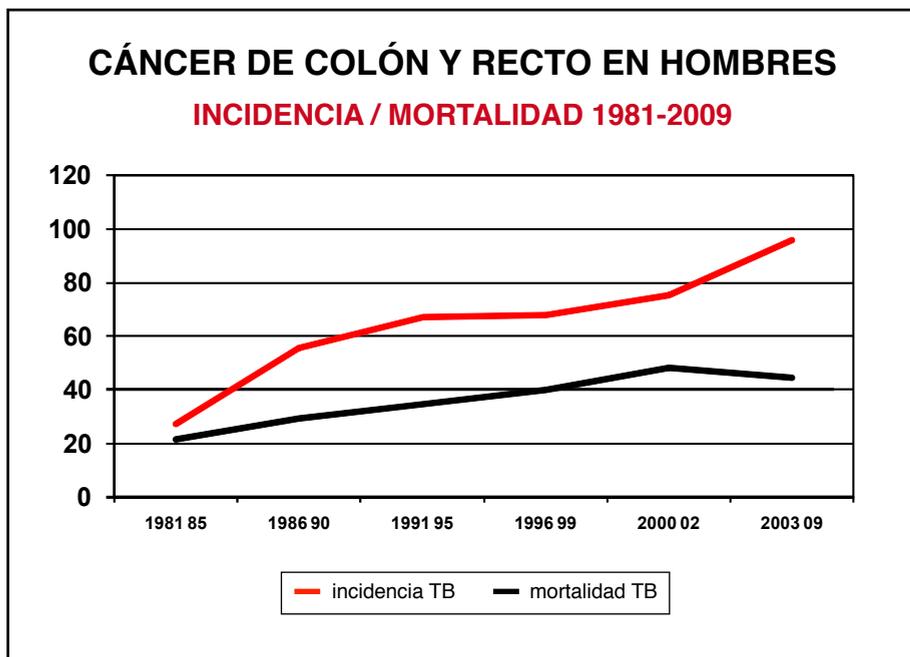
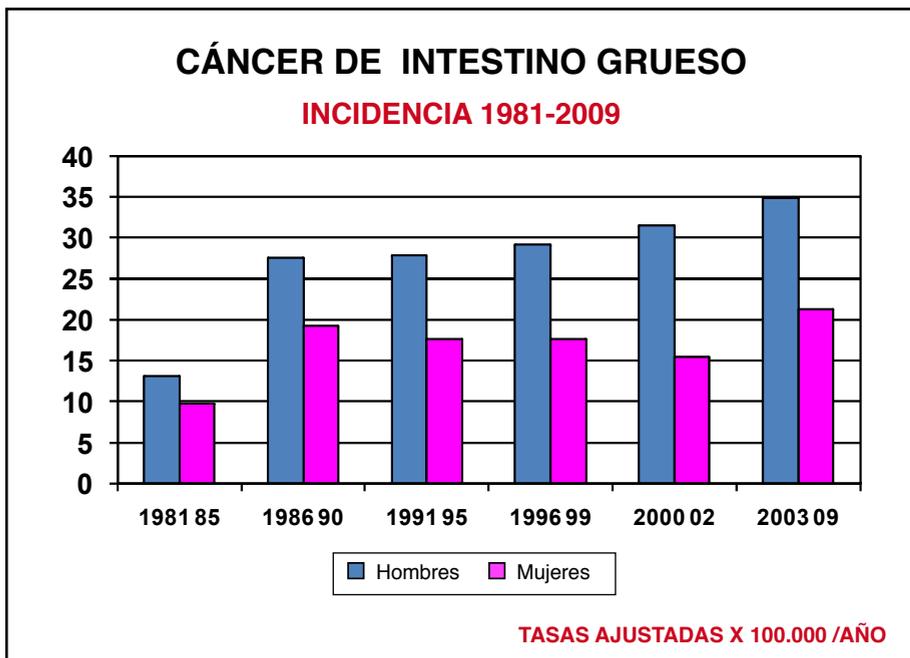


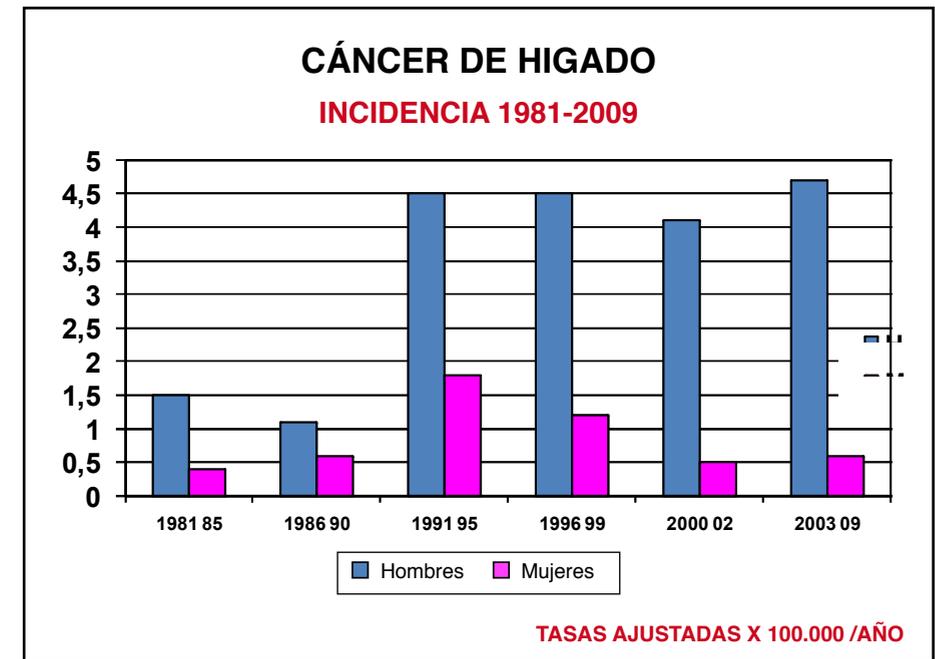
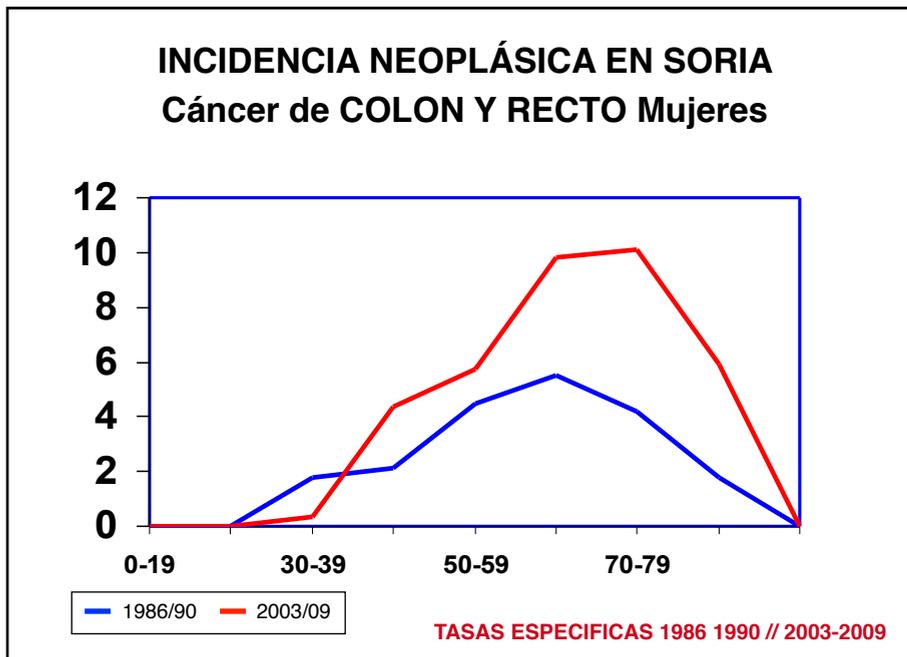
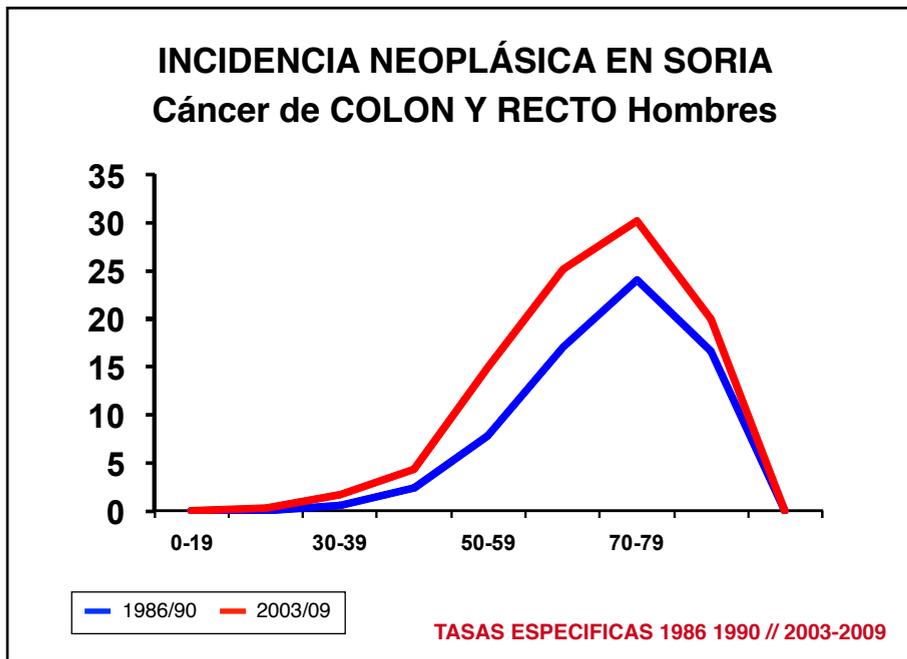






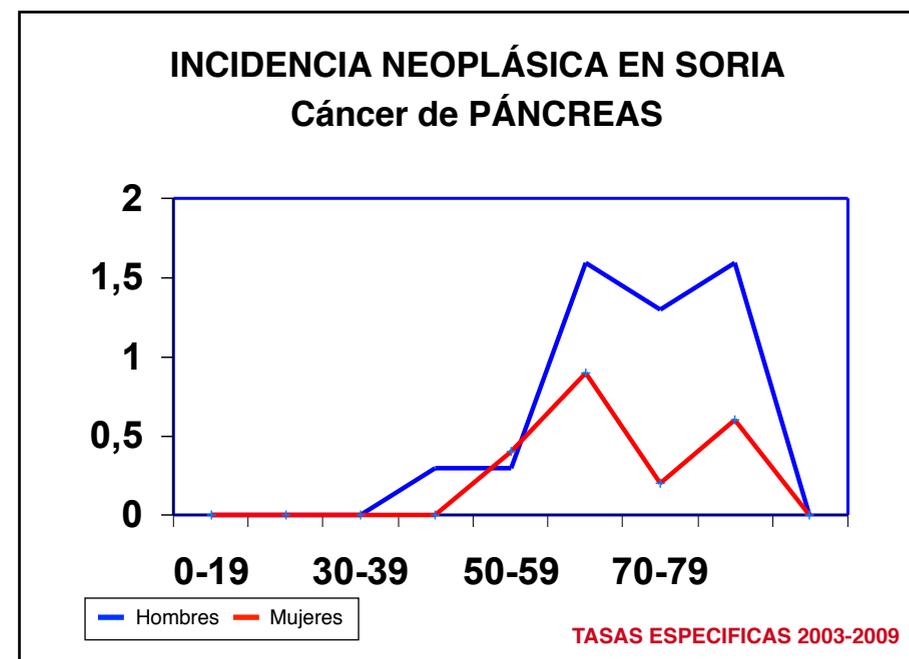
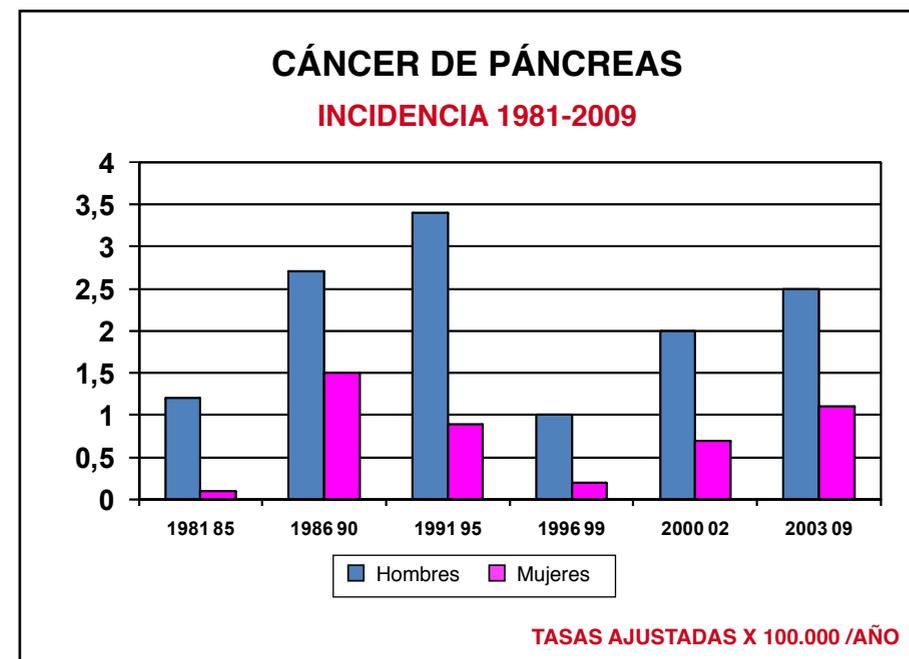
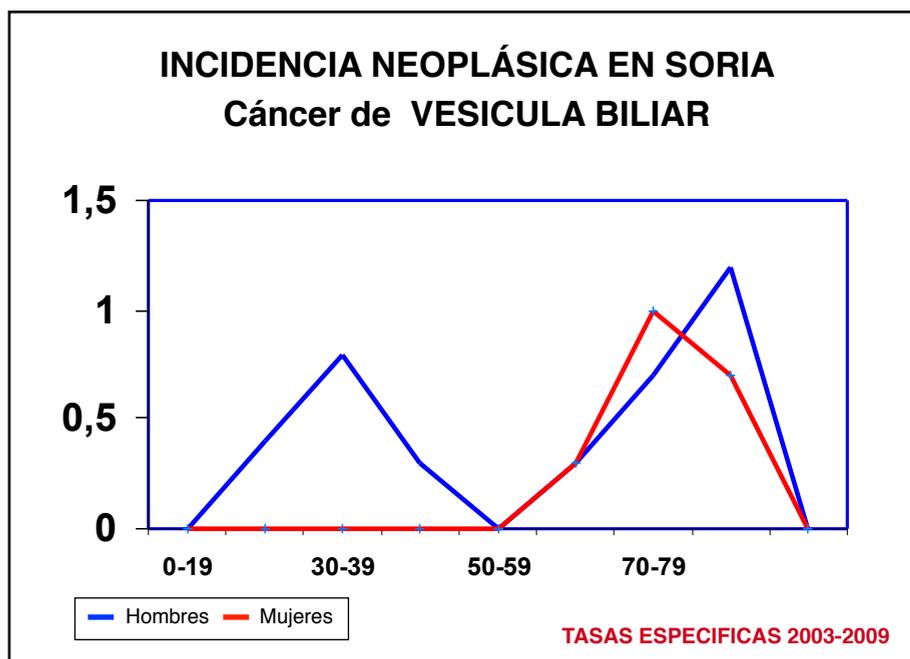
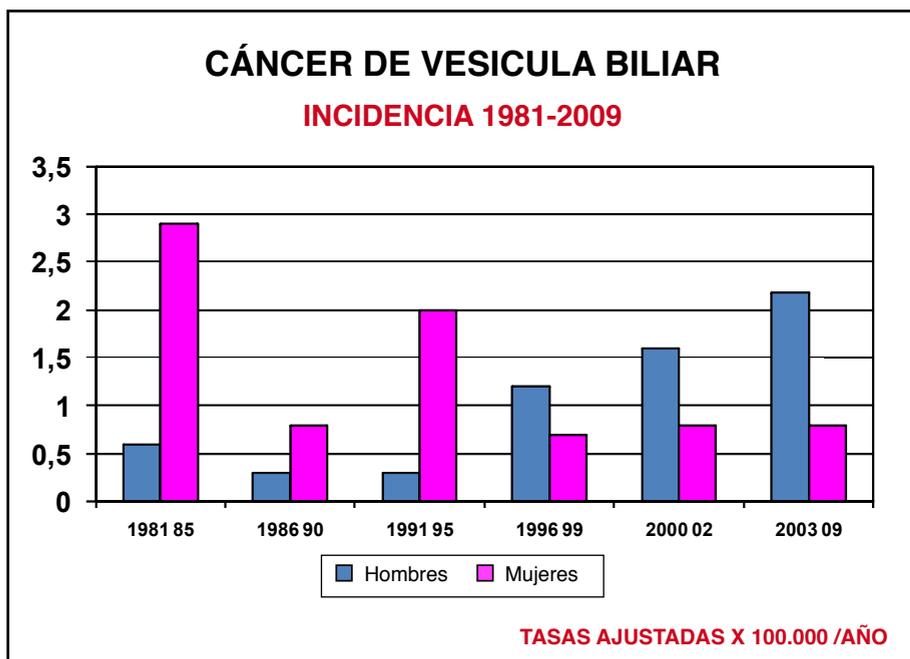


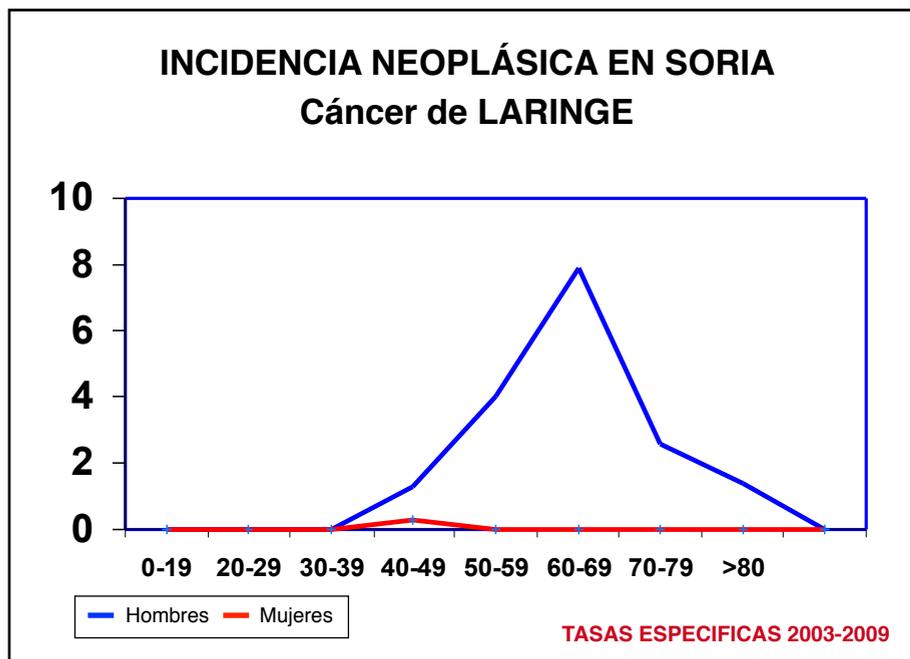
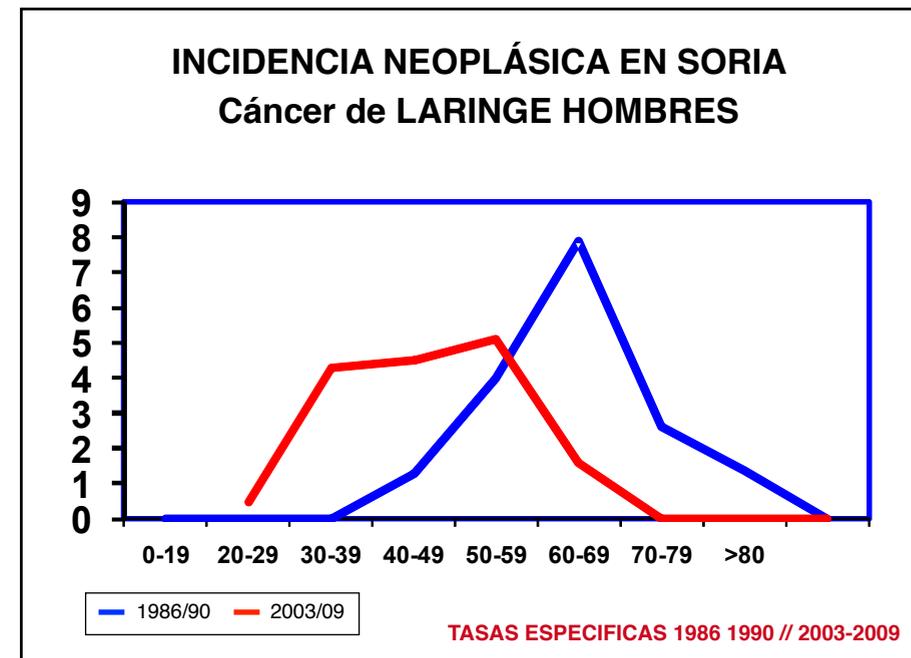
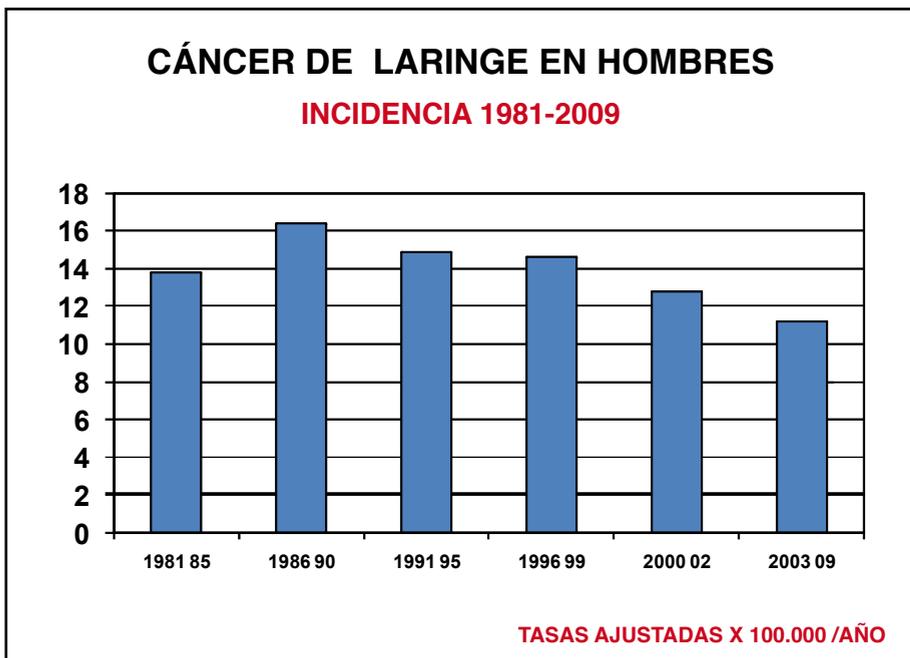




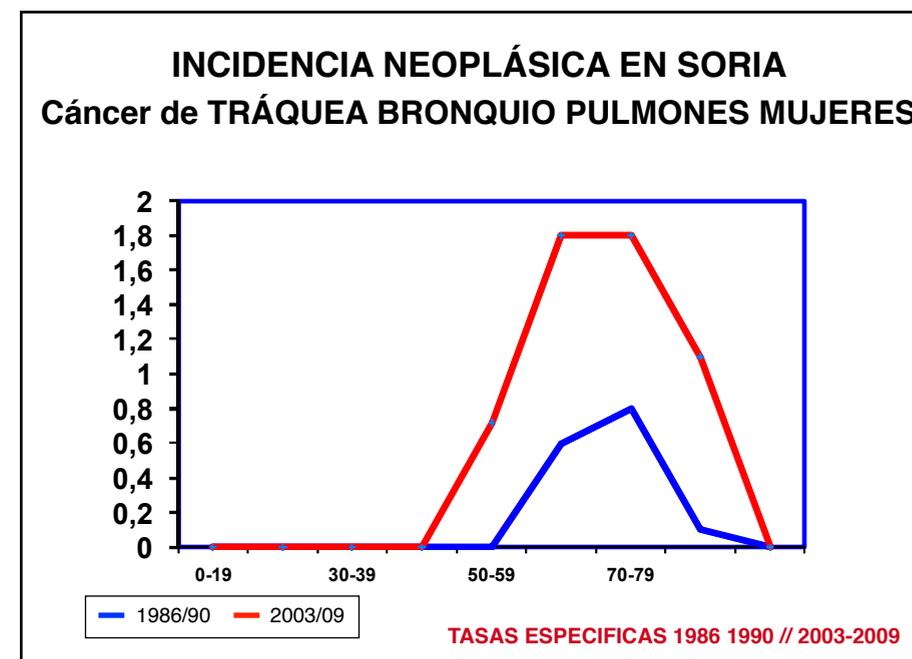
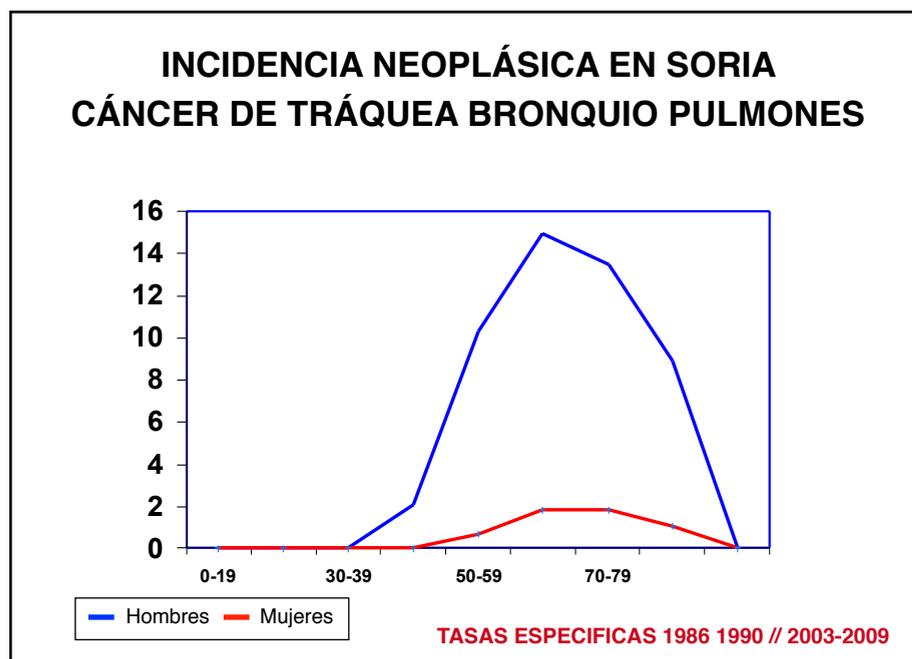
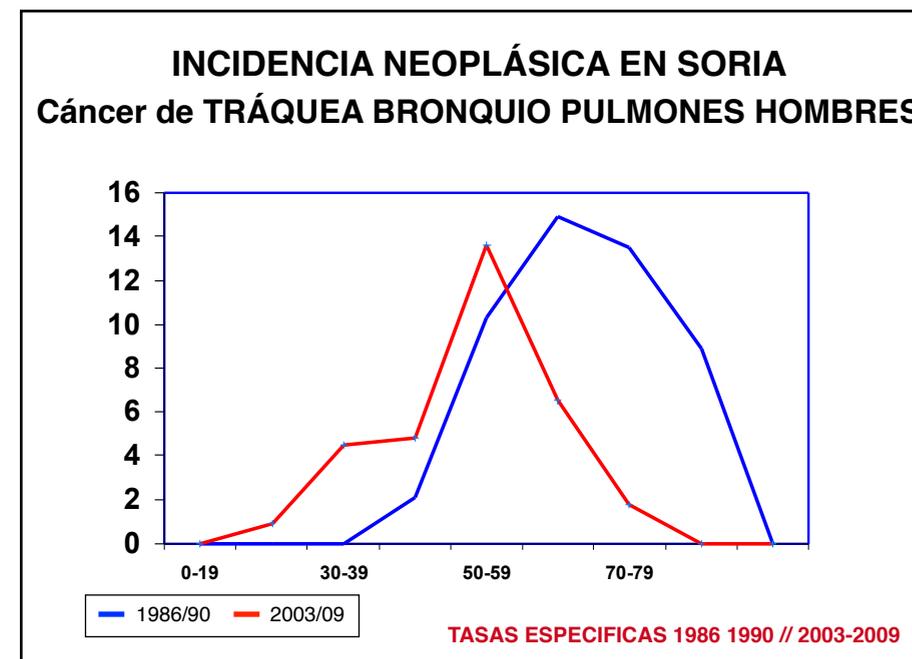
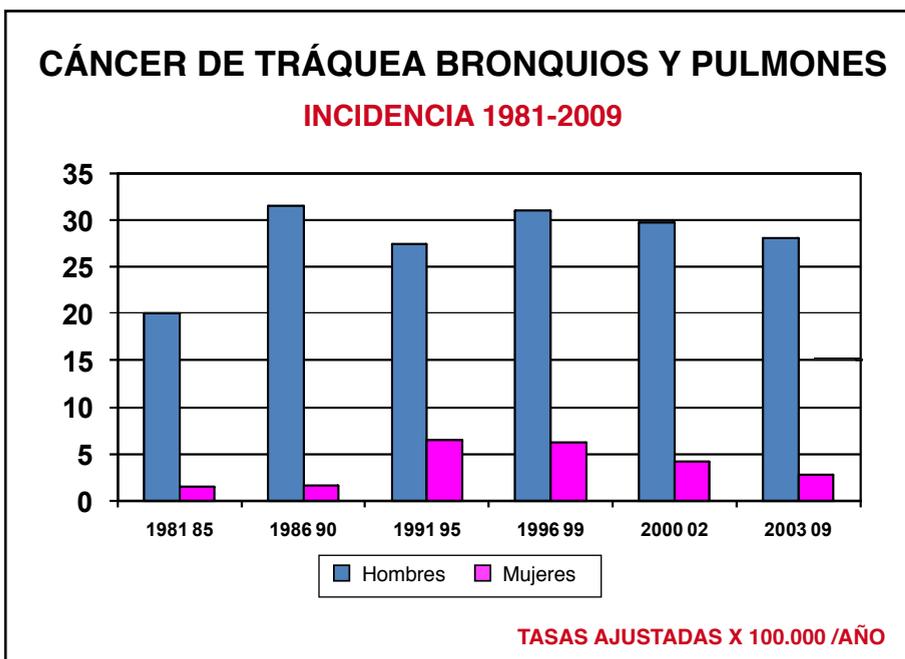
MEDICOS CON EJERCICIO EN LA CAPITAL 1926

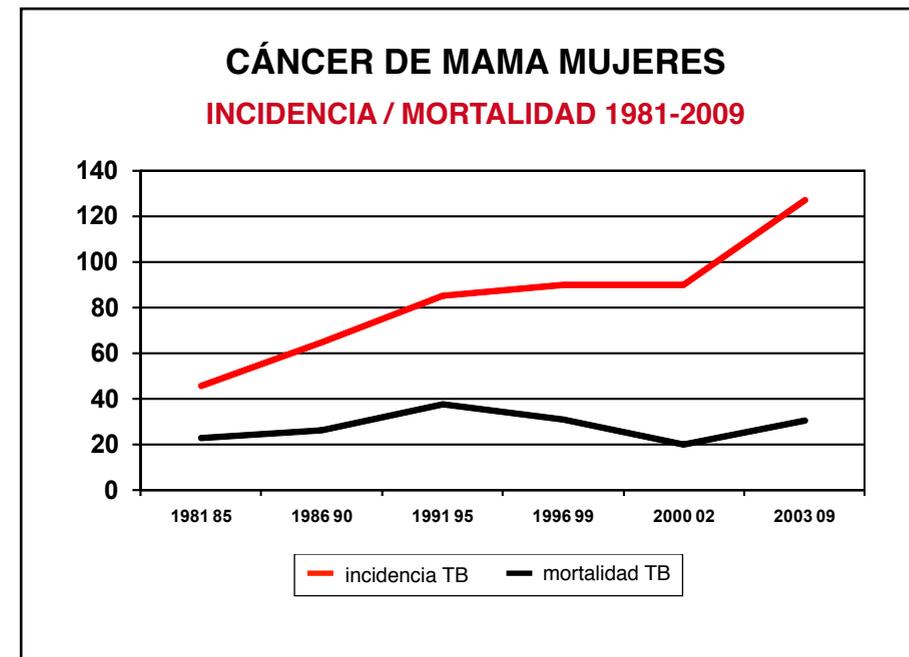
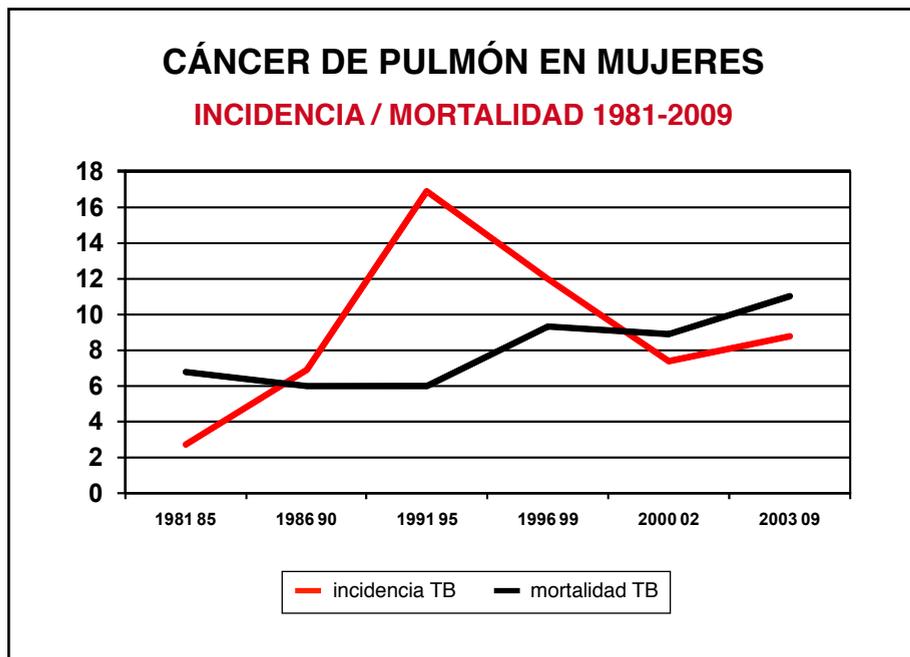
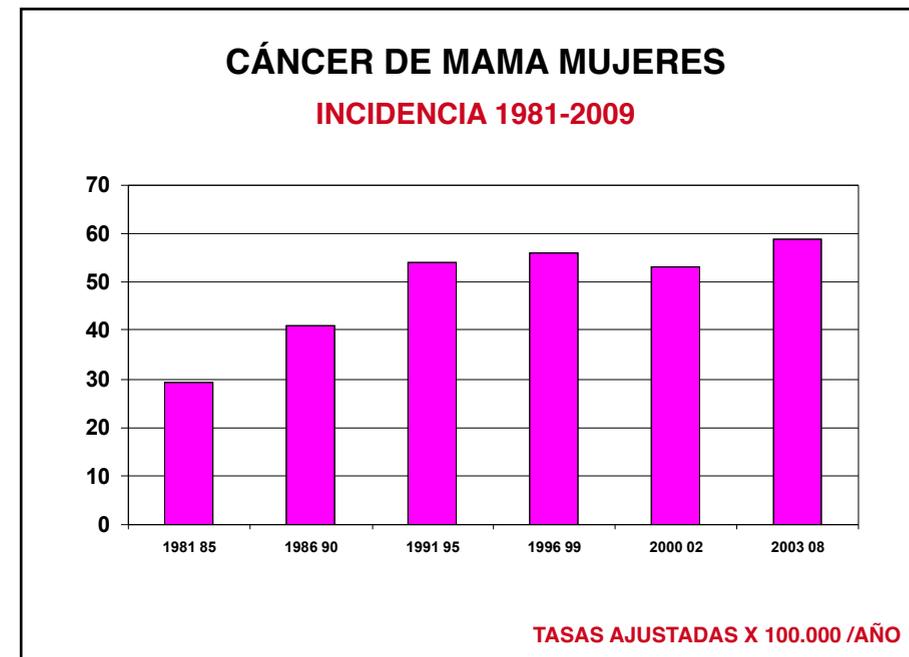
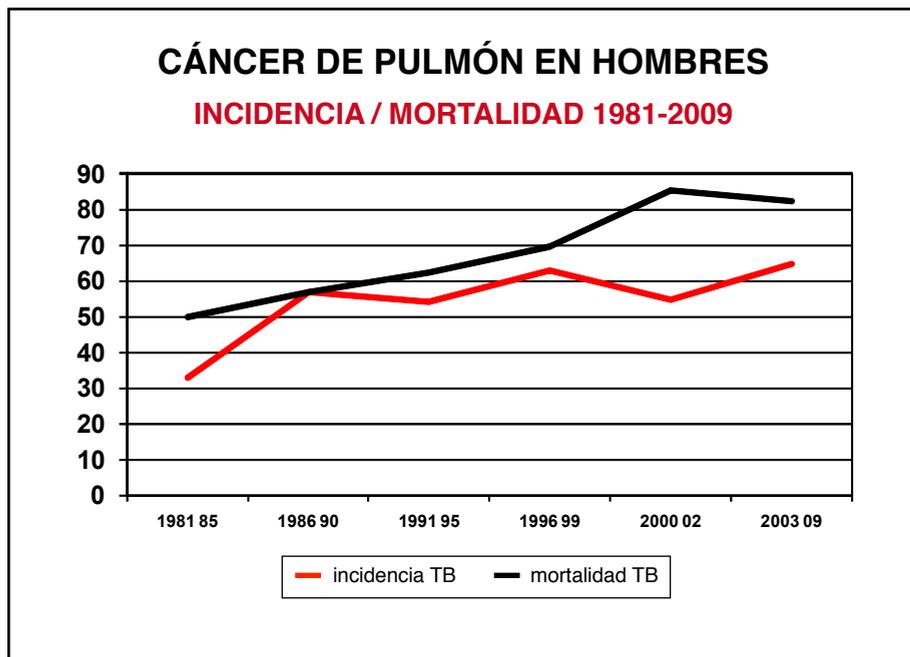
Núm. de co- rrespondientes	NOMBRES Y APELLIDOS	DOMICILIO	ESPECIALIDAD	CARGO QUE DESEMPEÑA
254	D. Emilio Baeza Alonso	Hotel Las Heras.	Cirugía general	Inspector provincial de Sanidad
210	» Jesús Calvo Melendro	Canalejas, 6.	Medicina interna	Médico del Hospital.
259	» Antonio del Campo Armijo	Bernardo Robles, 11.	Piel. Sífilis. Venéreo.	
12	» Gregorio Clavo Aparicio	Estudios, 4.	Medicina general	Titular. Subdelegado de Medicina. Profilaxis antivenérea.
13	» Demetrio García Sierra	Ramón y Cajal, 15	Medicina general	Médico de Plaza.
15	» Lázaro Garcés Ramos	Canalejas, 45.	Medicina general.	
17	» Juan Antonio Gaya Tovar	Marqués del Vadillo, 8.	Obstetricia y Medicina general	I. M. de S. excedente.
175	» Carlos Gonzalo Cortés	Canalejas, 67.	Medicina general. Rayos X.	
170	» Valentin Guisande Martínez	Canalejas, 67.	Medicina general. Rayos X	Bacteriólogo Instituto Higiene
18	» Mariano Iniguez Ortiz	Estudios, 1	Cirugía general	Director del Hospital.
34	» Mariano Javierre Orgilés	Plaza Mayor, 9.	Pediatría. Medicina general	Médico de la Prisión provincial
168	» Antonio de Marco García	Plaza Herradores, 10.	Medicina general	Titular.
234	» Gregorio Nieto Nieto	San Juan, 5.	Oftalmología	Forense.
272	» Marcial Pérez López	Canalejas, 47.	Medicina general.	
258	» Luis Santa María Recuero	Numancia, 41	Cirugía general. Rayos X.	
10	» Eloy Sanz Villa	Canalejas, 84	Oftalmología.	
269	» Emilio Urtel Morales	Plaza Herradores, 10	Medicina general	

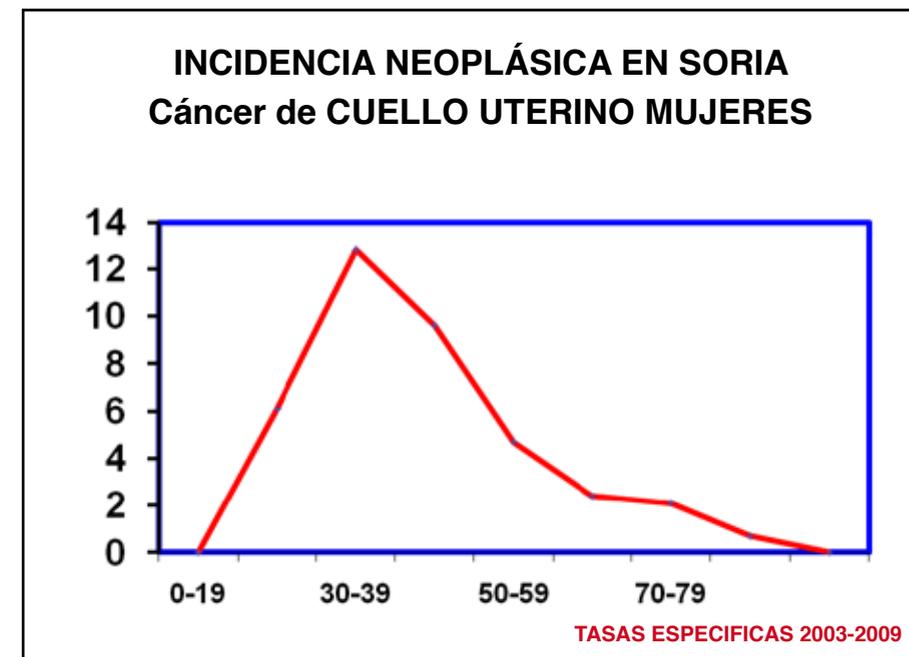
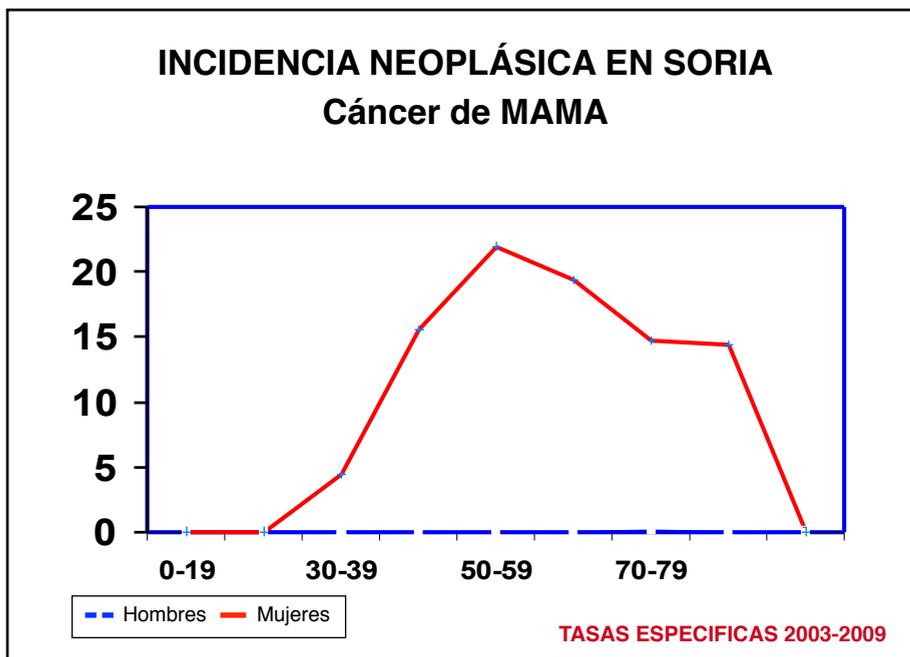
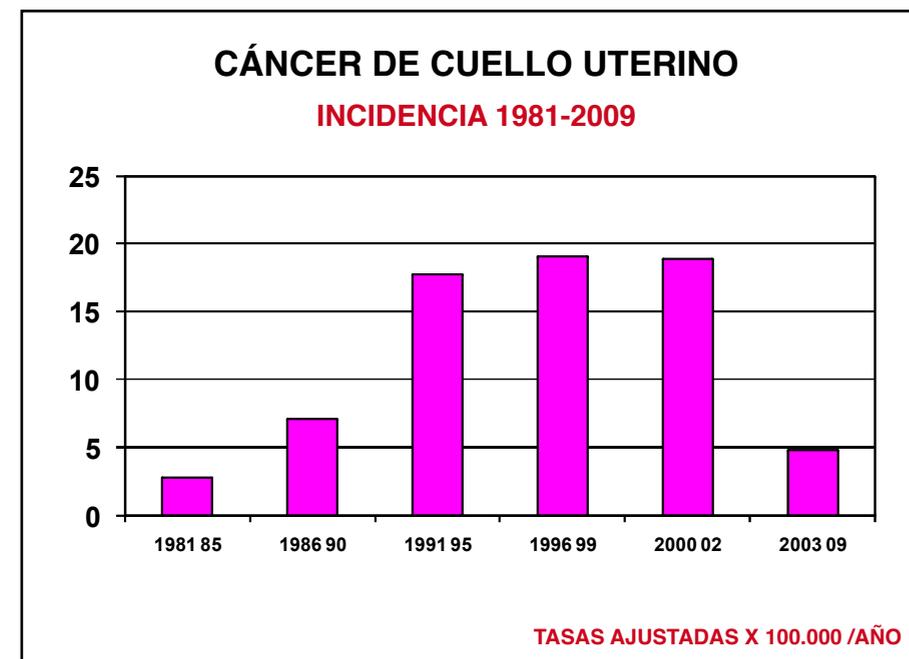
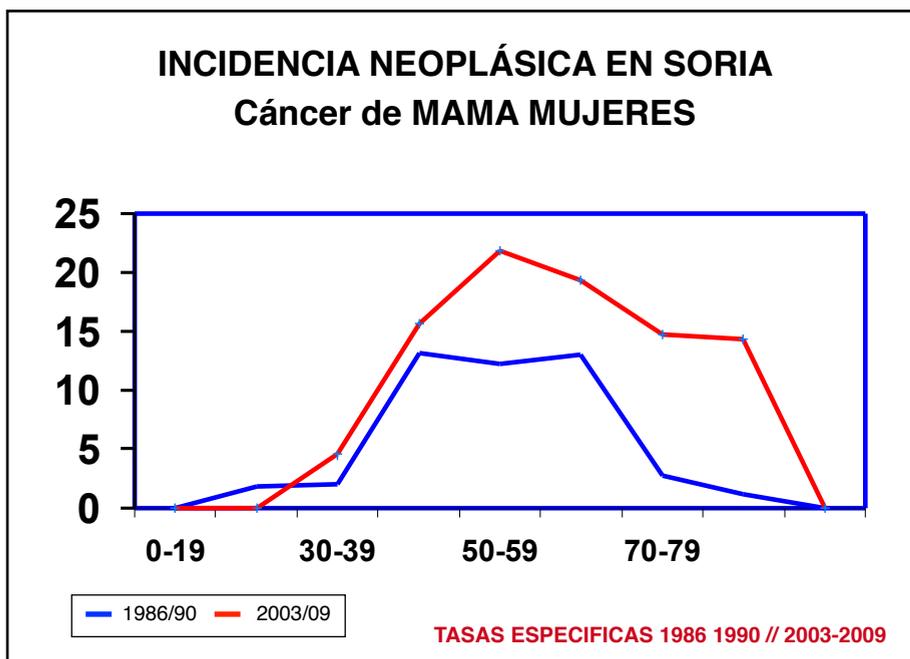


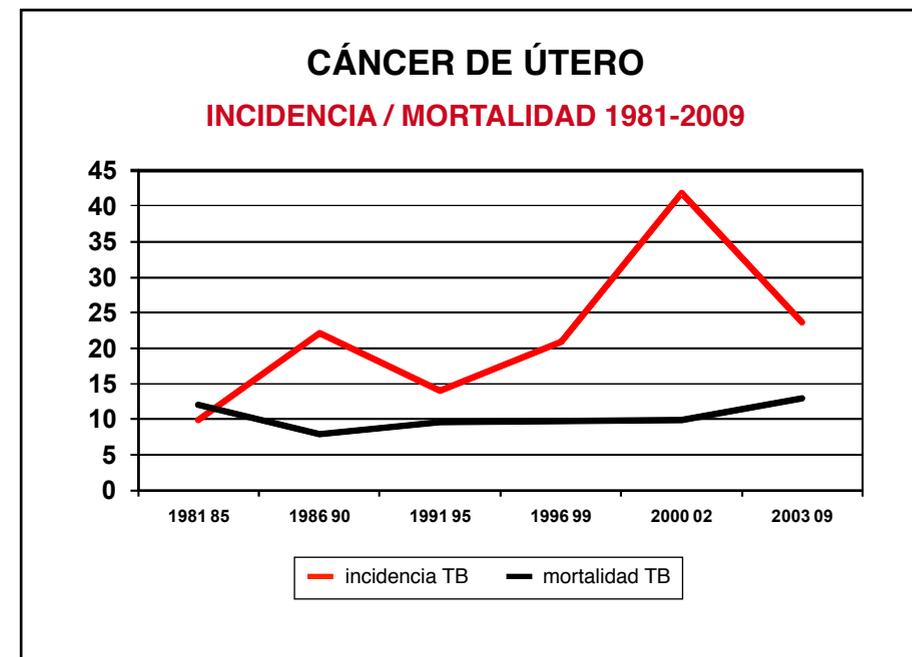
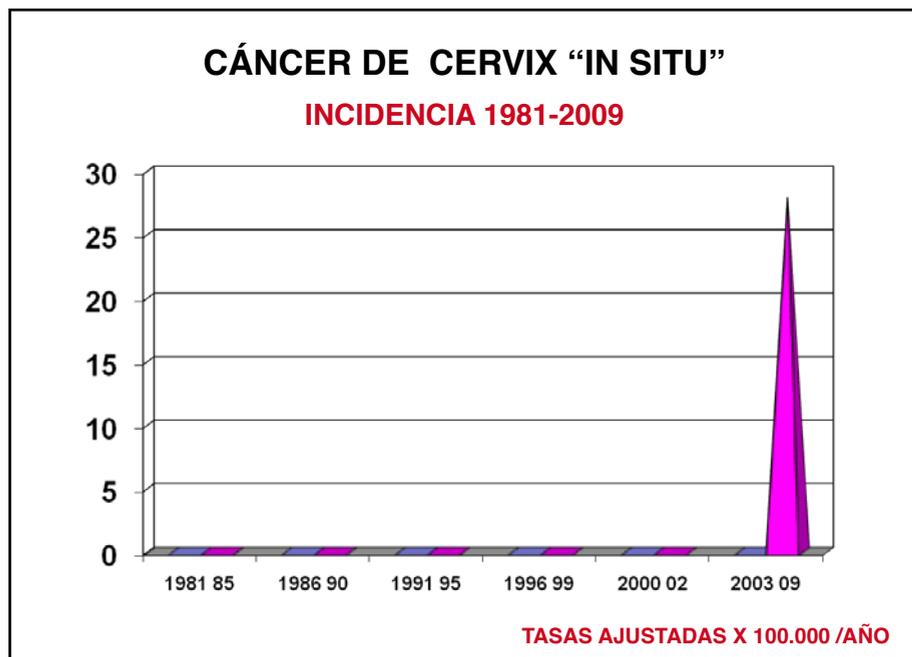
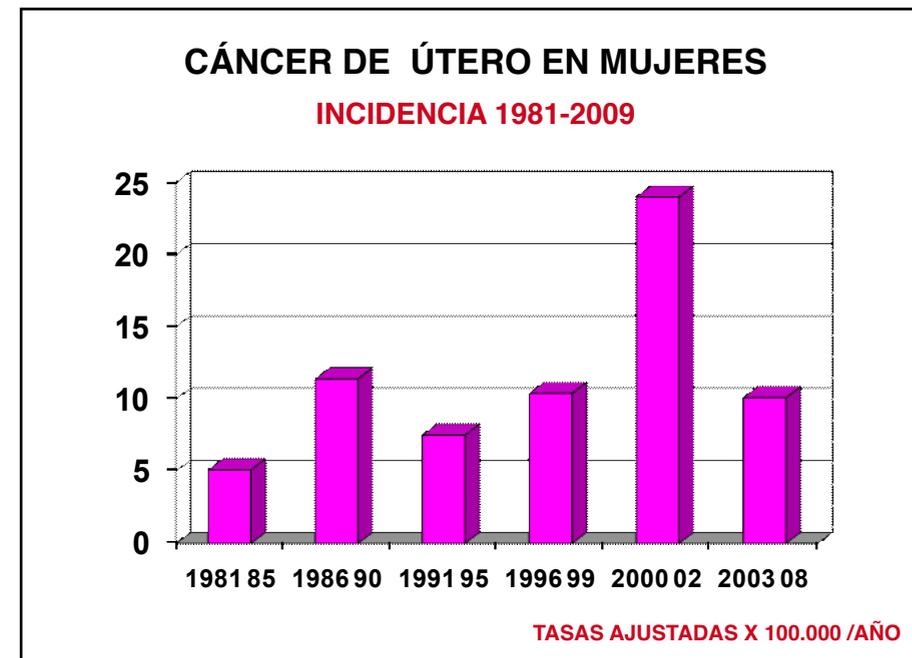
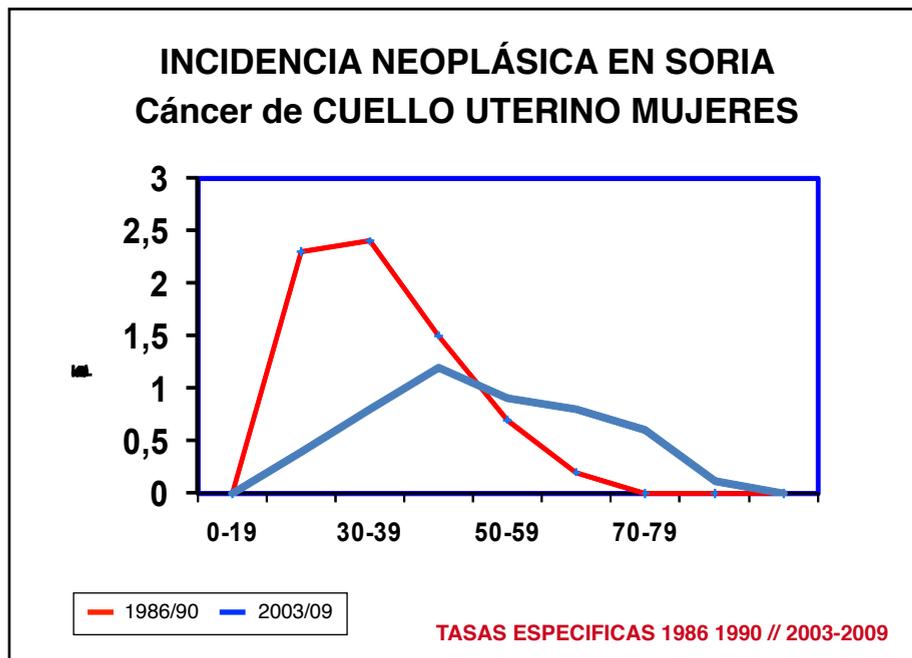


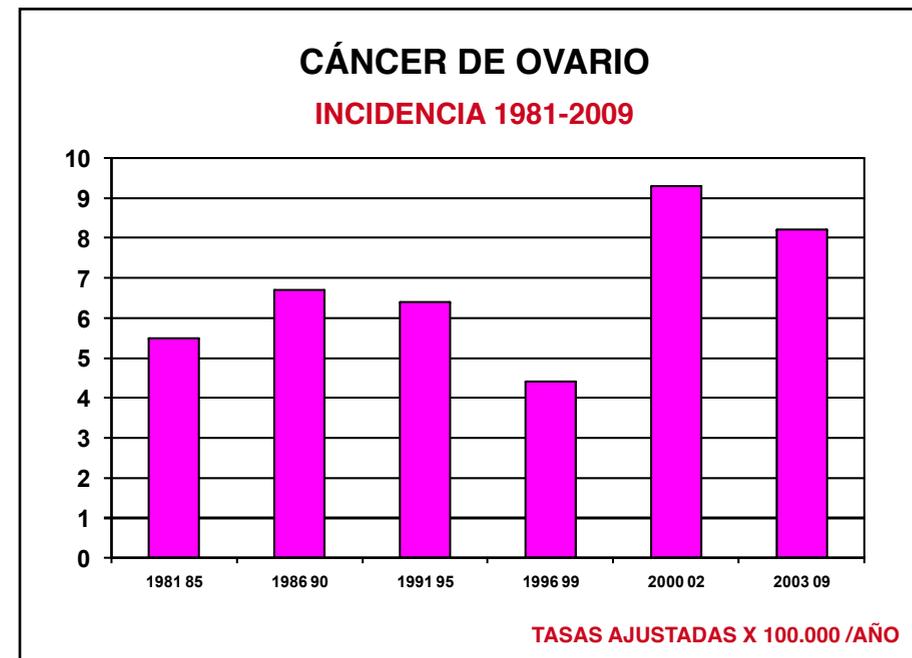
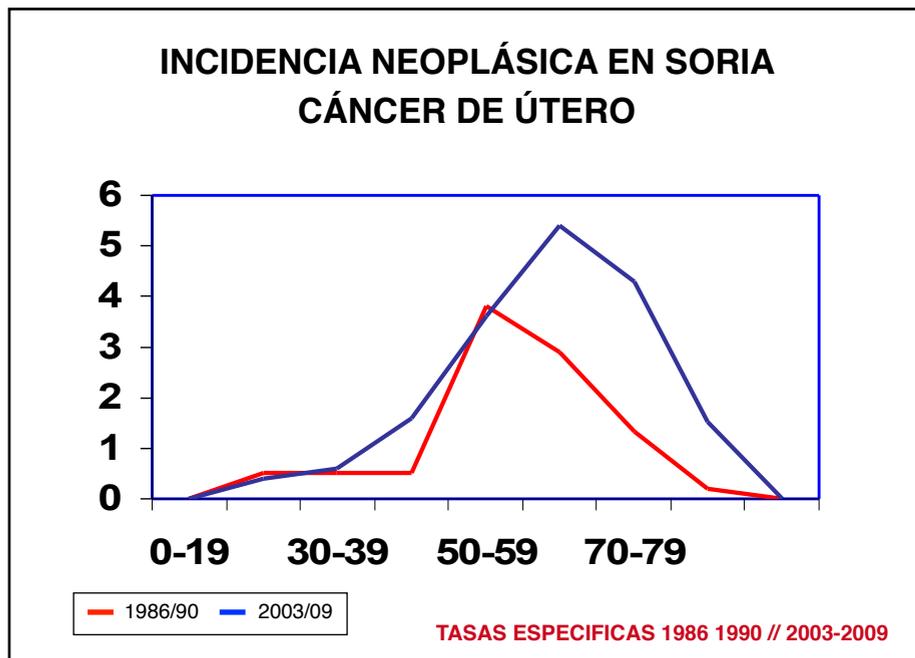
"1960: Casa Mandarria : merienda"



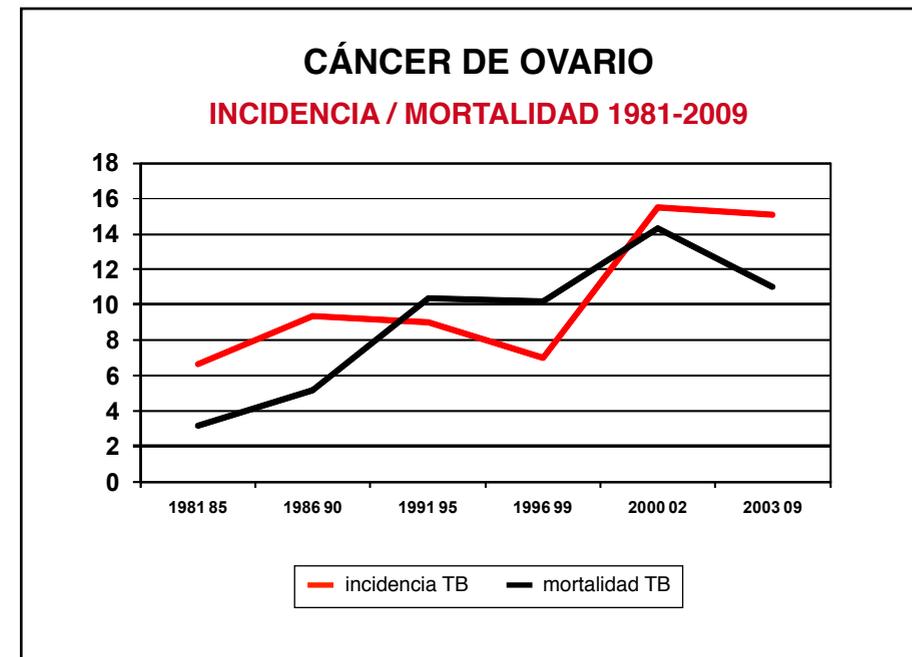


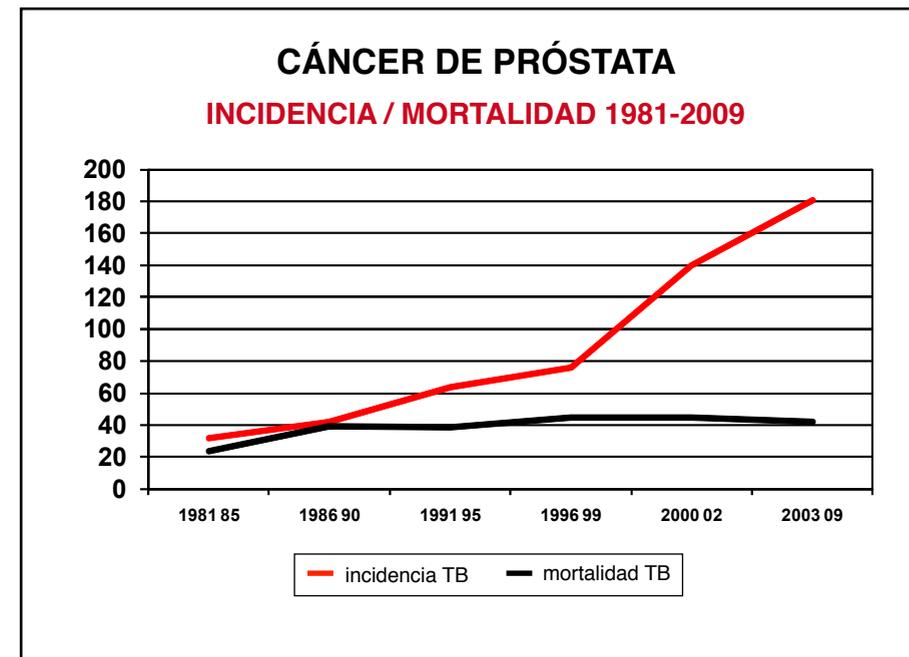
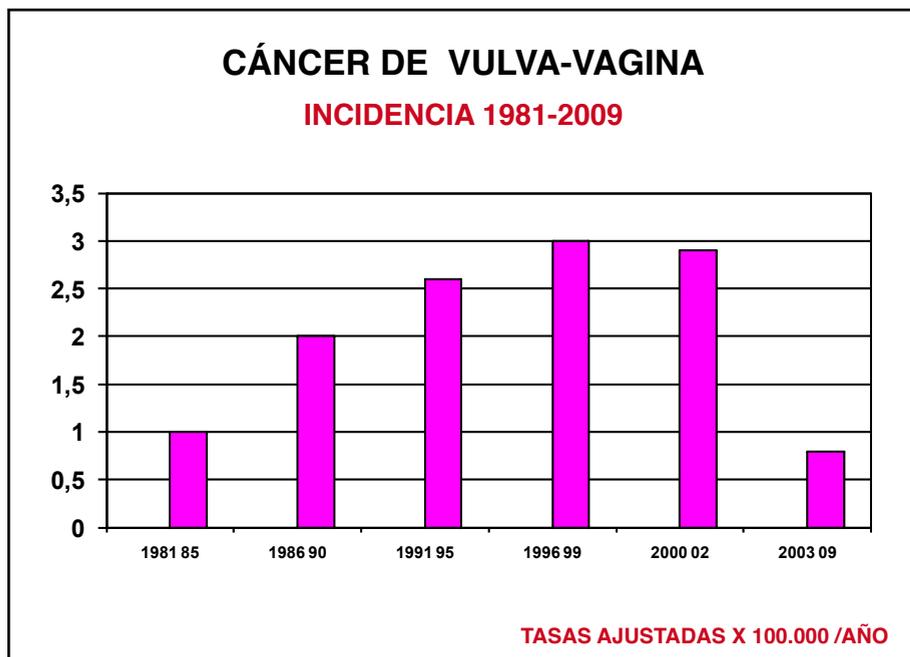
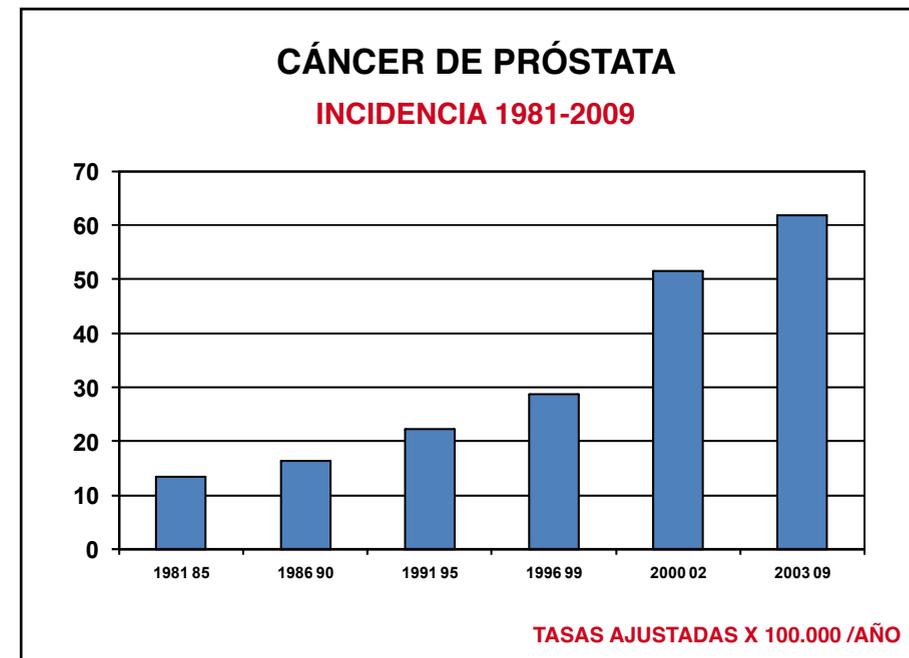
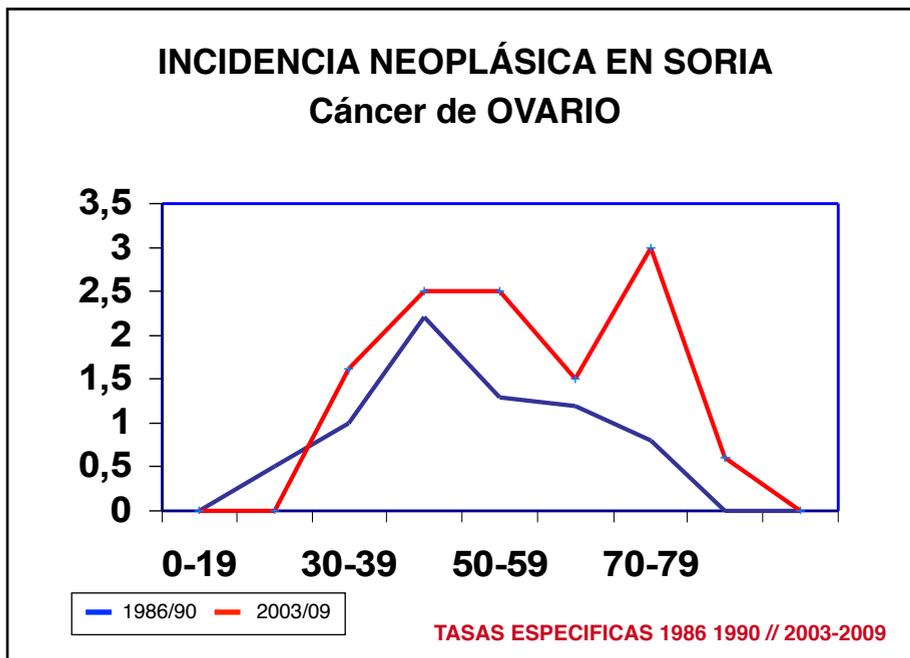


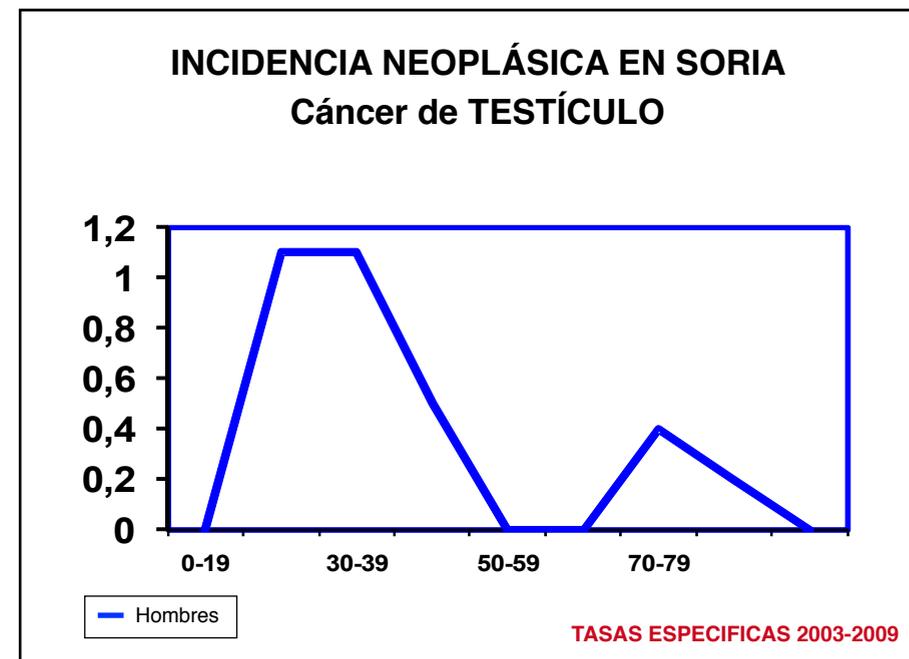
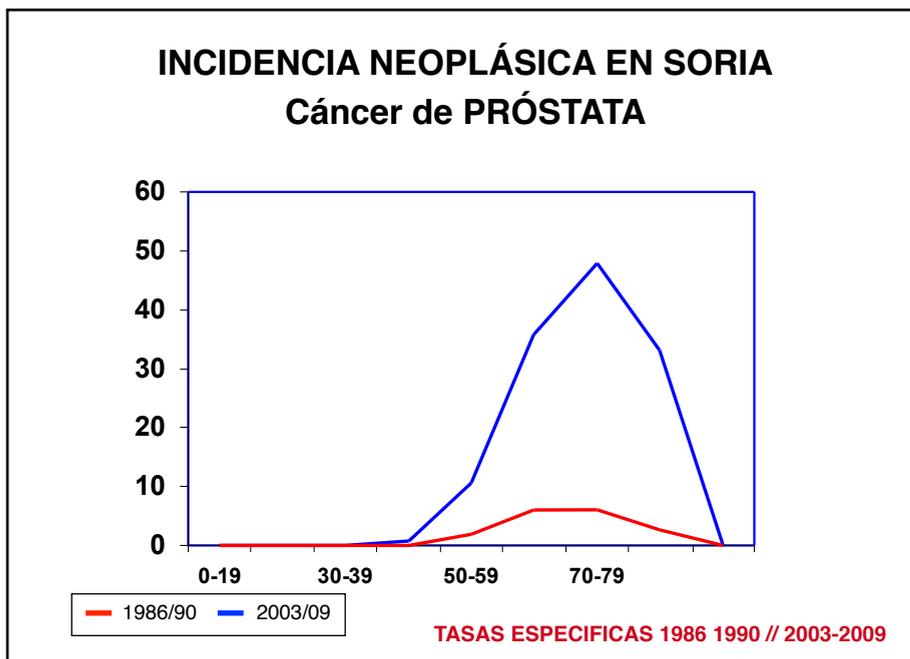
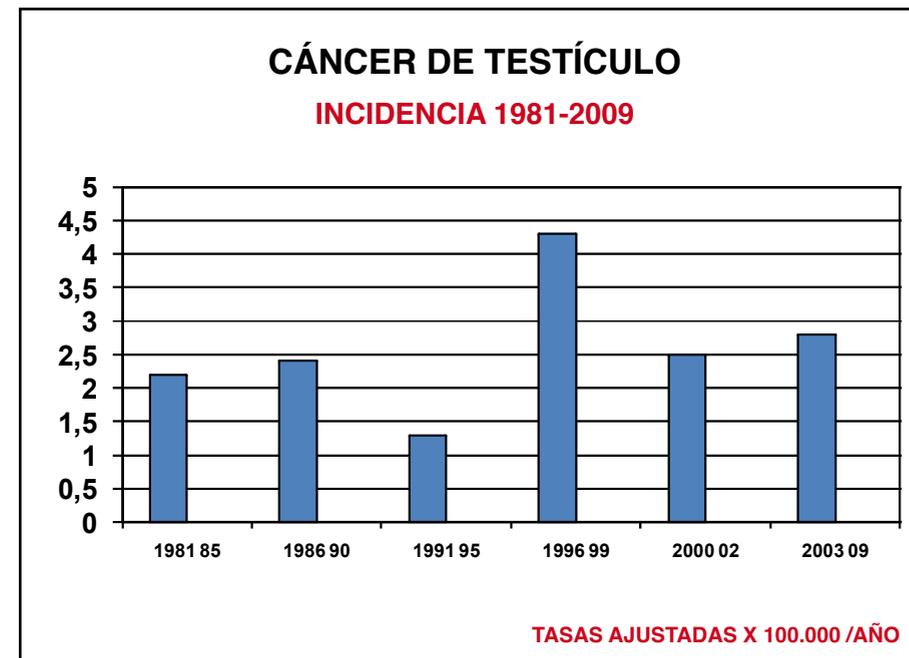
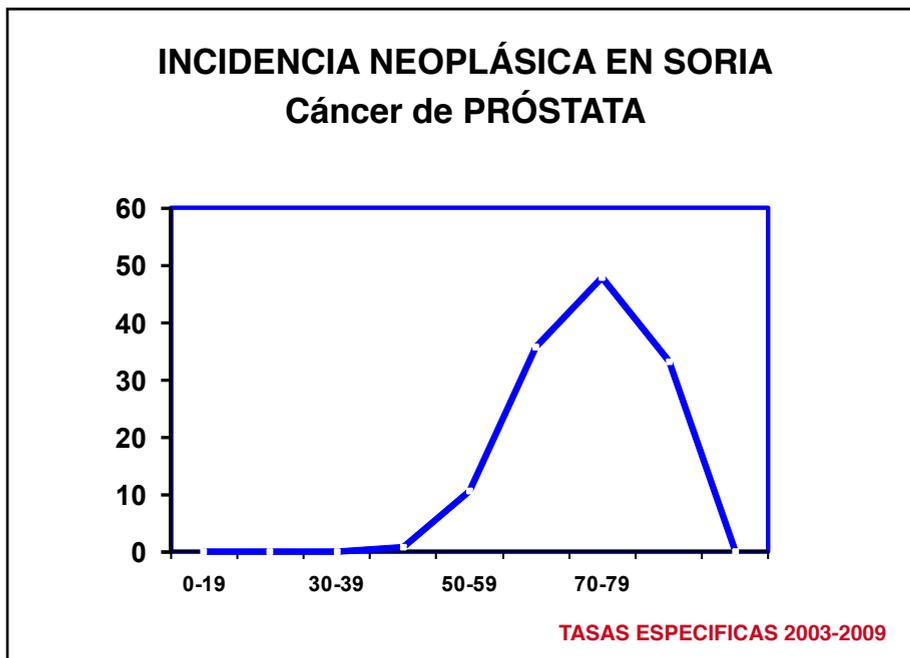


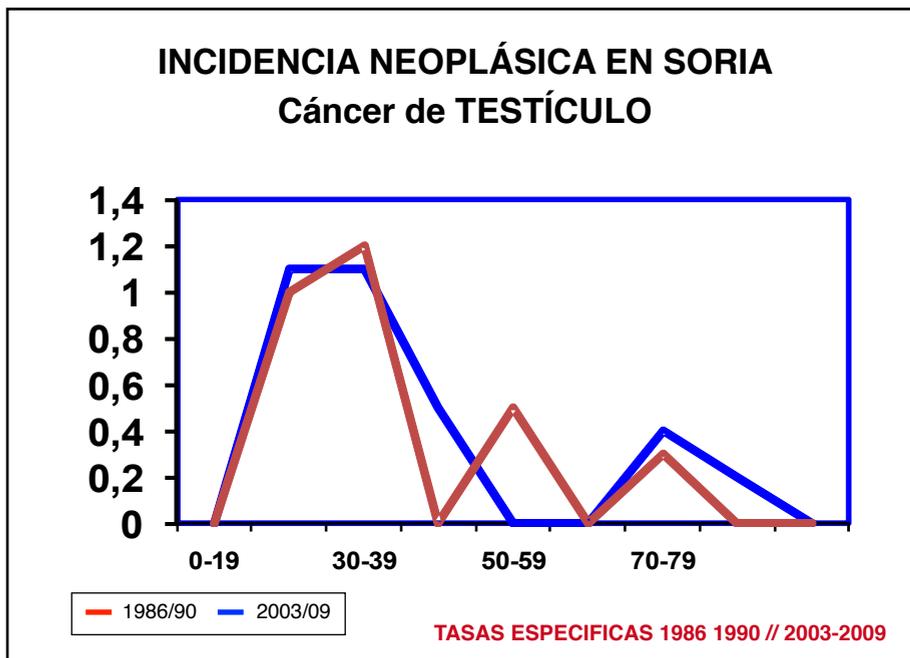


EL CASTAÑERO

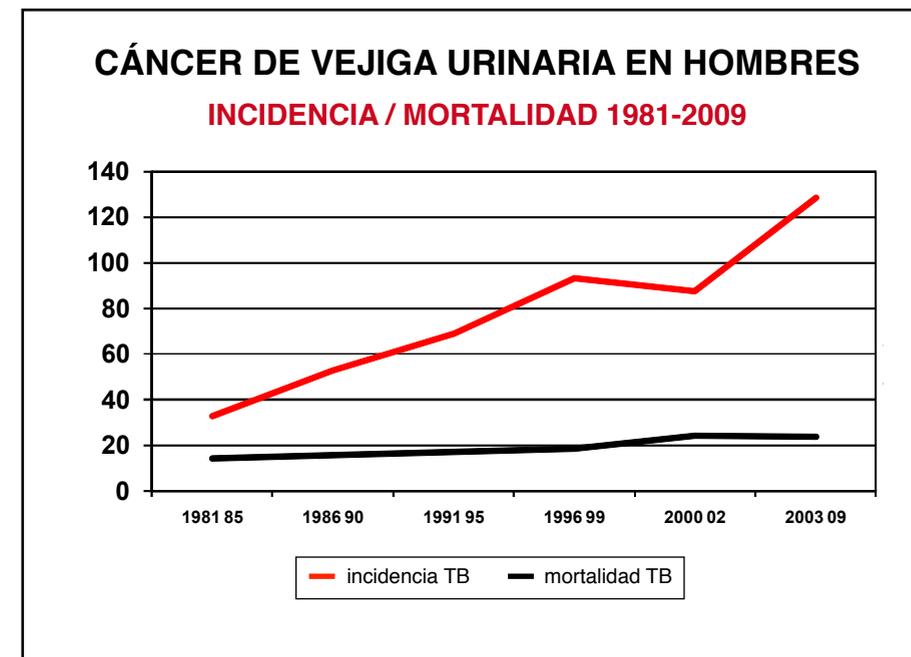
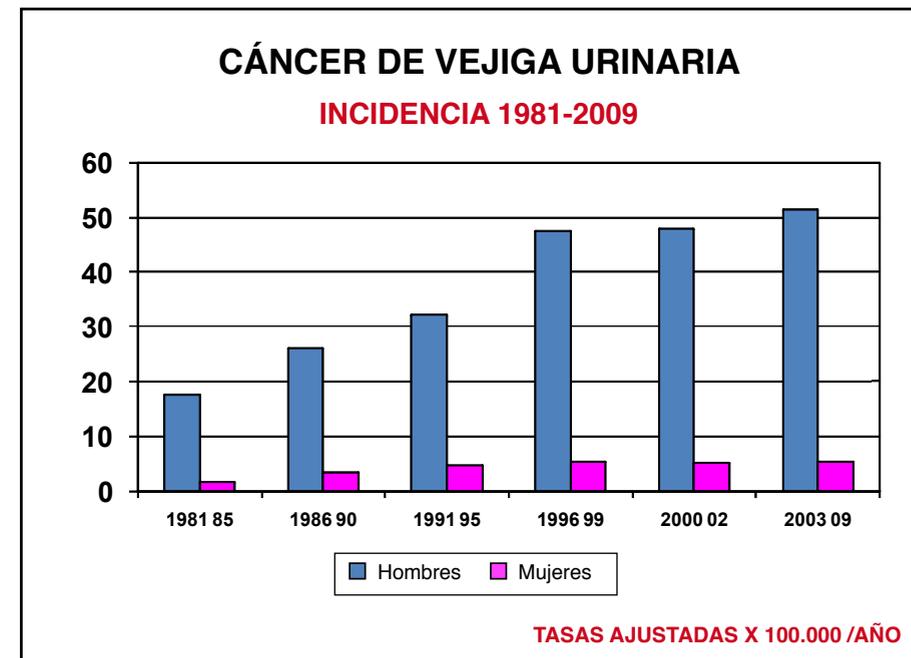


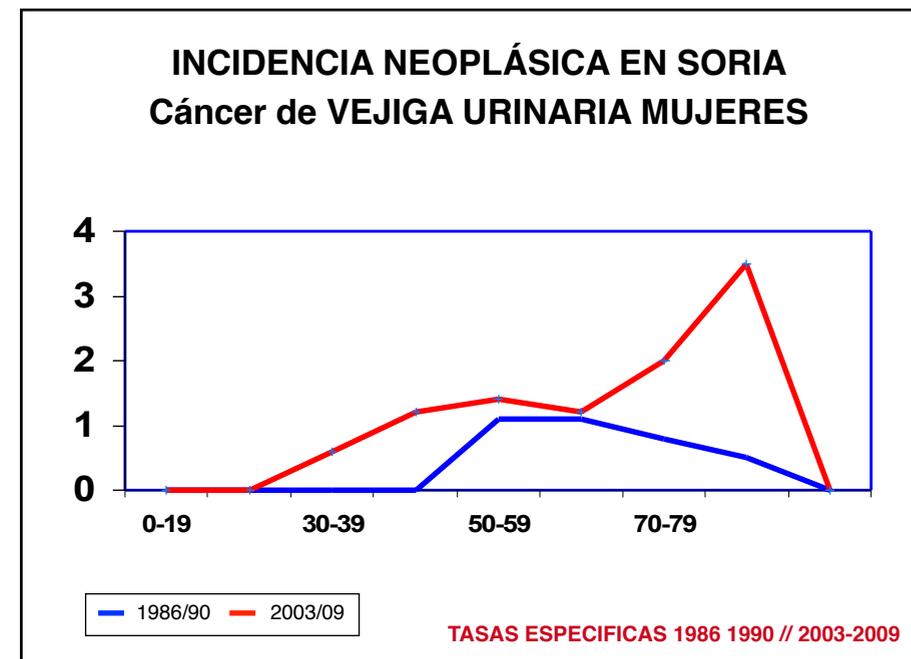
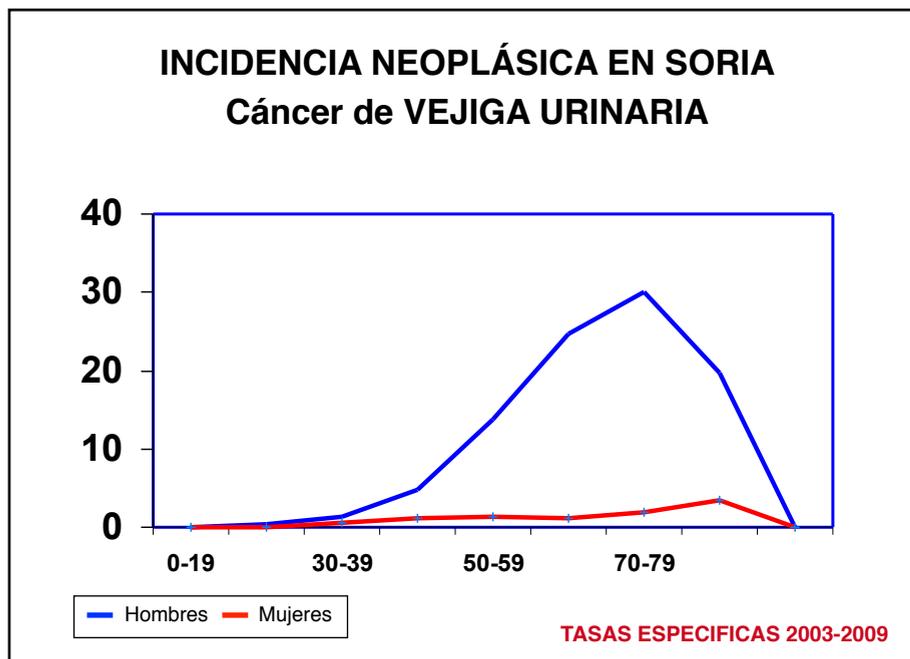
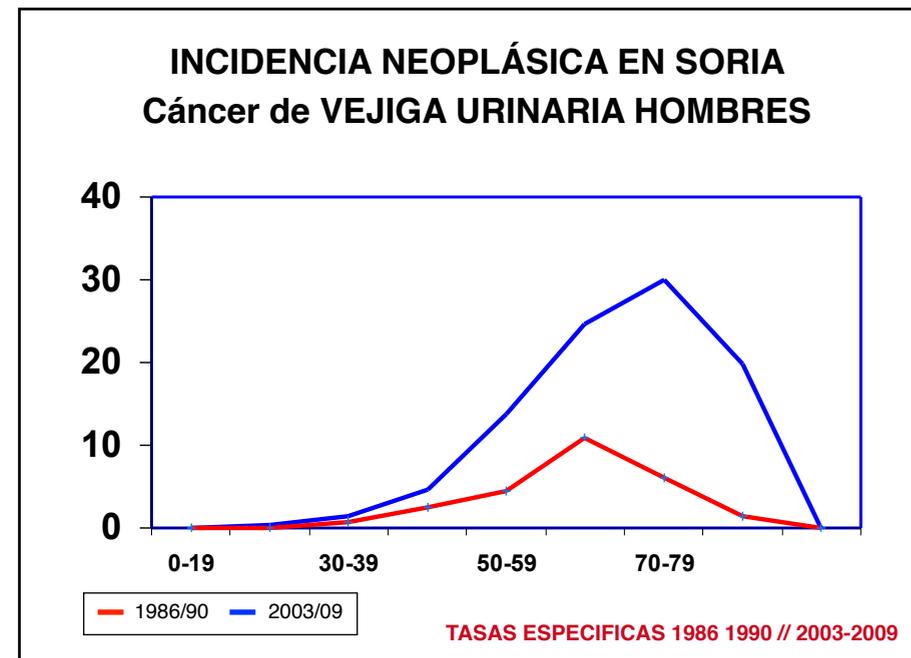
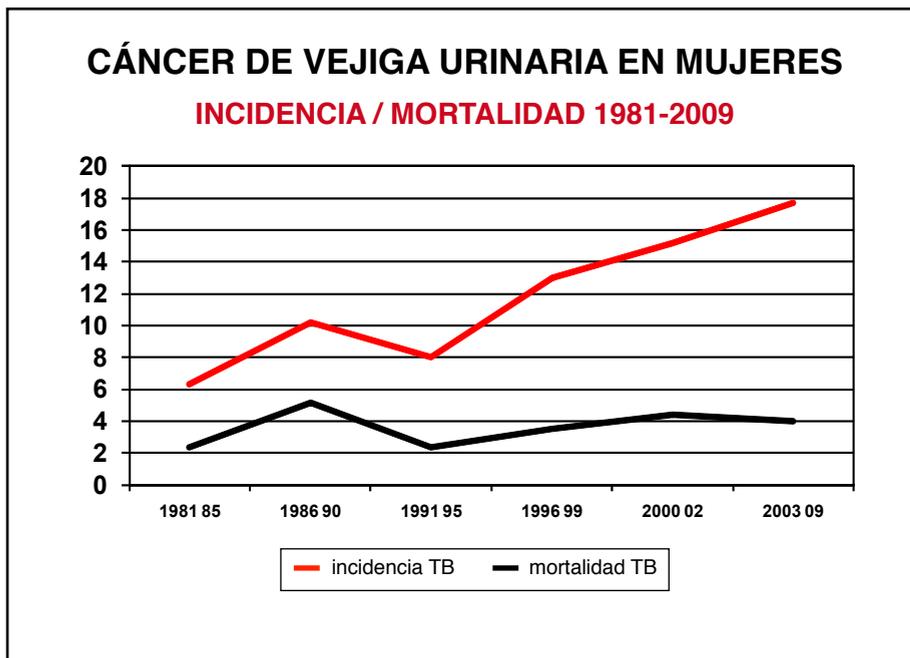


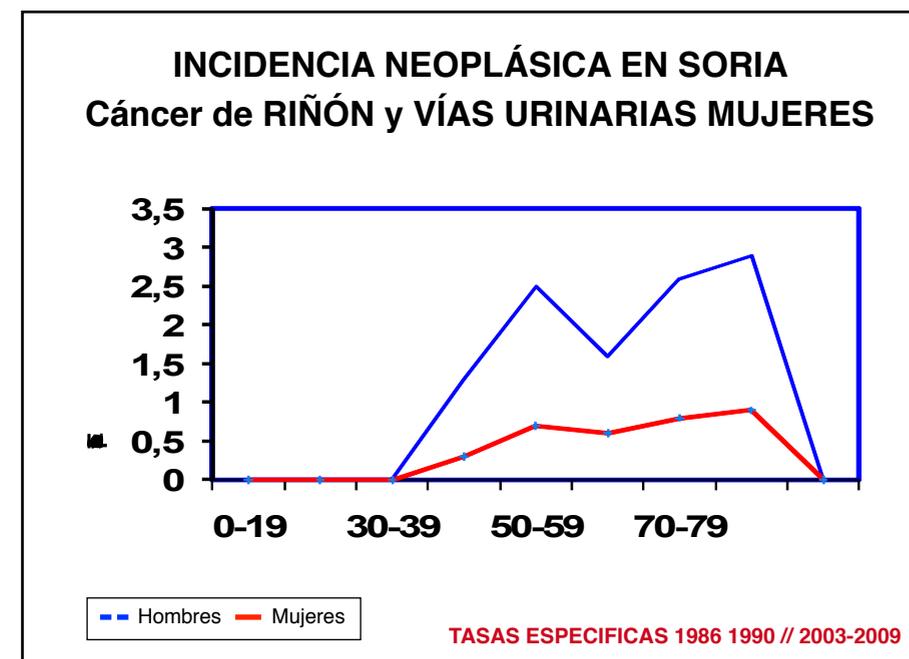
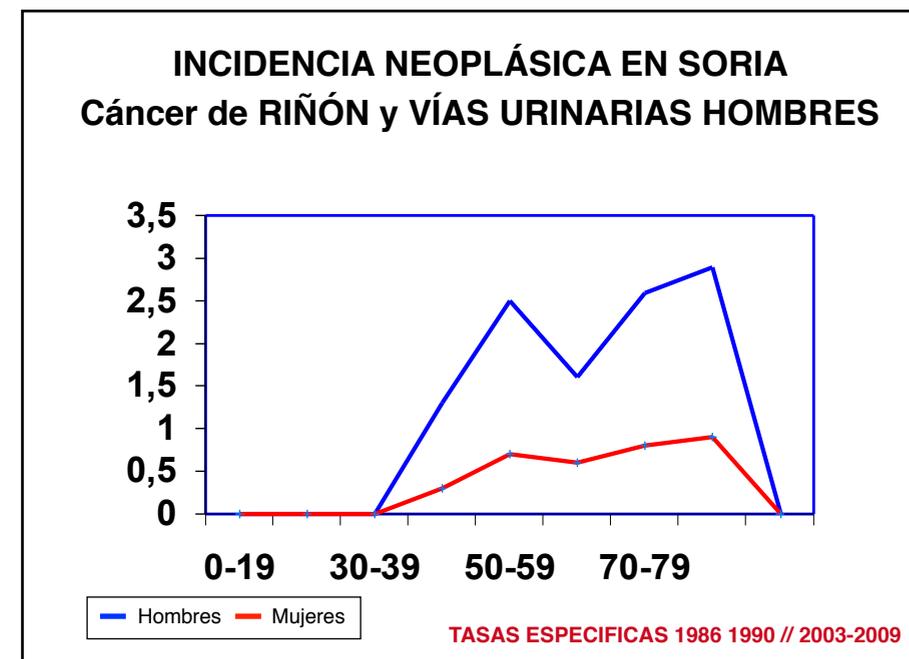
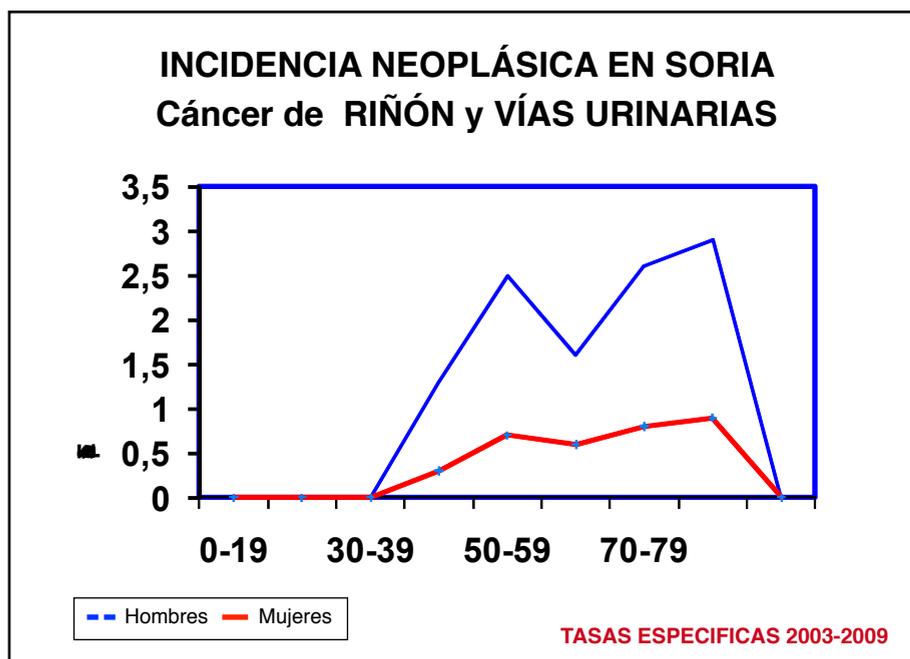
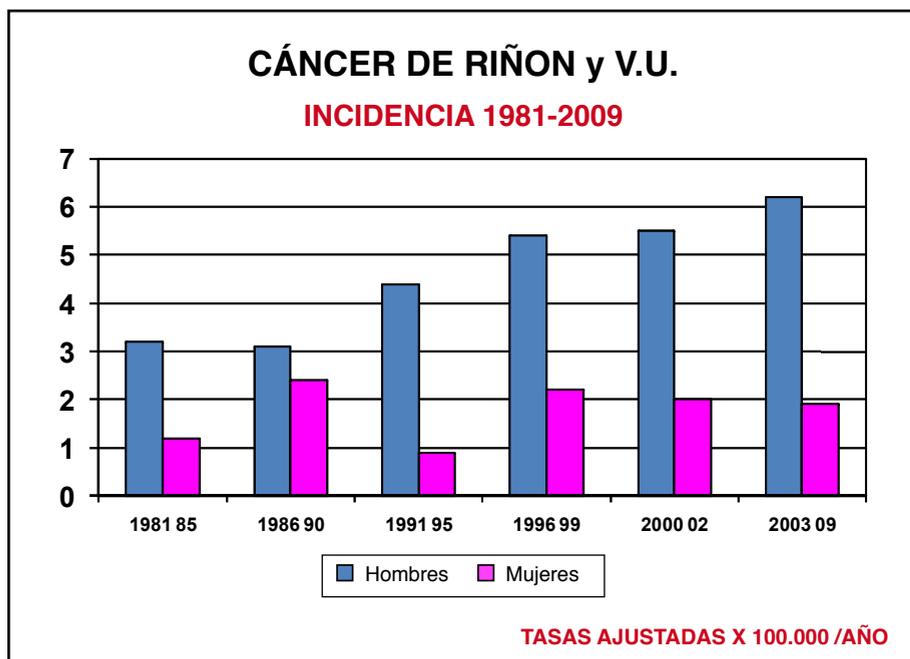


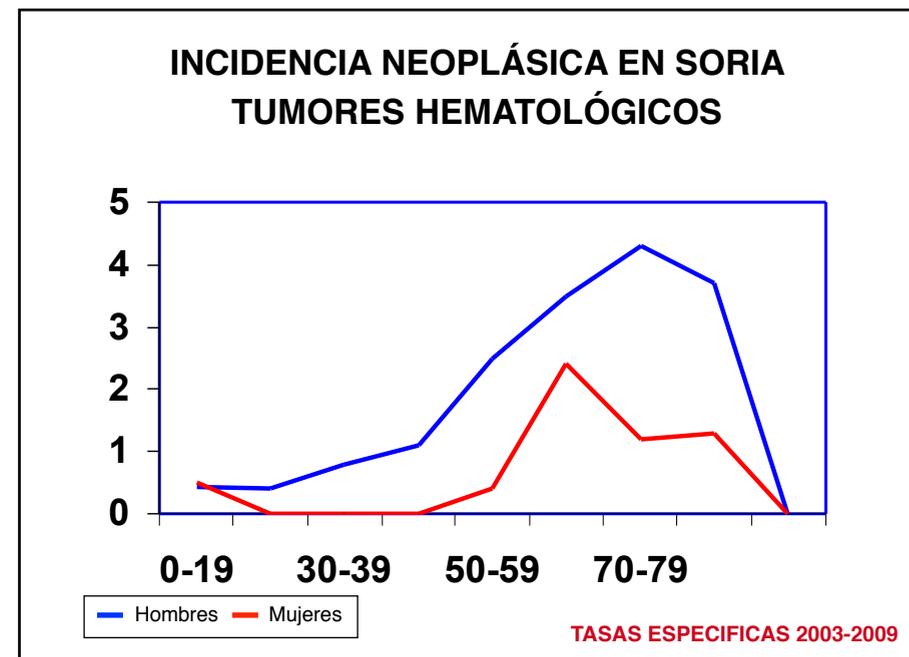
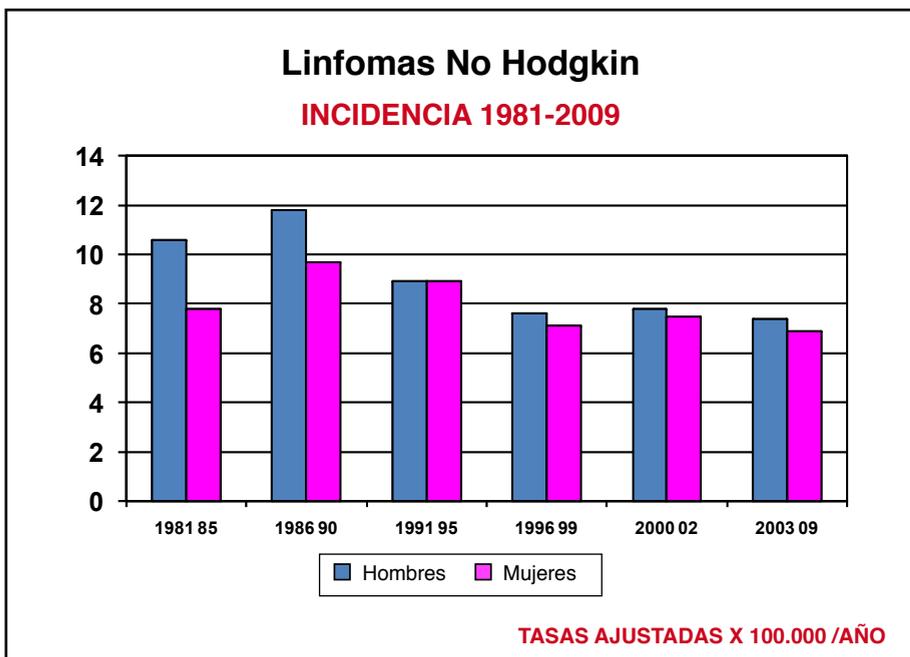
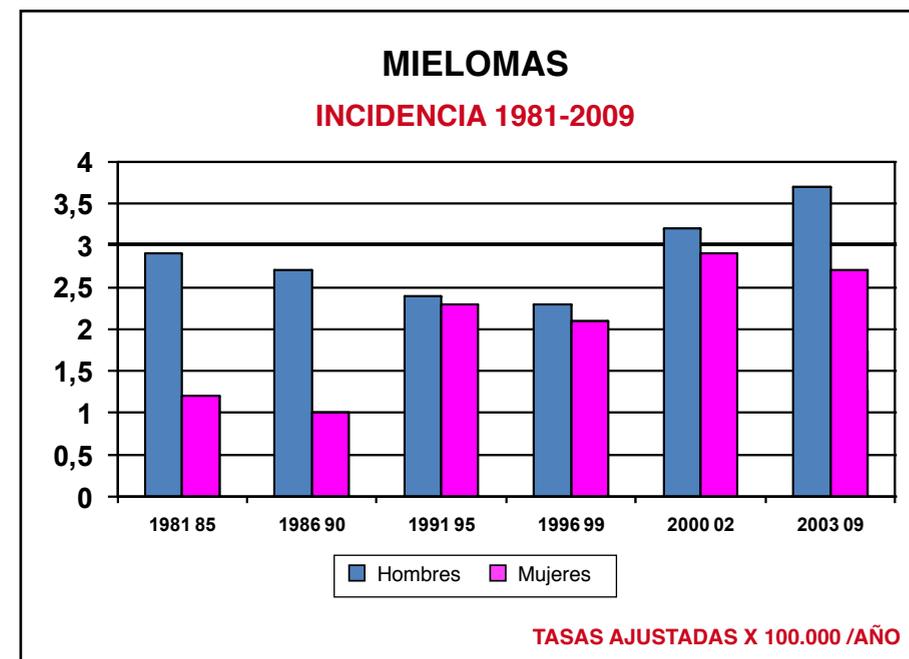
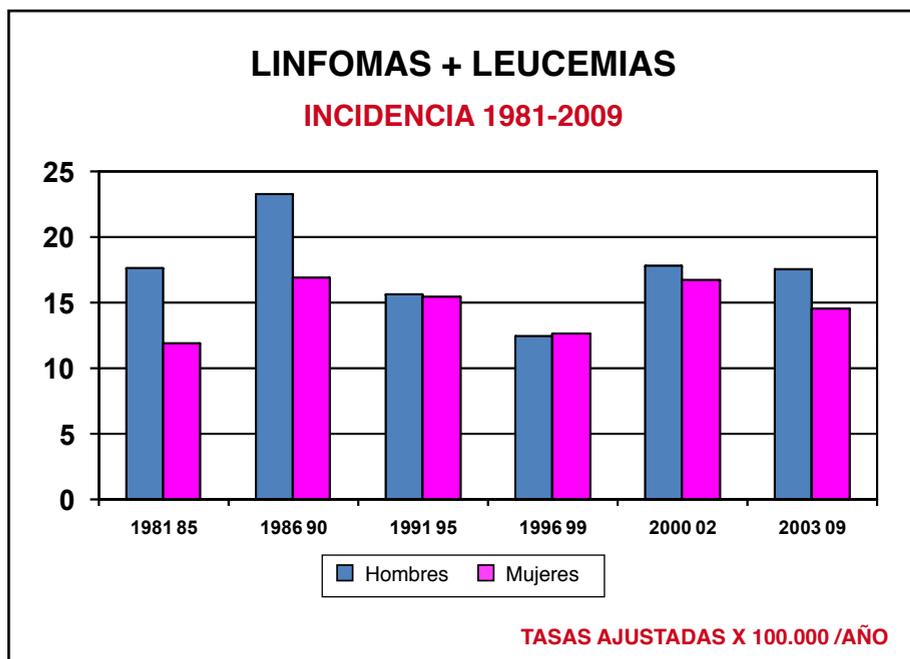


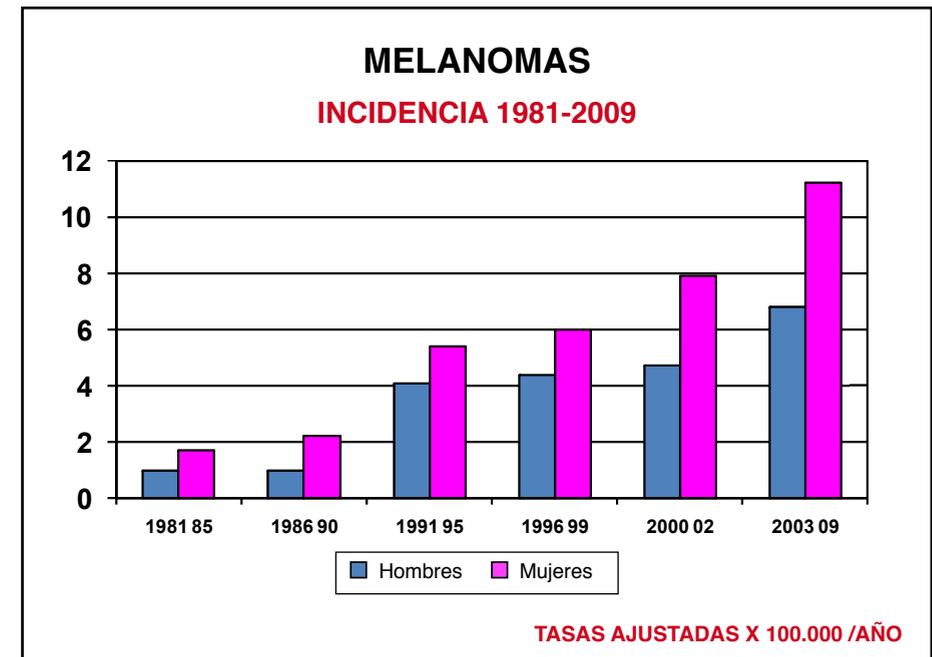
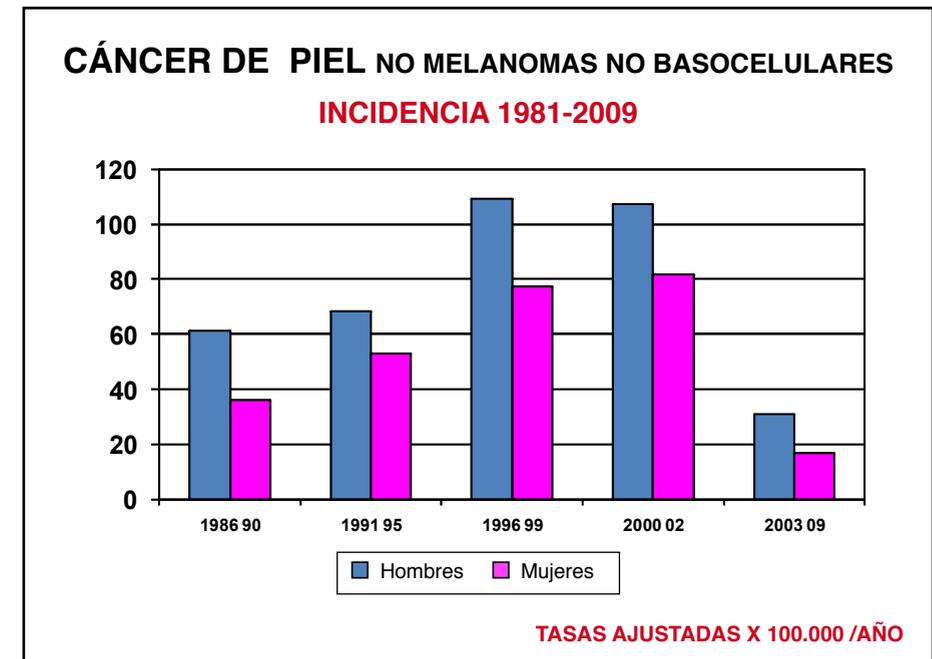
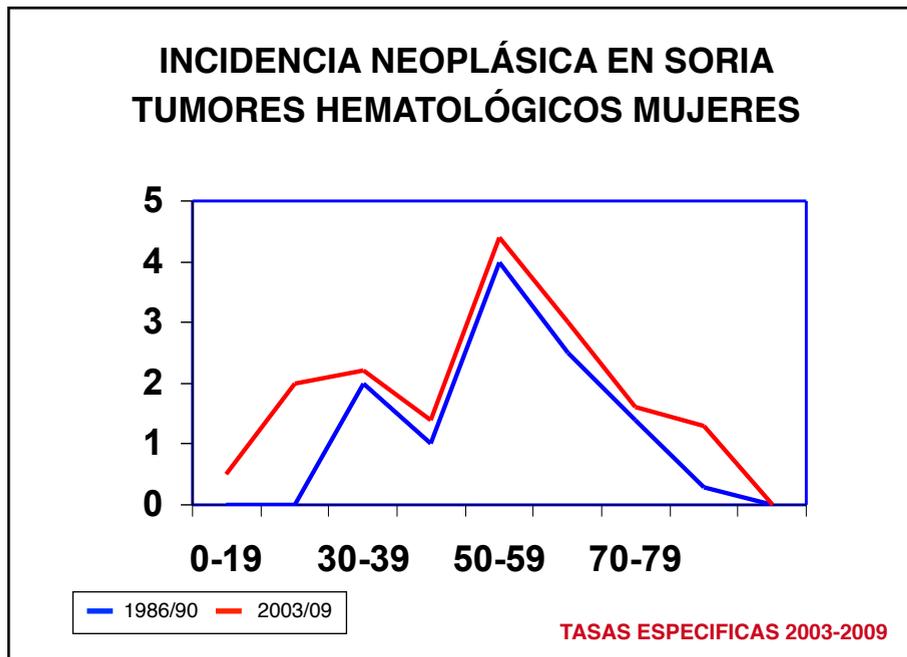
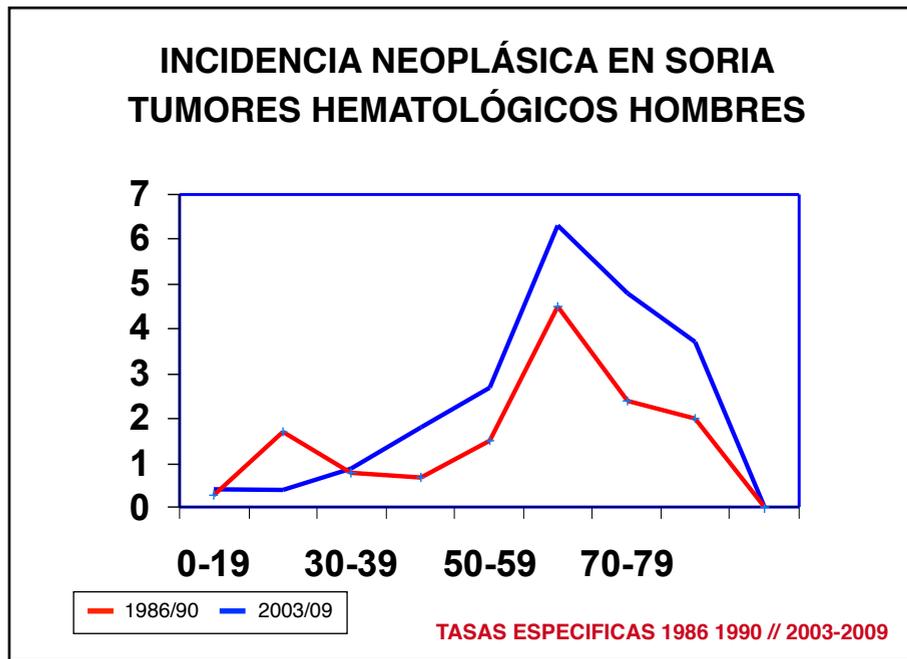
Ampliación y reforma Hospital Santa Bárbara enero, 2011



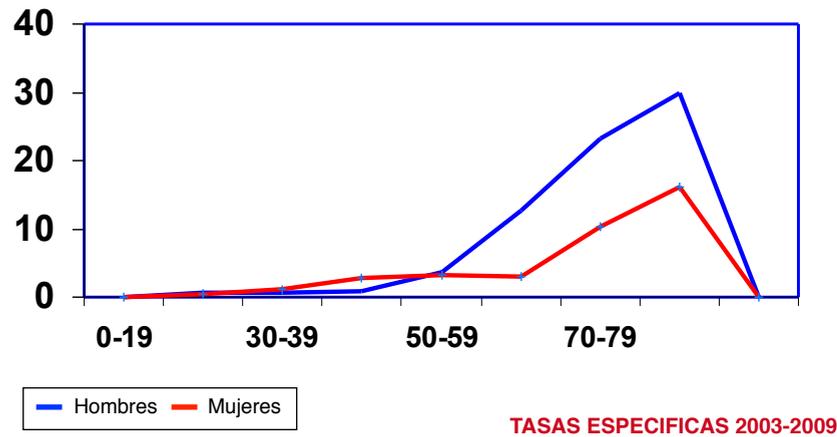




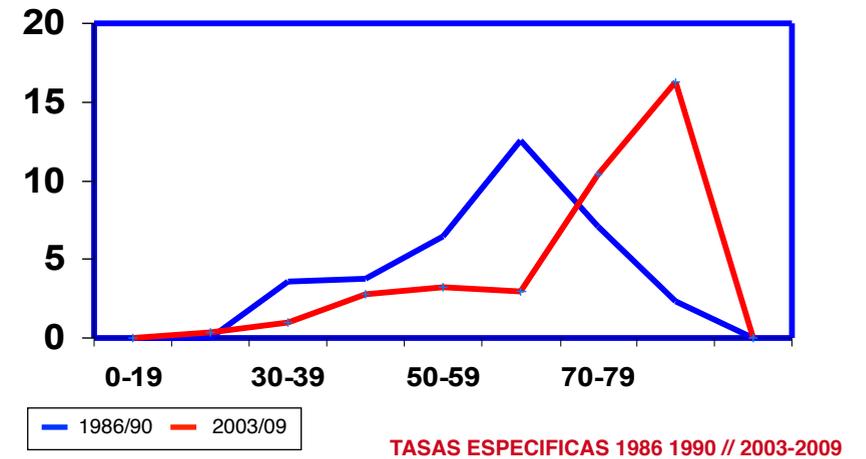




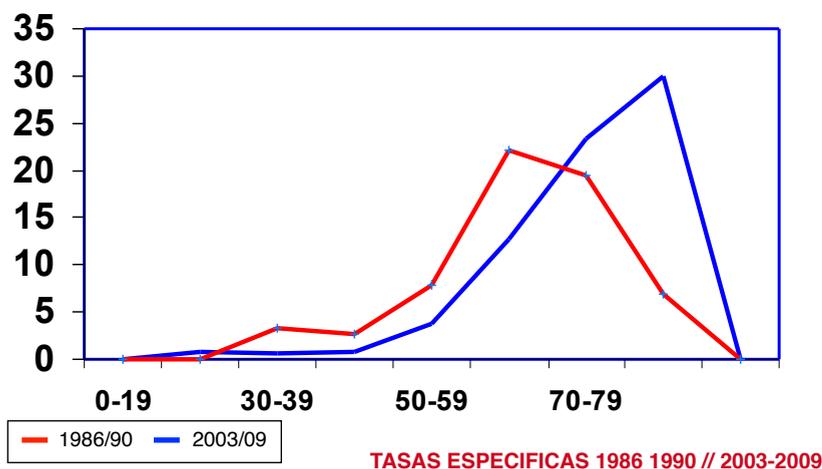
INCIDENCIA NEOPLÁSICA EN SORIA Cáncer de PIEL SIN BASOCELULARES



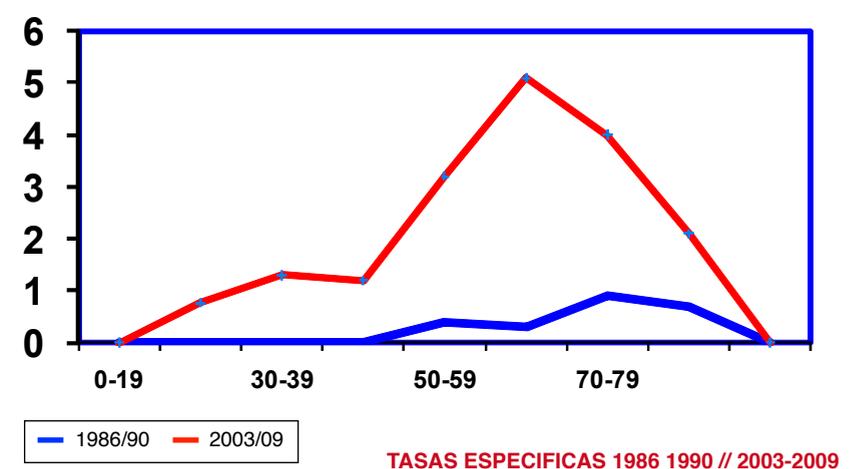
INCIDENCIA NEOPLÁSICA EN SORIA Cáncer de PIEL SIN BASOCELULARES MUJERES

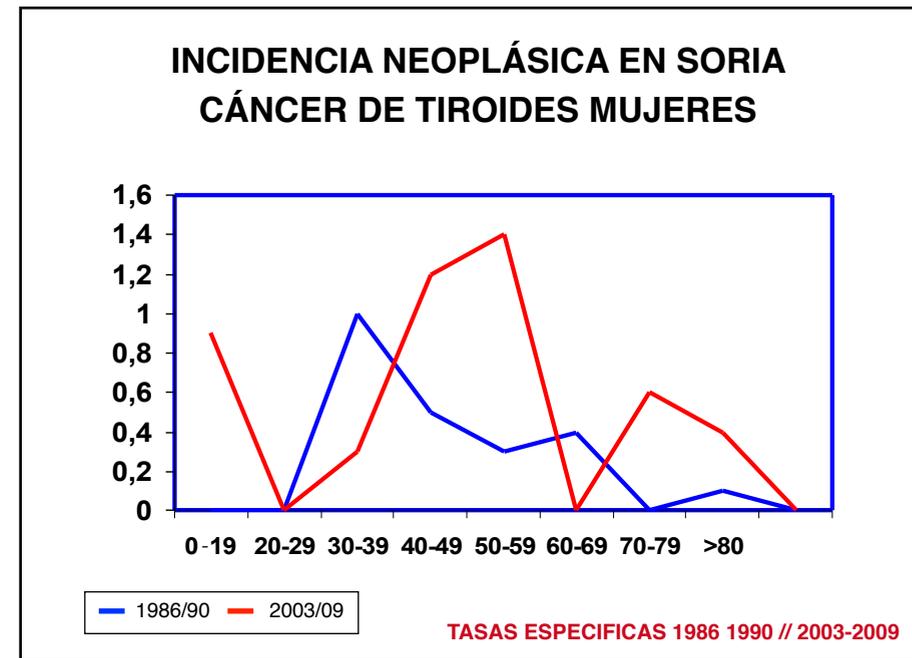
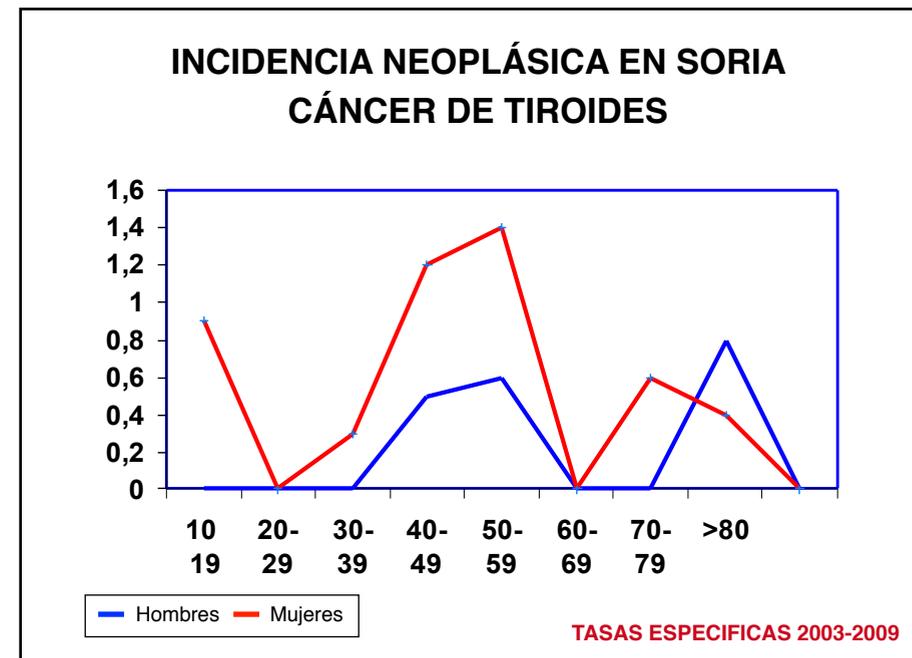
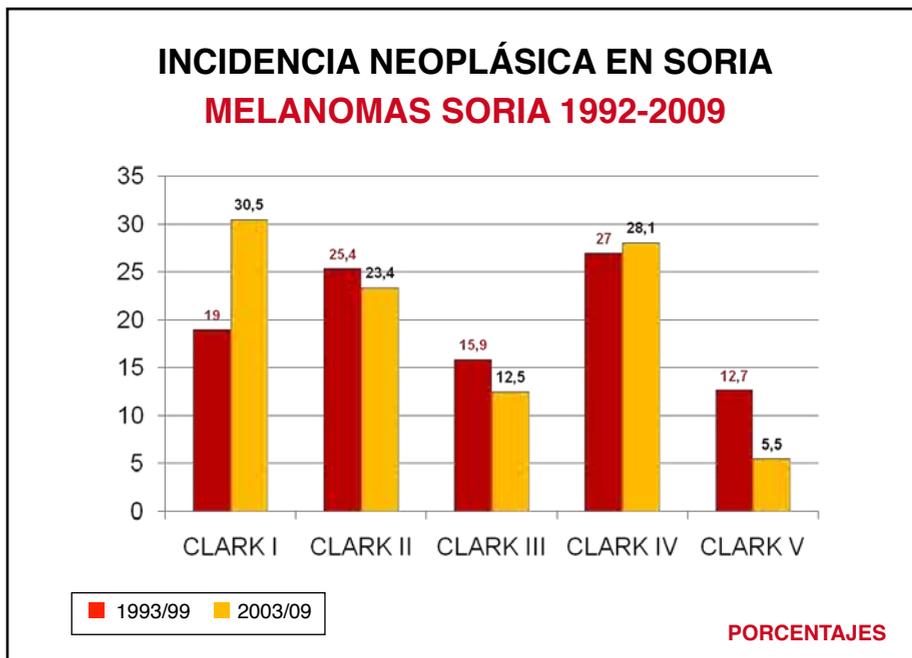


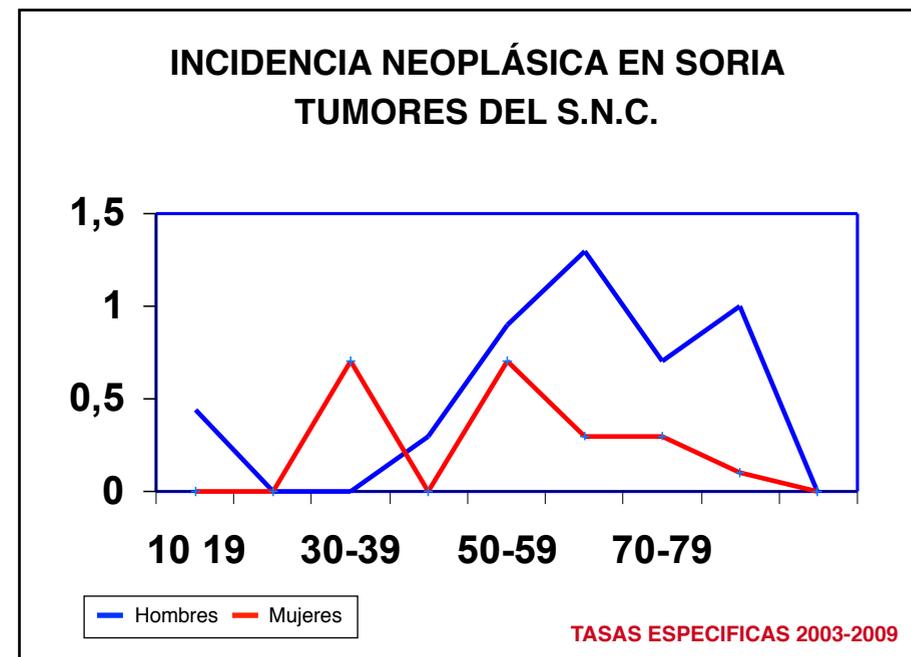
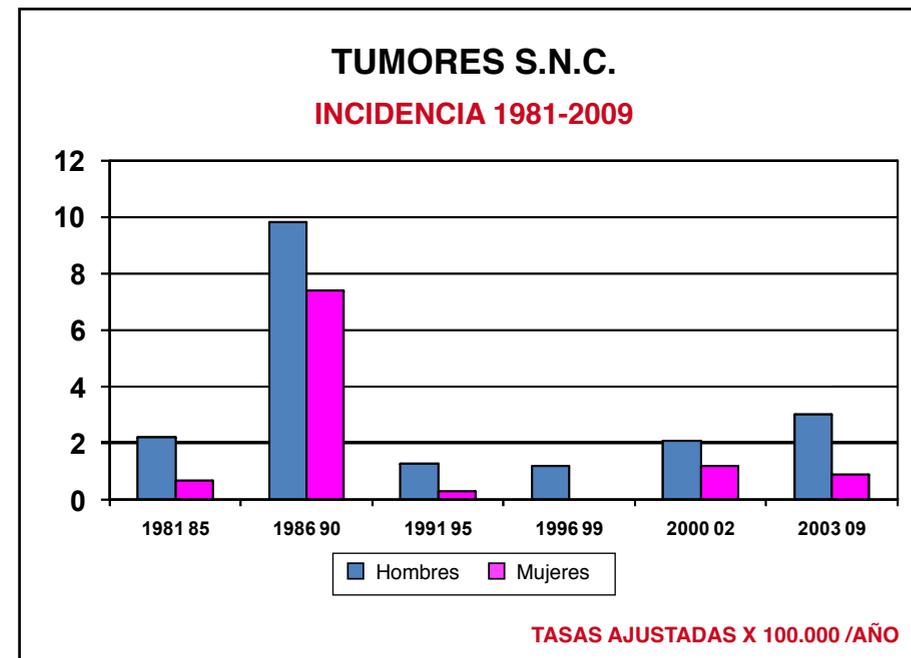
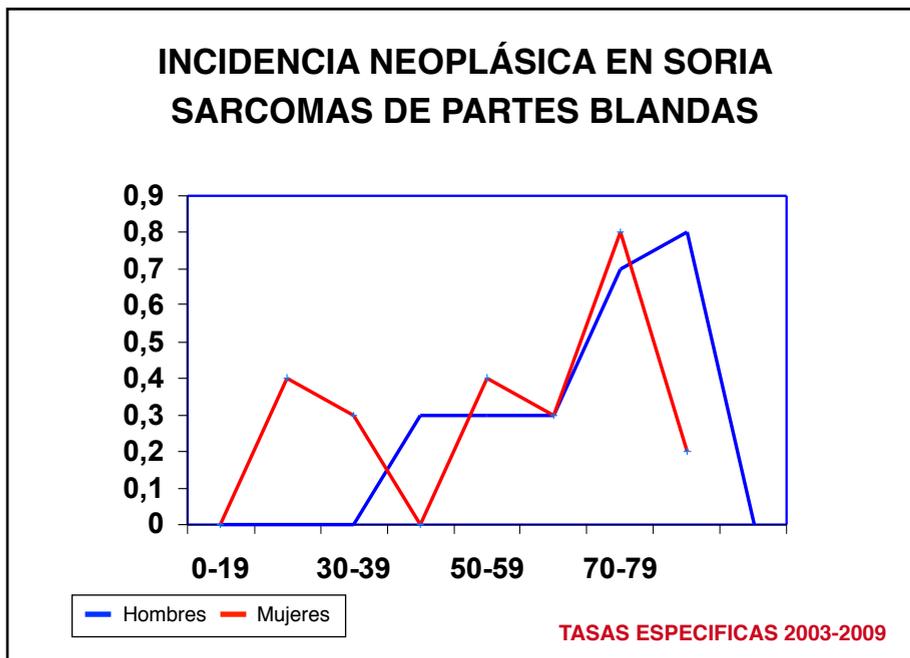
INCIDENCIA NEOPLÁSICA EN SORIA Cáncer de PIEL SIN BASOCELULARES HOMBRES

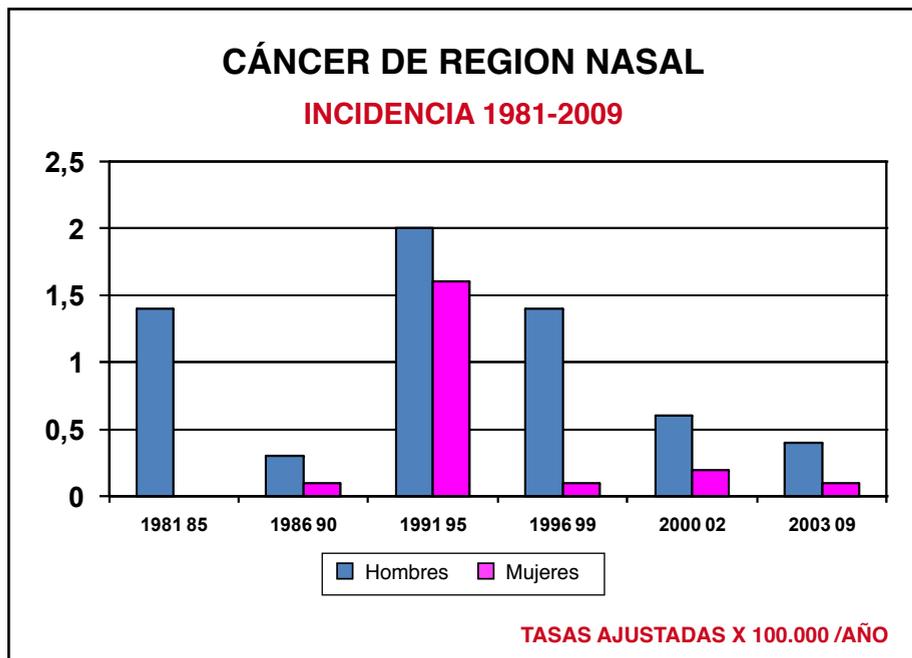


INCIDENCIA NEOPLÁSICA EN SORIA MELANOMAS Mujeres

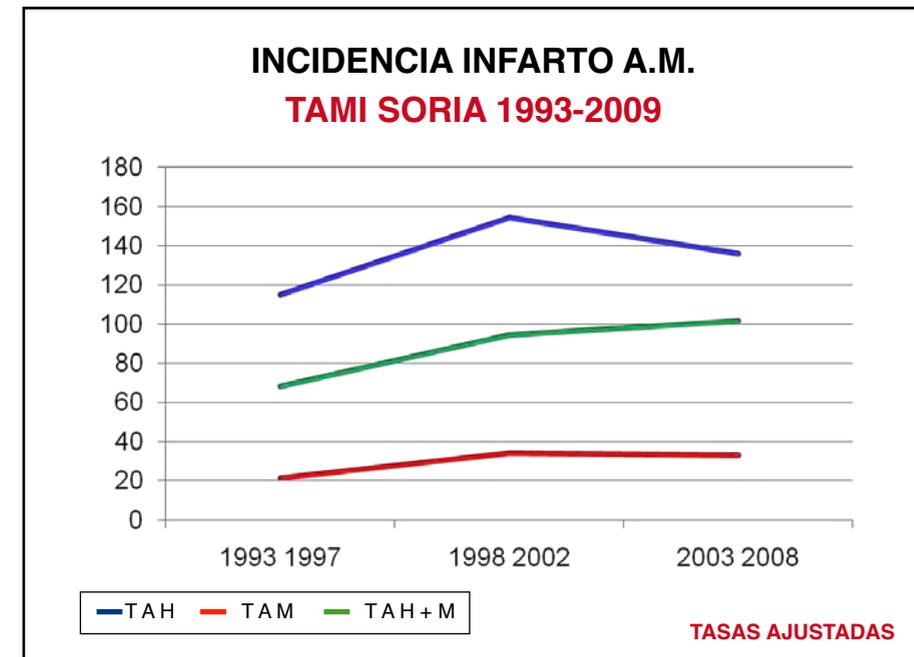
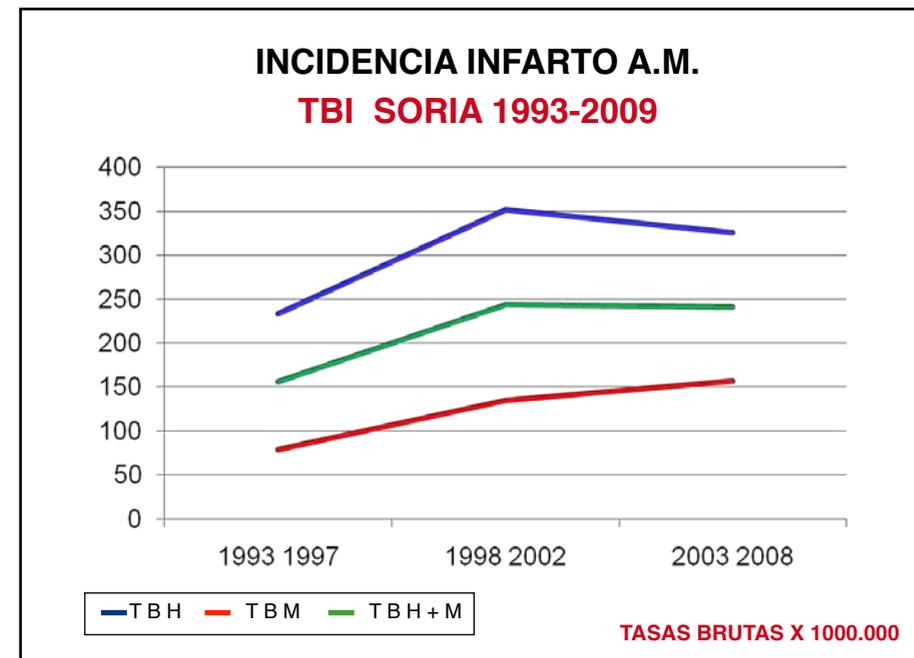








1950s Plaza de San Esteban



EL CÁNCER EN ESPAÑA

Estudio demográfico y de vulgarización

POR EL

Dr. Mariano Iñiguez y Ortiz

Médico numerario por oposición y Director del Hospital provincial de Soria; ex-ayudante de Clínicas por oposición de la Facultad de Medicina de Zaragoza; Académico C. de las RR. y NN. de Medicina y de la Historia de Madrid.



SORIA
Imp. de Reglero.
1926.

**Tablas y gráficos
de Mortalidad**



MORTALIDAD 1980-2008 POR TODAS LAS CAUSAS NÚMERO HOMBRES

Hombres	1980-85	1986-90	1991-95	1996-2000	2001-02	2003-08
Totales	3172	2641	2813	2916	1081	3515
Infeciosas	30	20	30	41	17	45
Diabetes	27	32	37	75	30	78
Neurodegenerativas	37	40	48	65	25	129
Cáncer	672	804	830	855	332	10 ⁵ 6
Cardiovascular	1357	933	975	957	358	1062
Digestivo	165	122	131	134	51	151
Respiratorias	273	275	313	340	116	416
Genitourinario	100	71	85	71	33	106
Forenses	203	194	176	196	55	221
Perinatal	14	6	7	7	2	14
Otras	294	144	181	175	62	237

MORTALIDAD 1980-2008 POR TODAS LAS CAUSAS PORCENTAJES HOMBRES

Hombres	1980-85	1986-90	1991-95	1996-2000	2001-02	2003-08
Totales	3172	2641	2813	2916	1081	3515
Infeciosas	0,9	0,8	1,1	1,4	1,6	1,3
Diabetes	0,9	1,2	1,3	2,6	2,8	2,2
Neurodegenerativas	1,2	1,5	1,7	2,2	2,3	3,7
Cáncer	21,2	30,4	29,5	29,3	30,7	30,0
Cardiovascular	42,8	35,3	34,7	32,8	33,1	30,2
Digestivo	5,2	4,6	4,7	4,6	4,7	4,3
Respiratorias	8,6	10,4	11,1	11,7	10,7	11,8
Genitourinario	3,2	2,7	3,0	2,4	3,1	3,0
Forenses	6,4	7,3	6,3	6,7	5,1	6,3
Perinatal	0,4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4
Otras	9,3	5,5	6,4	6,0	5,7	6,7

MORTALIDAD 1980-2008 POR TODAS LAS CAUSAS TBM HOMBRES

Hombres	1980-85	1986-90	1991-95	1996-2000	2001-02	2003-08
Totales	1055,6	1083,3	1192,9	1237,9	1189,4	1249,1
Infeciosas	10,0	8,2	12,7	17,4	18,7	16,0
Diabetes	9,0	13,1	15,7	31,8	33,0	27,7
Neurodegenerativas	12,3	16,4	20,4	27,6	27,5	45,8
Cáncer	223,6	329,8	352,0	363,0	365,3	375,3
Cardiovascular	451,6	382,7	413,5	406,3	393,9	377,4
Digestivo	54,9	50,0	55,6	56,9	56,1	53,7
Respiratorias	90,8	112,8	132,7	144,3	127,6	147,8
Genitourinario	33,3	29,1	36,0	30,1	36,3	37,7
Forenses	67,6	79,6	74,6	83,2	60,5	78,5
Perinatal	4,7	2,5	3,0	3,0	2,2	5,0
Otras	97,8	59,1	76,8	74,3	68,2	84,2

MORTALIDAD 1980-2008 POR TODAS LAS CAUSAS NÚMERO MUJERES

Mujeres	1980-85	1986-90	1991-95	1996-2000	2001-02	2003-08
Totales	2746	2256	2453	2564	950	3353
Infeciosas	28	15	28	39	9	54
Diabetes	53	60	59	63	25	98
Neurodegenerativas	20	28	42	69	31	181
Cáncer	445	487	528	506	214	670
Cardiovascular	1388	1009	1102	1014	375	1230
Digestivo	113	132	114	130	56	164
Respiratorias	229	228	214	284	89	346
Genitourinario	80	76	86	62	19	101
Forenses	92	52	56	73	21	113
Perinatal	8	8	1	0	1	5
Otras	290	161	223	324	110	391

MORTALIDAD 1980-2008 POR TODAS LAS CAUSAS PORCENTAJES MUJERES

Mujeres	1980-85	1986-90	1991-95	1996-2000	2001-02	2003-08
Totales	2746	2256	2453	2564	950	3353
Infecciosas	1,0	0,7	1,1	1,5	0,9	1,6
Diabetes	1,9	2,7	2,4	2,5	2,6	2,9
Neurodegenerativas	0,7	1,2	1,7	2,7	3,3	5,4
Cáncer	16,2	21,6	21,5	19,7	22,5	20,0
Cardiovascular	50,5	44,7	44,9	39,5	39,5	36,7
Digestivo	4,1	5,9	4,6	5,1	5,9	4,9
Respiratorias	8,3	10,1	8,7	11,1	9,4	10,3
Genitourinario	2,9	3,4	3,5	2,4	2,0	3,0
Forenses	3,4	2,3	2,3	2,8	2,2	3,4
Perinatal	0,3	0,4	0,0	0,0	0,1	0,1
Otras	10,6	7,1	9,1	12,6	11,6	11,7

MORTALIDAD 1980-2008 POR TODAS LAS CAUSAS TBM MUJERES

Mujeres	1980-85	1986-90	1991-95	1996-2000	2001-02	2003-08
Totales	903,9	924,5	1035,6	1084,5	1049,2	1218,2
Infecciosas	9,2	6,1	11,8	16,5	9,9	19,6
Diabetes	17,4	24,6	24,9	26,6	27,6	35,6
Neurodegenerativas	6,6	11,5	17,7	29,2	34,2	65,8
Cáncer	146,5	199,6	222,9	214,0	236,3	243,4
Cardiovascular	456,9	413,5	465,2	428,9	414,1	446,9
Digestivo	37,2	54,1	48,1	55,0	61,8	59,6
Respiratorias	75,4	93,4	90,3	120,1	98,3	125,7
Genitourinario	26,3	31,1	36,3	26,2	21,0	36,7
Forenses	30,3	21,3	23,6	30,9	23,2	41,1
Perinatal	2,6	3,3	0,4	0,0	1,1	1,8
Otras	95,5	66,0	94,1	137,0	121,5	142,1

MORTALIDAD 1980-2008 POR TODAS LAS CAUSAS NÚMERO HOMBRES + MUJERES

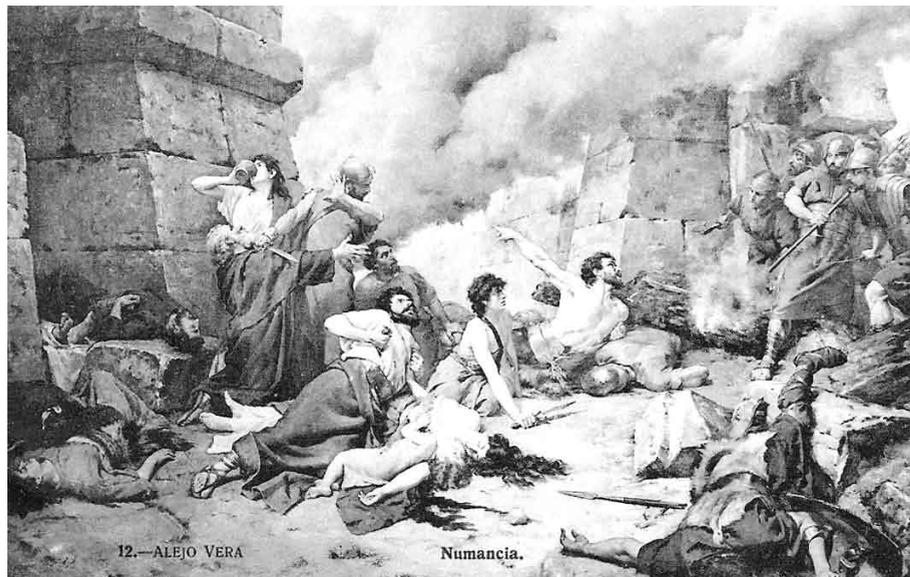
Total H+M	1980-85	1986-90	1991-95	1996-2000	2001-02	2003-08
Totales	5918	4897	5266	5480	2031	6868
Infecciosas	58	35	58	80	26	99
Diabetes	80	92	96	138	55	176
Neurodegenerativas	57	68	90	134	56	310
Cáncer	1117	1291	1358	1361	546	1726
Cardiovascular	2745	1942	2077	1971	733	2292
Digestivo	278	254	245	264	107	315
Respiratorias	502	503	527	624	205	762
Genitourinario	180	147	171	133	52	207
Forenses	295	246	232	269	76	334
Perinatal	22	14	8	7	3	19
Otras	584	305	404	499	172	628

MORTALIDAD 1980-2008 POR TODAS LAS CAUSAS PORCENTAJES HOMBRES + MUJERES

Total H+M	1980-85	1986-90	1991-95	1996-2000	2001-02	2003-08
Totales	5918	4897	5266	5480	2031	6868
Infecciosas	1,0	0,7	1,1	1,5	1,3	1,4
Diabetes	1,4	1,9	1,8	2,5	2,7	2,6
Neurodegenerativas	1,0	1,4	1,7	2,4	2,8	4,5
Cáncer	18,9	26,4	25,8	24,8	26,9	25,1
Cardiovascular	46,4	39,7	39,4	36,0	36,1	33,4
Digestivo	4,7	5,2	4,7	4,8	5,3	4,6
Respiratorias	8,5	10,3	10,0	11,4	10,1	11,1
Genitourinario	3,0	3,0	3,2	2,4	2,6	3,0
Forenses	5,0	5,0	4,4	4,9	3,7	4,9
Perinatal	0,4	0,3	0,2	0,1	0,1	0,3
Otras	9,9	6,2	7,7	9,1	8,5	9,1

MORTALIDAD 1980-2008 POR TODAS LAS CAUSAS TBM HOMBRES + MUJERES

Total H+M	1980-85	1986-90	1991-95	1996-2000	2001-02	2003-08
Totales	979,3	1003,8	1114,1	1180,4	1119,4	1233,8
Infecciosas	9,6	7,2	12,3	17,2	14,3	17,8
Diabetes	13,2	18,9	20,3	29,7	30,3	31,6
Neurodegenerativas	9,4	13,9	19,0	28,9	30,9	55,7
Cáncer	184,8	264,6	287,3	293,2	300,9	310,1
Cardiovascular	454,2	398,1	439,4	424,6	404,0	411,8
Digestivo	46,0	52,1	51,8	56,9	59,0	56,6
Respiratorias	83,1	103,1	111,5	134,4	113,0	136,9
Genitourinario	29,8	30,1	36,2	28,6	28,7	37,2
Forenses	48,8	50,4	49,1	57,9	41,9	60,0
Perinatal	3,6	2,9	1,7	1,5	1,7	3,4
Otras	96,6	62,5	85,5	107,5	94,8	112,8



Numancia. Alejo Vera

RELACIÓN ENTRE LAS TASAS BRUTAS DE INCIDENCIA y MORTALIDAD NEOPLÁSICA EN SORIA 1991-1995 PARÁMETROS PRONOSTICOS TB I / TB M

Localización	HOMBRES	MUJERES
Labio, Cavidad Oral, Faringe	2.02	5.0
Esófago	0.8 NV	0.83 NV
Estómago	1.5	0.73
Colon Recto-Sigma-Ano	1.9	1.9
Hígado	1.6	2.0
Páncreas	0.4 NV	0.1 NV
Tráquea-Bronquios-Pulmones-Pleura	0.9 NV	2.0
Piel no Melanomas	65.0	70.7
Melanomas Piel	3.8	30.0
Vejiga Urinaria	3.9	5.4
SNC – Encéfalo	0.4 NV	Sin datos
Linfomas	8,0	13.3
Leucemias	2.5	1.9
Próstata	1.6	-----
Mama	-----	2.4
Útero	-----	5.1
Ovario y Trompas	-----	0.7 NV
Testículo	Sin mortalidad	-----
Laringe	Sin datos mortal	Sin datos mortalidad
Tiroides	Sin mortalidad	Sin datos mortalidad

NV: NO VALORABLES / MORTALIDAD > INCIDENCIA (¿)

MORTALIDAD NEOPLÁSICA EN SORIA 2003-2008

Número de CASOS HOMBRES / MUJERES

Localización	Hombres	%	Mujeres	%	TB H	TB M	TB T
Labio, Cavidad Oral, Faringe	12	1.1	5	0.7	4.4	1.8	3.1
Glándula Salivar	*	*		*			
Esófago	20	1.9	2	0.3	7.3	0.7	4.0
Estómago	81	7.5	52	7.8	29.6	19.1	24.4
Colon Recto Sigma Ano	122	11.3	88	13.1	44.5	32.4	38.5
Digestivo Mal Definidos	27	2.5	35	5.2			
Hígado	41	3.8	28	4.1	14.9	10.3	12.6
Vesícula Biliar	*	*	*	*	*	*	*
Páncreas	42	3.9	39	5.8	15.3	14.3	14.8
Tiroides	N C	Nc	Nc	Nc	N C	Nc	Nc
Nasales	Nc	Nc	Nc	Nc	N C	Nc	Nc
Laringe	29	2.7	1	0.1	10.6	0.4	5.5
Tráquea-bronquios-Pulmones	226	21.0	30	4.5	82.5	11.0	46.9
Piel	17	1.6	12	1.8	6.2	4.4	5.3
Melanomas	16	1.5	4	0.6	5.8	1.5	3.7
Hueso	5	0.5	5	0.7	1.8	1.8	1.8
Partes Blandas	+ Piel	+piel	+piel	+piel	+piel	+piel	+piel
Ojo Y Anejos Oculares	Nc	Nc	Nc	Nc	Nc	Nc	Nc
Vejiga Urinaria	65	6.0	11	1.6	23.7	4	13.9
Riñón Y Vías Urinarias	29	2.7	11	1.6	10.6	4.0	7.3
SNC – Encéfalo	22	2.0	20	3.0	8.0	7.4	7.7
Linfomas No Hodgkin	33	3.1	31	4.6	12.0	11.4	11.7
Linfomas De Hodgkin	Lh + Nh	Lh+ln	Lh + Nh	Lh+lh	Lh+ln	Lh+ln	Lh+lnh
Leucemias Agudas	40	3.7	25	3.7	14.6	9.2	11.9
Síndromes Linfoproliferativos Crónicos	*todas		*todas				T
Síndromes Displásicos Smd Y Smp Cr	*todas		*todas				T
Mielomas	*todas		*todas				T
Próstata	116	10.8	0		42.3		21.3
Cuello Uterino Totales	0		7	1.0		2.6	1.3
Endometrio	0		35	5.2		12.9	6.4
Ovario-trompa	0		30	4.5		11.0	5.5
Vulva-vagina	0		5	0.7		1.8	0.9
Mama	0		82	12.2		30.2	15.0
Mal Definidos	66		63	9.4	24.1	23.2	23.6
Testículo	0	0.0	0		0		0
Total Muertes	3513		3453		1282.6	1270.3	1276.5
Total Muertes Neos	1076		670		392.8	246.5	319.9

Nv: no valorable TB = Tasa Bruta H Hombres M Mujeres

MORTALIDAD POR CÁNCER EN SORIA

PORCENTAJES TOTALES 1950-2008

Localizaciones	50-59	60-69	70-79	80-85	86-90	91-95	96-00	01-02	2003-08	1950-2008
Orofaringe	0,5	0,3	0,3	0,7	1,5	1,8	1,8	0,7	1,0	1,1
Esófago	1,2	2,5	1,9	2,0	2,2	1,5	1,5	2,2	1,3	1,8
Estómago	44,4	39,6	33,6	23,2	17,2	15,3	11,8	8,6 8,6	7,6	23,6
I. Grueso	7,2	7,1	6,6	8,8	10,8	10,7	12,8	13,2	12,0	9,8
Hígado (*)	8,9	9,3	8,0	4,0	1,2	1,4	1,8	2,7	4,0	4,8
Vesícula biliar	0,2	0,8	0,7	1,6	Sd	Sd				0,4
Páncreas	1,1	1,2	1,6	3,5	3,9	4,9	4,7	4,2	4,6	3,3
Laringe	1,6	2,0	2,1	2,2	Sd	Sd	1,2	2,0	1,7	1,4
Tr. Br. Pulmón	4,7	5,9	9,2	13,5	12,2	12,6	13,3	15,8	14,7	11,1
Piel y melanomas	1,7	1,8	2,2	1,9	1,6	1,4	2,1	2,9	2,8	1. 1,8
Mama	3,3	3,6	5,1	5,7	5,0	6,9	5,2	3,5	4,7	4,8
Útero	2,9	2,6	3,0	3,1	1,5	1,8	1,6	1,6	2,5	2,4
Ovario	0,2	0,3	0,7	0,7	0,4	0,8	1,7	2,4	1,7	0,9
Hueso	0,4	0,8	0,8	0,9	0,7	0,3	0,8	0,2	0,6	0,6
Próstata	3,7	3,7	4,2	4,4	7,6	7,1	7,5	7,5	6,6	5,9
Vejiga urinaria	1,0	1,8	2,8	3,9	3,0	3,2	3,7	4,8	4,4	3,1
Riñón y vías urinarias	1,0	0,8	1,1	2,2	Sd	Sd		1,8	2,3	1,0
SNC – encéfalo	1,9	3,1	2,2	2,6	1,9	1,4	2,4	3,7	2,4	2,4
Hematológicos	2,0	2,9	2,4	3,6	3,0	2,3	5,4	7,3	7,4	3,9

Sd: sin datos



TIPOS HISTOLÓGICOS DE TUMORES DE PULMÓN 2003 - 2009

Tumores De Pulmón	Nº	Nº	Nº	%	%	%
2003 2009 Histología	Total	Hom.	Muj.	Total	Hom.	Muj.
Ca Indiferenciado	8	6	2	3,8	3,3	6,1
Ca Cels. Fusiformes	1	1	0	0,5	0,6	0,0
Carcinoma Ne	30	24	6	14,1	13,3	18,2
Celula Grande	1	1	0	0,5	0,6	0,0
Microcitico	33	31	2	15,5	17,2	6,1
Neuroendocrino	2	1	1	0,9	0,6	3,0
Epidermoide	78	75	3	36,6	41,7	9,1
Basalioide	4	4	0	1,9	2,2	0,0
Adeno Carcinoma	42	30	12	19,7	16,7	36,4
Tumores Metastásicos	8	3	5	3,8	1,7	15,2
Carcinoma Medular	1	0	1	0,5	0,0	3,0
Melanoma	1	1	0	0,5	0,6	0,0
Mesotelioma	2	2	0	0,9	1,1	0,0
Linfoma	2	2	0	0,9	1,1	0,0
Totales	213	180	33	100	84,5	15,5



Hospital de San Antonio. Berlanga de Duero



1940s actual Plaza de Mariano Granados

**RELACION ENTRE LAS TASAS BRUTAS
DE MORTALIDAD E INCIDENCIA NEOPLÁSICA
EN SORIA 1991-1995
PARÁMETROS DE SUPERVIVENCIA TB M / TB I**

Localización	HOMBRES	MUJERES
Labio, Cavidad Oral, Faringe	0.49	0.2
Esófago	1.24 NV	1.2 NV
Estómago	0.67	1.36 NV
Colon Recto-Sigma-Ano	0.52	0.53
Hígado	0.62	0.5
Páncreas	2.53 NV	11.6 NV
Tráquea-Bronquios-Pulmónes-Pleura	1.15 NV	0.5
Piel no Melanomas	0.015	0.014
Melanomas Piel	0.26	0.033
Vejiga Urinaria	0.25	0.18
SNC – Encéfalo	2.6 NV	Sin datos incidencia
Linfomas	0.12	0.075
Leucemias	0.4	0.52
Próstata	0.6	-----
Mama	-----	0.42
Útero	-----	0.20
Ovario y Trompas	-----	1.48 NV
Testículo	Sin datos mortalidad	-----
Laringe	Sin datos mortalidad	Sin datos mortalidad
Tiroides	Sin datos mortalidad	Sin datos mortalidad

NV: NO VALORABLES / MORTALIDAD > INCIDENCIA (¿)

**FALLECIMIENTOS EN SORIA 1991-1995
NÚMERO POR LOCALIZACIONES
REGISTRO HOSPITALARIO-----I.N.E.
DISCORDANCIA DE FUENTES**

Localización	REGISTRO HOSPITALARIO		I.N.E.		DIFERENCIA INE-RH	
	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.
Estómago	91	46	123	85	32	42
Colon. Recto-Sigma-Ano	74	26	87	54	13	28
Tráquea-Bronquios-Pulmónes	67	---	156	---	89	---
Piel	50	33	11	8	-39	-25
Vejiga Urinaria	38	2	43	3	5	1
Próstata	37	---	97	---	60	---
Mama		26		94		68
Cérvix Uterino		3		3		=
Cuerpo de Útero		7		21		14
Ovario y Trompas		6		11		5

Fuentes: INE y Registro Hospitalario de Cáncer



1960s: Navidad en la Calle Real

HOMBRES Nº FALLECIMIENTOS POR LOCALIZACIONES

Localizaciones	50-59	60-69	70-79	80-85	86-90	91-95	96-00	01-02	03-08	TOTAL 50-08
Labio, Oro faringe	5	4	4	18	18	21	19	3	12	104
Esófago	10	26	23	18	25	19	18	11	20	170
Estómago	357	349	306	150	143	123	102	26	81	1637
Colon Recto Sigma	43	50	57	55	73	87	91	44	122	622
Hígado	58	54	62	18	9	14	17	6	41	279
Vesícula Biliar	1	4	4	7						16
Páncreas	10	12	13	28	25	38	33	13	42	214
Laringe	16	27	30	23				10	29	135
Tr-Br-Pulmón	39	58	114	125	142	156	159	78	226	1097
Piel y Melanomas	13	8	10	9	15	11	15	8	33	122
Mama	0	0	0	0				1		1
Testículo	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Hueso	4	7	9	6			8	1	5	40
Próstata	51	53	67	60	98	97	102	41	116	685
Vejiga Urinaria	8	25	32	36	39	43	42	22	65	312
Riñón y V.U.	7	8	9	15				6	29	74
SNC – Encéfalo	16	22	17	18	16	13	18	9	22	151
Linfomas *	19	22	23	23	22	15	14	15	33	186
Leucemias +							28	6	40	74
Otros	62	87	91	63	179	193	176	31	160	1042
Total Años 1950-2008:	719	816	871	672	804	830	843	332	1076	6963

Sd: sin datos. *DESDE 1950 A 1985 LINFOMAS Y LEUCEMIAS VAN CONJUNTOS

MUJER Nº FALLECIMIENTOS POR LOCALIZACIONES

LOCALIZACIONES	50-59	60-69	70-79	80-85	86-90	91-95	96-00	01-02	03-08	TOTAL 50-08
Labio, Oro faringe	2	1	1	1	1	3	6	1	5	21
Esófago	7	10	7	4	4	2	3	1	2	40
Estómago	249	226	228	114	79	85	58	21	52	1112
Colon Recto Sigma	56	53	47	43	67	58	82	28	88	522
Hígado	63	81	65	14	6	5	8	9	28	279
Vesícula Biliar	2	7	8	11						28
Páncreas	5	5	13	19	25	29	31	10	39	176
Laringe	6	2	3	2			0	1	1	15
Tr-Br-Pulmón	25	27	33	20	15	15	21	8	30	194
Piel y Melanomas	8	13	11	8	6	8	13	8	16	91
Mama	45	51	81	64	65	94	70	18	82	570
Útero	40	37	48	35	18	21	22	9	35	265
Ovario	3	4	11	8	5	11	23	13	30	108
Hueso	2	4	3	4			3	0	5	21
Cuello Utero**					2	3	2	0	7	14
Vejiga Urinaria	6	1	12	7	5	3	8	4	11	57
Riñón y V.U.	6	4	9	9			0	4	11	43
SNC – Encéfalo	10	23	18	11			15	11	20	108
Linfomas *	8	20	15	17	0	3	11	12	31	117
Leucemias+					17	13	20	7	25	82
Otros	107	66	106	80	173	178	122	50	157	1039
Total 1950-2008:	648	634	718	470	487	528	512	214	670	4881

Sd: sin datos

HOMBRES PORCENTAJES MORTALIDAD

LOCALIZACIONES	50-59	60-69	70-79	80-85	86-90	91-95	96-00	01-02	03-08	TOTAL 50-08
Labio, Oro faringe	0,7	0,0	0,5	2,7	2,2	2,5	2,3	0,9	1,1	1,5
Esófago	1,4	0,0	2,6	2,7	3,1	2,3	2,1	3,3	1,9	2,4
Estómago	49,7	0,4	35,1	22,3	17,8	14,8	12,1	7,8	7,5	23,5
Colon Recto Sigma	6,0	0,1	6,5	8,2	9,1	10,5	10,8	13,3	11,3	8,9
Hígado	8,1	0,1	7,1	2,7	1,1	1,7	2,0	1,8	3,8	4,0
Vesícula Biliar	0,1	0,0	0,5	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Páncreas	1,4	0,0	1,5	4,2	3,1	4,6	3,9	3,9	3,9	3,1
Laringe	2,2	0,0	3,4	3,4	0,0	0,0	0,0	3,0	2,7	1,9
Tr-Br-Pulmón	5,4	0,1	13,1	18,6	17,7	18,8	18,9	23,5	21,0	15,8
Piel y Melanomas	1,8	0,0	1,1	1,3	1,9	1,3	1,8	2,4	3,1	1,8
Hueso	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Próstata	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0
Vejiga Urinaria	0,6	0,0	1,0	0,9	0,0	0,0	0,9	0,3	0,5	0,6
Riñón y V.U.	7,1	0,1	7,7	8,9	12,2	11,7	12,1	12,3	10,8	9,8
SNC – Encéfalo	1,1	0,0	3,7	5,4	4,9	5,2	5,0	6,6	6,0	4,5
Linfomas	1,0	0,0	1,0	2,2	0,0	0,0	0,0	1,8	2,7	1,1
Leucemias	2,2	0,0	2,0	2,7	2,0	1,6	2,1	2,7	2,0	2,2
Otros	2,6	0,0	2,6	3,4	2,7	1,8	1,7	4,5	3,1	2,7
s.d.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	1,8	3,7	1,1

Sd: sin datos

MUJERES PORCENTAJES MORTALIDAD

LOCALIZACIONES	50-59	60-69	70-79	80-85	86-90	91-95	96-00	01-02	03-08	TOTAL 50-08
Labio, Oro faringe	0,31	0,2	0,1	0,2	0,2	0,6	1,2	0,5	0,7	0,4
Esófago	1,08	1,6	1,0	0,9	0,8	0,4	0,6	0,5	0,3	0,8
Estómago	38,43	35,6	31,8	24,3	16,2	16,1	11,3	9,8	7,8	22,8
Colon Recto Sigma	8,64	8,4	6,5	9,1	13,8	11,0	16,0	13,1	13,1	10,7
Hígado	9,72	12,8	9,1	3,0	1,2	0,9	1,6	4,2	4,2	5,7
Vesícula Biliar	0,31	1,1	1,1	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
Páncreas	0,77	0,8	1,8	4,0	5,1	5,5	6,1	4,7	5,8	3,6
Laringe	0,93	0,3	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,5	0,1	0,3
Tr-Br-Pulmón	3,86	4,3	4,6	4,3	3,1	2,8	4,1	3,7	4,5	4,0
Piel y Melanomas	1,23	2,1	1,5	1,7	1,2	1,5	2,5	3,7	2,4	1,9
Mama	6,94	8,0	11,3	13,6	13,3	17,8	13,7	8,4	12,2	11,7
Útero	6,17	5,8	6,7	7,4	3,7	4,0	4,3	4,2	5,2	5,4
Ovario	0,46	0,6	1,5	1,7	1,0	2,1	4,5	6,1	4,5	2,2
Hueso	0,31	0,6	0,4	0,9	0,0	0,0	0,6	0,0	0,7	0,4
Cuello Utero	0,00	0,0	0,0	0,0	0,4	0,6	0,4	0,0	1,0	0,3
Vejiga Urinaria	0,93	0,2	1,7	1,5	1,0	0,6	1,6	1,9	1,6	1,2
Riñón y V.U.	0,93	0,6	1,3	1,9	0,0	0,0	0,0	1,9	1,6	0,9
SNC – Encéfalo	1,54	3,6	2,5	2,3	0,0	0,0	2,9	5,1	3,0	2,2
Linfomas	1,23	3,2	2,1	3,6	0,0	0,6	2,1	5,6	4,6	2,4
Leucemias	0,00	0,0	0,0	0,0	3,5	2,5	3,9	3,3	3,7	1,7
Otros	16,51	10,4	14,8	17,0	35,5	33,7	23,8	23,4	23,4	21,3

Sd: sin datos

**HOMBRES
Nº FALLECIMIENTOS POR LOCALIZACIONES**

LOCALIZACIONES	50-59	60-69	70-79	80-85	86-90	91-95	96-00	01-02	03-08	TOTAL 50-08
Labio, Oro faringe	5	4	4	18	18	21	19	3	12	104
Esófago	10	26	23	18	25	19	18	11	20	170
Estómago	357	349	306	150	143	123	102	26	81	1637
Colon Recto Sigma	43	50	57	55	73	87	91	44	122	622
Hígado	58	54	62	18	9	14	17	6	41	279
Vesícula Biliar	1	4	4	7						16
Páncreas	10	12	13	28	25	38	33	13	42	214
Laringe	16	27	30	23				10	29	135
Tr-Br-Pulmón	39	58	114	125	142	156	159	78	226	1097
Piel y Melanomas	13	8	10	9	15	11	15	8	33	122
Mama	0	0	0	0				1		1
Testiculo	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Hueso	4	7	9	6			8	1	5	40
Próstata	51	53	67	60	98	97	102	41	116	685
Vejiga Urinaria	8	25	32	36	39	43	42	22	65	312
Riñón y V.U.	7	8	9	15				6	29	74
SNC – Encéfalo	16	22	17	18	16	13	18	9	22	151
Linfomas *	19	22	23	23	22	15	14	15	33	186
Leucemias +							28	6	40	74
Otros	62	87	91	63	179	193	176	31	160	1042
Total Años 1950-2008:	719	816	871	672	804	830	843	332	1076	6963

Sd: sin datos. *DESDE 1950 A 1985 LINFOMAS Y LEUCEMIAS VAN CONJUNTOS

MUJERES Nº FALLECIMIENTOS POR LOCALIZACIONES

LOCALIZACIONES	50-59	60-69	70-79	80-85	86-90	91-95	96-00	01-02	03-08	TOTAL 50-08
Labio, Oro faringe	2	1	1	1	1	3	6	1	5	21
Esófago	7	10	7	4	4	2	3	1	2	40
Estómago	249	226	228	114	79	85	58	21	52	1112
Colon Recto Sigma	56	53	47	43	67	58	82	28	88	522
Hígado	63	81	65	14	6	5	8	9	28	279
Vesícula Biliar	2	7	8	11						28
Páncreas	5	5	13	19	25	29	31	10	39	176
Laringe	6	2	3	2			0	1	1	15
Tr-Br-Pulmón	25	27	33	20	15	15	21	8	30	194
Piel y Melanomas	8	13	11	8	6	8	13	8	16	91
Mama	45	51	81	64	65	94	70	18	82	570
Útero	40	37	48	35	18	21	22	9	35	265
Ovario	3	4	11	8	5	11	23	13	30	108
Hueso	2	4	3	4			3	0	5	21
Cuello Utero					2	3	2	0	7	14
Vejiga Urinaria	6	1	12	7	5	3	8	4	11	57
Riñón y V.U.	6	4	9	9			0	4	11	43
SNC – Encéfalo	10	23	18	11			15	11	20	108
Linfomas *	8	20	15	17	0	3	11	12	31	117
Leucemias+					17	13	20	7	25	82
Otros	107	66	106	80	173	178	122	50	157	1039
Total Años 1950-2008:	648	634	718	470	487	528	512	214	670	4881

Sd: sin datos

HOMBRES PORCENTAJES DE MORTALIDAD POR CÁNCER EN SORIA 1950 2008

LOCALIZACIONES	50-59	60-69	70-79	80-85	86-90	91-95	96-00	01-02	03-08	TOTAL 50-08
Labio, Oro faringe	0,7	0,5	0,5	2,7	2,2	2,5	2,3	0,9	1,1	0,7
Esófago	1,4	3,2	2,6	2,7	3,1	2,3	2,1	3,3	1,9	1,4
Estómago	49,7	42,8	35,1	22,3	17,8	14,8	12,1	7,8	7,5	49,7
Colon Recto Sigma	6	6,1	6,5	8,2	9,1	10,5	10,8	13,3	11,3	6
Hígado	8,1	6,6	7,1	2,7	1,1	1,7	2	1,8	3,8	8,1
Vesícula Biliar	0,1	0,5	0,5	1	0	0	0	0	0	0,1
Páncreas	1,4	1,5	1,5	4,2	3,1	4,6	3,9	3,9	3,9	1,4
Laringe	2,2	3,3	3,4	3,4	0	0	0	3	2,7	2,2
Tr-Br-Pulmón	5,4	7,1	13,1	18,6	17,7	18,8	18,9	23,5	21	5,4
Piel y Melanomas	1,8	1	1,1	1,3	1,9	1,3	1,8	2,4	3,1	1,8
Hueso	0	0	0	0	0	0	0	0,3	0	0
Próstata	0	0	0	0	0	0	0,1	0,3	0	0
Vejiga Urinaria	0,6	0,9	1	0,9	0	0	0,9	0,3	0,5	0,6
Riñón y V.U.	7,1	6,5	7,7	8,9	12,2	11,7	12,1	12,3	10,8	7,1
SNC – Encéfalo	1,1	3,1	3,7	5,4	4,9	5,2	5	6,6	6	1,1
Linfomas	1	1	1	2,2	0	0	0	1,8	2,7	1
Leucemias	2,2	2,7	2	2,7	2	1,6	2,1	2,7	2	2,2
Otros	11,2	13,2	13,2	12,8	24,9	25	25,9	15,8	21,7	11,2

Sd: sin datos

MUJERES PORCENTAJES DE MORTALIDAD POR CÁNCER EN SORIA 1950 2008

LOCALIZACIONES	50-59	60-69	70-79	80-85	86-90	91-95	96-00	01-02	03-08	TOTAL 50-08
Labio, Oro faringe	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2	0,6	1,2	0,5	0,7	0,4
Esófago	1,1	1,6	1,0	0,9	0,8	0,4	0,6	0,5	0,3	0,8
Estómago	38,4	35,6	31,8	24,3	16,2	16,1	11,3	9,8	7,8	22,8
Colon Recto Sigma	8,6	8,4	6,5	9,1	13,8	11,0	16,0	13,1	13,1	10,7
Hígado	9,7	12,8	9,1	3,0	1,2	0,9	1,6	4,2	4,2	5,7
Vesícula Biliar	0,3	1,1	1,1	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
Páncreas	0,8	0,8	1,8	4,0	5,1	5,5	6,1	4,7	5,8	3,6
Laringe	0,9	0,3	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,5	0,1	0,3
Tr-Br-Pulmón	3,9	4,3	4,6	4,3	3,1	2,8	4,1	3,7	4,5	4,0
Piel y Melanomas	1,2	2,1	1,5	1,7	1,2	1,5	2,5	3,7	2,4	1,9
Mama	6,9	8,0	11,3	13,6	13,3	17,8	13,7	8,4	12,2	11,7
Útero	6,2	5,8	6,7	7,4	3,7	4,0	4,3	4,2	5,2	5,4
Ovario	0,5	0,6	1,5	1,7	1,0	2,1	4,5	6,1	4,5	2,2
Hueso	0,3	0,6	0,4	0,9	0,0	0,0	0,6	0,0	0,7	0,4
Cuello Utero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,6	0,4	0,0	1,0	0,3
Vejiga Urinaria	0,9	0,2	1,7	1,5	1,0	0,6	1,6	1,9	1,6	1,2
Riñón y V.U.	0,9	0,6	1,3	1,9	0,0	0,0	0,0	1,9	1,6	0,9
SNC – Encéfalo	1,5	3,6	2,5	2,3	0,0	0,0	2,9	5,1	3,0	2,2
Linfomas	1,2	3,2	2,1	3,6	0,0	0,6	2,1	5,6	4,6	2,4
Leucemias	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5	2,5	3,9	3,3	3,7	1,7
Otros	16,5	10,4	14,8	17,0	35,5	33,7	23,8	23,4	23,4	21,3

Sd: sin datos

TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD NEOPLÁSICA SORIA 1950 2008

TOTAL: HOMBRES + MUJERES

LOCALIZACIONES	50-59	60-69	70-79	80-85	86-90	91-95	96-00	01-02	03-08	50-08
Orofaringe	0.4	0.3	0.4	3.8	3.9	2.5	5.4	2.2	3.1	2.2
Esófago	1.1	2.5	2.6	3.6	5.9	2.2	4.5	6.6	4.0	3.6
Estómago	37.6	39.1	45.5	51.1	45.5	22.0	34.5	25.9	23.9	47.8
I. Grueso	6.1	7.0	8.9	18.7	28.7	15.3	37.3	39.7	37.7	19.8
Hígado	7.5	9.2	10.8	7.3	3.1	2.0	5.4	8.3	12.4	9.8
Vesícula Biliar	0.2	0.7	1.0	3.0	NV	NV	NV	NV	NV	0.8
Páncreas	0.9	1.2	2.2	8.1	10.2	7.1	13.8	12.7	14.6	6.7
Laringe	1.4	2.0	2.8	4.1	NV	NV	3.4	6.1	5.4	2.8
Tr-Br-Pulmón	4.0	5.8	12.5	27.8	32.2	18.1	38.8	47.4	46.0	22.5
Piel y Melanomas	1.3	1.4	1.8	3.0	4.3	2.0	6.0	8.8	8.8	3.7
Mama	2.8	3.5	6.9	10.6	13.3	9.9	15.1	10.5	14.7	9.8
Útero	2.5	2.5	4.1	5.8	4.1	2.5	4.7	5.0	7.9	4.8
Ovario	0.2	0.3	0.9	1.3	1.0	1.2	5.0	7.2	5.4	1.8
Hueso	0.4	0.7	1.0	2.0	1.8	0.4	2.4	0.6	1.8	1.3
Próstata	3.2	3.6	5.7	11.9	20.1	10.3	22.0	22.6	20.8	11.9
Vejiga Urinaria	0.9	1.8	3.7	8.4	8.0	4.5	10.8	14.3	13.7	6.3
Riñón y V.U.	0.8	0.8	1.5	4.8	NV	NV	NV	5.5	7.2	2.1
SNC – Encéfalo	1.6	3.1	3.0	5.8	5.1	2.0	7.1	11.0	7.5	4.8
Hematológicos	1.7	2.9	3.2	7.3	8.0	3.3	15.7	22.0	23.2	7.9

TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD NEOPLÁSICA SORIA 1950 2008 HOMBRES

LOCALIZACIONES	50-59	60-69	70-79	80-85	86-90	91-95	96-00	01-02	03-08	50-08
Labio, Oro faringe	0.6	0.5	0.7	6.0	7.4	8.9	8.1	3.3	4.3	3.6
Esófago	1.2	3.6	3.9	6.0	10.3	8.1	7.6	12.1	7.2	5.9
Estómago	44.5	47.9	52.5	49.9	58.7	52.2	43.3	28.6	29.0	56.4
I. Grueso	5.4	6.9	9.8	18.3	29.9	36.9	38.6	48.4	43.7	21.4
Hígado	7.2	7.4	10.6	6.0	3.7	5.9	7.2	6.6	14.7	9.6
Vesícula Biliar	0.1	0.5	0.7	2.3	NV	NV	NV	NV	NV	0.6
Páncreas	1.2	1.6	2.2	9.3	10.3	16.1	14.0	14.3	15.1	7.4
Laringe	2.0	3.7	5.1	7.7	0.0	0.0	0.0	11.0	10.4	4.6
Tr-Br-Pulmón	4.9	8.0	19.6	41.6	58.2	66.2	67.5	85.8	81.0	37.8
Piel y Melanomas	1.6	1.1	1.7	3.0	6.2	4.7	6.4	8.8	11.8	4.2
Mama	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	0.0	0.0
Testículo	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	1.1	0.0	0.1
Hueso	0.5	1.0	1.5	2.0	NV	NV	3.4	1.1	1.8	1.4
Próstata	6.4	7.3	11.5	20.0	40.2	41.1	43.3	45.1	41.6	23.6
Vejiga Urinaria	1.0	3.4	5.5	12.0	16.0	18.2	17.8	24.2	23.3	10.7
Riñón y V.U.	0.9	1.1	1.5	5.0	NV	NV	NV	6.6	10.4	2.5
SNC – Encéfalo	2.0	3.0	2.9	6.0	6.6	5.5	7.6	9.9	7.9	5.2
Linfomas *	2.4	3.0	3.9	7.7	9.0	6.4	5.9	16.5	11.8	6.4
Leucemias +							11.9	6.6	14.3	2.5
Otros	7.7	11.9	15.6	21.0	73.4	81.8	74.7	34.1	57.3	35.9

TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD NEOPLÁSICA SORIA 1950 2008 MUJERES

LOCALIZACIONES	50-59	60-69	70-79	80-85	86-90	91-95	96-00	01-02	03-08	50-08
Labio, Oro faringe	0.2	0.1	0.2	0.3	0.4	1.3	2.5	1.1	1.8	0.7
Esófago	0.9	1.4	1.2	1.3	1.6	0.8	1.3	1.1	0.7	1.4
Estómago	30.8	30.5	38.5	37.5	32.4	35.9	24.5	23.1	18.7	37.9
I. Grueso	6.9	7.2	7.9	14.2	27.5	24.5	34.7	30.8	31.7	17.8
Hígado	7.8	10.9	11.0	4.6	2.5	2.1	3.4	9.9	10.1	9.5
Vesícula Biliar	0.2	0.9	1.4	3.6	NV	NV	NV	NV	NV	1.0
Páncreas	0.6	0.7	2.2	6.3	10.2	12.2	13.1	11.0	14.1	6.0
Laringe	0.7	0.3	0.5	0.7	0.0	0.0	0.0	1.1	0.4	0.5
Tr-Br-Pulmón	3.1	3.6	5.6	6.6	6.1	6.3	8.9	8.8	10.8	6.6
Piel y Melanomas	1.0	1.8	1.9	2.6	2.5	3.4	5.5	8.8	5.8	3.1
Mama	5.6	6.9	13.7	21.1	26.6	39.7	29.6	19.8	29.6	19.4
Útero	4.9	5.0	8.1	11.5	7.4	8.9	9.3	9.9	12.6	9.0
Ovario	0.4	0.5	1.9	2.6	2.0	4.6	9.7	14.3	10.8	3.7
Hueso	0.2	0.5	0.5	1.3	0.0	0.0	1.3	0.0	1.8	0.7
Cuello Utero	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	1.3	0.8	0.0	2.5	0.5
Vejiga Urinaria	0.7	0.1	2.0	2.3	2.0	1.3	3.4	4.4	4.0	1.9
Riñón y V.U.	0.7	0.5	1.5	3.0	NV	NV	NV	4.4	4.0	1.5
SNC – Encéfalo	1.2	3.1	3.0	3.6	0.0	0.0	6.3	12.1	7.2	3.7
Linfomas *	1.0	2.7	2.5	5.6	0.0	1.3	4.7	13.2	11.2	4.0
Leucemias+					7.0	5.5	8.5	7.7	9.0	2.8
Otros	13.2	8.9	17.9	26.3	70.9	75.1	51.6	55.0	56.6	35.4

MORTALIDAD POR CÁNCER EN SORIA Nº DE CASOS POR LOCALIZACIONES 1950-2008

Localizaciones	50-59	60-69	70-79	80-85	86-90	91-95	96-00	01-02	03-08	1950-2008
Orofaringe	7	5	5	23	19	24	25	4	17	129
Esófago	17	36	30	22	29	21	21	12	22	210
Estómago	606	575	534	309	222	208	160	47	133	2794
I. Grueso	99	103	104	113	140	145	173	72	210	1159
Hígado	121	135	127	44	15	19	25	15	69	570
Vesícula Biliar	3	11	12	18	Sd	Sd	Sd	Sd	Sd	44
Páncreas	15	17	26	49	50	67	64	23	81	392
Laringe	22	29	33	25	Sd	Sd	16	11	30	166
Tr-br-pulmón	64	85	147	168	157	171	180	86	256	1314
Piel Y Melanomas	21	21	21	18	21	19	28	16	49	214
Mama	45	52	81	64	65	94	70	19	82	572
Útero	40	37	48	35	20	24	22	9	44	279
Ovario	3	4	11	8	5	11	23	13	30	108
Hueso	6	11	12	12	9	4	11	1	10	76
Próstata	51	53	67	72	98	97	102	41	116	697
Vejiga Urinaria	14	26	44	51	39	43	50	26	76	369
Riñón Y V.u.	13	12	18	29	Sd	Sd	Sd	10	40	122
Snc – Encéfalo	26	45	35	35	25	19	33	20	42	280
Hematológicos	27	42	38	44	39	31	73	40	129	463
Hombres	719	816	871	672	804	830	843	332	1076	6963
Mujeres	648	634	718	445	487	528	512	214	670	4881
Total Años 1950-2008:	1367	1450	1589	1117	1291	1358	1355	546	1746	11844

Sd: sin datos

MORTALIDAD NEOPLÁSICA EN SORIA 1978-1992 TAMM

Localización	HOMBRES	MUJERES
Labio, Cavidad Oral, Faringe	5.9	0.3
Esófago	6.9	0.9
Estómago	41.5	20.4
Colon	9.5	7.8
Recto-Sigma-Ano	7.7	3.1
Hígado	1.6	2.3
Páncreas	6.7	4.8
Tráquea-Bronquios-Pulmónes-Pleura	38.4	3.9*
Piel no Melanomas	2,3	0.9
Melanomas Piel	1.1	0.3
Vejiga Urinaria	9.3	1.3 **
SNC – Encéfalo	5.8	2.8
Linfomas No Hodgkin	3,3	1.7
Linfomas Hodgkin	0.4 *	0.7
Leucemias	4.9	3.3
Próstata	17.6	
Mama		18.8
Útero		6.8
Ovario y Trompas		2.9
Testículo	0.2	
Laringe	6.9	0.05
Huesos	1.9	0.6 **
Riñón y Vías Urinarias	4.1	1.8
Tiroides	0.3	0.5

* la tasa ajustada menor de España

** la 2ª menor tasa ajustada de España

Fuente: AECC

Registro de Cáncer 2003 2008

Código	Nº Casos	TBM	TAMM	Nº Casos	TBM	TAMM
	Hombres			Mujeres		
Totales						
Próstata	578	180,9	61,9		0	0
Vejiga	410	128,3	51,4	56	17,7	5,4
Piel Sin M Bs	339	106,1	31,1	233	73,5	17,1
I Grueso	306	95,8	34,9	175	55,2	21,3
Br Pulmón	207	64,8	28,12	28	8,8	2,8
Estómago	137	42,9	16,4	73	23,0	11,6
Orofaringe	87	27,2	11,4	17	5,4	1,67
Linfomas Leuc	69	21,6	9,2	27	8,5	2,7
Laringe	64	20,0	11,2	1	0,3	0,3
Melanomas	50	15,6	6,8	78	24,6	11,2
Riñon	47	14,7	6,2	18	5,7	1,9
L.n.h.	47	14,7	7,4	35	11,0	4,7
Labios	46	14,4	4,8	6	1,9	0,2
Higado	35	11,0	4,7	8	2,5	0,6
Boca	33	10,3	5	8	2,5	1,4
S L Crs	28	8,8	4,1	18	5,7	2,3
Mielomas	27	8,4	3,7	15	4,7	2,7
Páncreas	22	6,9	2,5	10	3,2	1,1
Leucemias Agd.	19	5,9	3,3	23	7,3	4,3
Esófago	18	5,6	2,5	3	0,9	0,6
S.N.C.	18	5,6	3,02	6	1,9	0,9
Vesicula	16	5,0	2,18	13	4,1	0,8
Testiculo	12	3,8	2,8	0	0,0	
Sarcomas	11	3,4	1,2	11	3,5	1,6
Tiroides	8	2,5	1,2	19	6,0	4,3
L Hodgkin	8	2,5	1,8	2	0,6	0,1
Gl Salivar	6	1,9	0,5	2	0,6	0,4
Faringe	5	1,6	1,1	0	0,0	
Lengua	4	1,3	0,4	3	0,9	0,3
Peritoneo	4	1,3	0,75	4	1,3	0,7
Hueso	4	1,3	0,6	1	0,3	0,07
I Delgado	3	0,9	0,2	1	0,3	0,03
Nasal	3	0,9	0,4	1	0,3	0,07
Mama	1	0,3	0,08	402	126,8	58,9
Cervix Inf		0,0		28	8,8	4,8
Cervix In Situ		0,0		99	31,2	27,9
Cervix I +insitu		0,0		127	40,0	33
Endo-miometrio		0,0		75	23,7	11,1
Ovario Tr		0,0		48	15,1	8,2
Vulva-vag		0,0		8	2,5	0,8
	2672			1682		

MELANOMAS CUTÁNEOS

VARIACIONES ETARIAS 1993 1999 // 2003 2009

Número de CASOS

1993 1999: 63 CASOS

Breslow : 2,09 mm. de media.....IN SITU: 7 casos

2003 2009: 128 CASOS

Breslow : 2,93 mm. de media.....IN SITU: 23 casos

NIVELES DE CLARK

Periodo	I	II	III	IV	V	
1993 1999	12	16	10	17	8	
Hombres 27	5	7	3	8	4	42.9 %
Mujeres 36	7	9	7	9	4	57.1 %
Porcentaje	19.0	25,4	15.9	27,0	12,7	
2003 2009	39	30	16	36	7	
Hombres 50	13	14	7	13	3	39.1 %
Mujeres 78	26	16	9	23	4	60.9 %
Porcentaje	30.5	23.4	12.5	28.1	5.5	

NEOPLASIAS MALIGNAS DE MAMA

1986-1988 // 2006-2008

1986 -1988: Superficie media tumoral sobre 100
casos aleatorios: 9,54 cm²

2006 -2008: Superficie media tumoral sobre 100
casos aleatorios: 3,58 cm²

Diferencial del tamaño medio de los tumores:
9,54/ 3,58 = 2,66 veces menor

NUMANCIA SANITARIA

BOLETIN OFICIAL DEL COLEGIO DE MEDICOS

CONSEJO DE REDACCION: LA COMISION NOMBRADA AL EFECTO POR LA JUNTA DE GOBIERNO

COLABORACION: TODOS LOS SEÑORES COLEGIADOS, PREVIA LA APROBACION DE SUS ESCRITOS POR EL CONSEJO DE REDACCION

SUMARIO

SECCION PROFESIONAL

Proyecto a meditar

Por Santiago Fernández de Velasco

¡Lo que importa es hacer!

Por Anesio Fernando Izquierdo

La Sanidad Oficial, competidora del ejercicio libre profesional

SECCION OFICIAL

Nuevo arancel de servicios forenses. — Médicos de asistencia pública domiciliaria. — Las deudas contraídas por los Ayuntamientos con los sanitarios.

VIDA INTERIOR DEL COLEGIO

Tesorería.—Noticias.—Sumarios de Revistas.

CEREGUMIL - FERNANDEZ

Fernández y Canivell

MALAGA

ALIMENTO COMPLETO VEGETARIANO

Insustituible en las intolerancias gástricas y afecciones

— — intestinales — —

Supervivencia



**SUPERVIVENCIA DE LAS PRINCIPALES
NEOPLASIAS 1981 2009
% HOMBRES SOBRE Número de CASOS 2003 2008**

Localizacion	Mortalidad %	Supervivencia %
Orofaringe	13.3	86.7
Esófago	128.2	-28.2
Estómago	68.9	31.1
Recto Colon	46.5	53.5
Páncreas	225.8	-125.8
Higado Vb	146.7	-46.7
Laringe	5.5	94.5
Tr Br Pulmón	126.7	-26.7
Vejiga	19.3	80.7
Próstata	23.4	76.6
Riñon Y V.u.	9.8	90.2
Testiculo	77.1	22.9
Melanomas	37.6	62.4
Linfomas Y Hematológicos	47.9	52.1
Piel No Melanomas	3.1	96.9
SNC	134.6	-34.6
Total	46.2	53.8

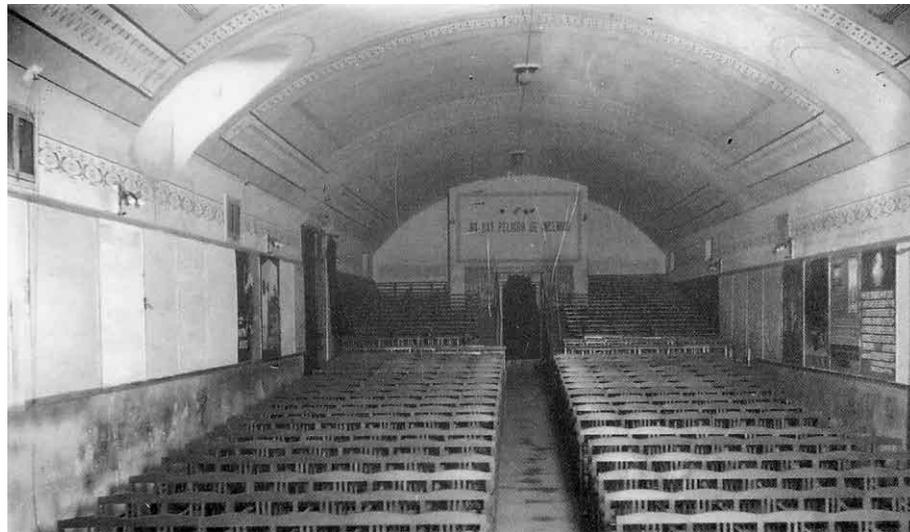
**SUPERVIVENCIA DE LAS PRINCIPALES
NEOPLASIAS 1981 2009
% MUJERES SOBRE Número de CASOS 2003 2008**

Localizacion	% Mortalidad	% Supervivencia
Orofaringe	26.0	74.0
Esófago	83.3	16.7
Estómago	83.3	16.7
Recto Colon	58.4	41.6
Páncreas	464.3	-364.3
Higado Vb	424.2	-324.2
Tr Br Pulmón	125.0	-25.0
Vejiga	27.1	72.9
Mama	23.8	76.2
Cervix	29.2	70.8
Utero	54.5	45.5
Ovario	74.9	25.1
Vulva Vagina	90.9	9.1
Riñon Y V.U.	83.3	16.7
Melanomas	6.0	94.0
Linfomas Y Hematológicos	56.7	43.3
Piel No Melanomas	4.7	95.3
SNC	314.8	-214.8
Total	46.5	53.5

SUPERVIVENCIA DE LAS PRINCIPALES NEOPLASIAS 1981 2009

%TOTAL H+M SOBRE Número de CASOS 2003 2008

Localización	% Mortalidad	% Supervivencia
Orofaringe	15.5	84.5
Esófago	122.2	-22.2
Estómago	73.9	26.1
Recto Colon	50.9	49.1
Páncreas	293.5	-193.5
Higado Vb	196.7	-96.7
Tr Br Pulmón	126.5	-26.5
Vejiga	19.3	80.7
Mama	23.7	76.3
Riñón y V.U.	78.9	21.1
Melanomas	18.2	81.8
Linfomas y Hematológicos	51.4	48.6
Piel No Melanomas	4.5	95.5
SNC	186.3	-86.3
Total	46.2	53.8



1959: Cine Proyecciones

SUPERVIVENCIA DE LAS PRINCIPALES NEOPLASIAS 1981 2009 % HOMBRES SOBRE TBI

Localización	81-85	86 90	91 95	96 00	01-02	03-08
Cabeza Cuello	50,8	66,9	76,7	65,4	58,1	73
Esófago		-10,4	-25	21	-53	-30,4
Estómago	-1,5	26,9	32,6	20,2	31,5	31
Recto Colon	21,5	47,6	48,1	41,3	36	53,5
Laringe				SD	90,7	94,5
Tr Br Pulmón	-51,5	-100	-15,1	-10,6	-61,4	-27,3
Vejiga	56	70,5	75,1	80,2	72,5	81,5
Próstata	24,8	7,1	39,4	41,2	68	76,6
Melanomas				78	60	60,2
Total	9,0	40,6	48,8	51,5	41,4	53,0

SUPERVIVENCIA DE LAS PRINCIPALES NEOPLASIAS 1981 2009 % MUJERES SOBRE TBI

Localización	81-85	86 90	91 95	96 00	01-02	03-08
Cabeza Cuello	50	92,5	89,3	81,4	89,4	82,5
Eofago	-200	-33,3	-9,1	-30	-120	22,2
Estómago	-47,9	-0,6	24,8	-2,4	1,3	16,95
Recto Colon	7,9	36,2	27,8	17,7	26,7	41,3
Laringe						
Tr Br Pulmón	-151	1,4	64,5	22,5	-20,3	-25
Vejiga	61,9	49	70	73,1	71,2	0
Mama	49,8	59,8	55,8	58,2	77,8	76,2
Cervix	100	100	100	95,7	100	70,5
Útero	-21,2	63,8	31,4	53,8	76,4	45,6
Ovario	52,2	44,7	-15,6	-45,7	7,74	27,2
Melanomas				89,2	93,6	93,9
Total	9,00	42,2	54,8	57	52,6	53,5

MORTALIDAD E INCIDENCIA 2003 2008
TASAS BRUTAS x 100.000 HABITANTES POR
LOCALIZACIONES HOMBRES

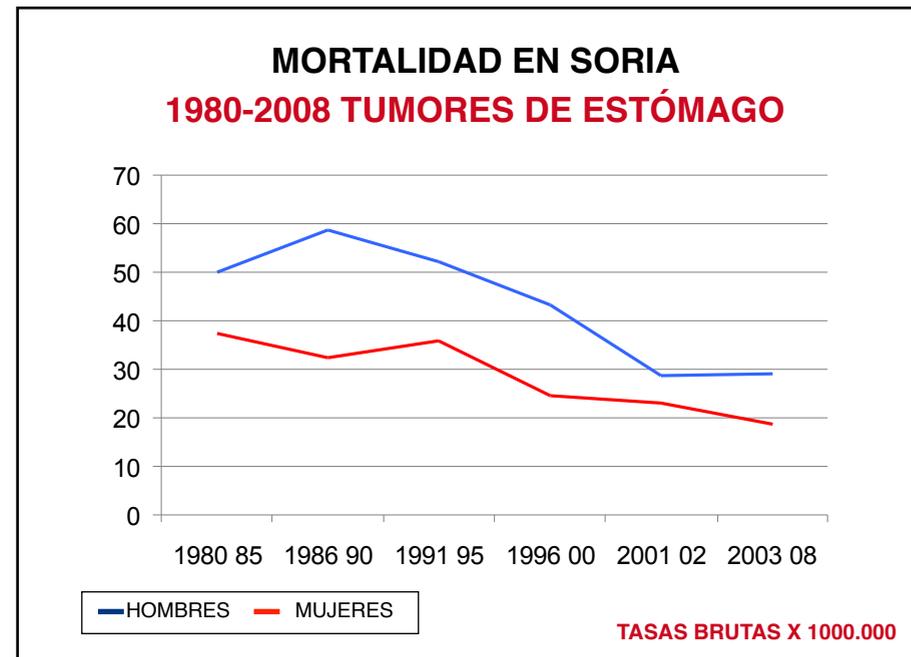
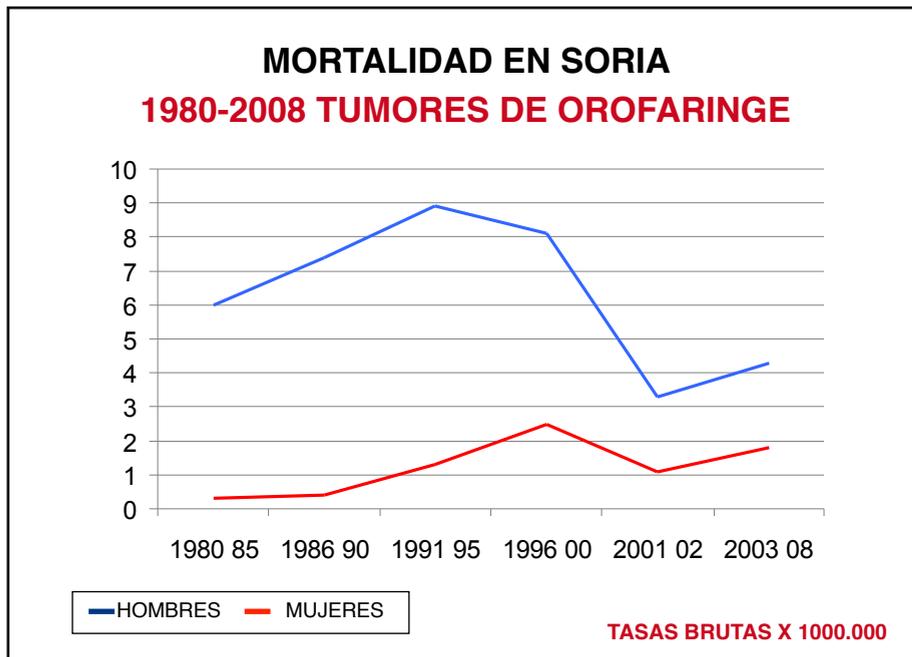
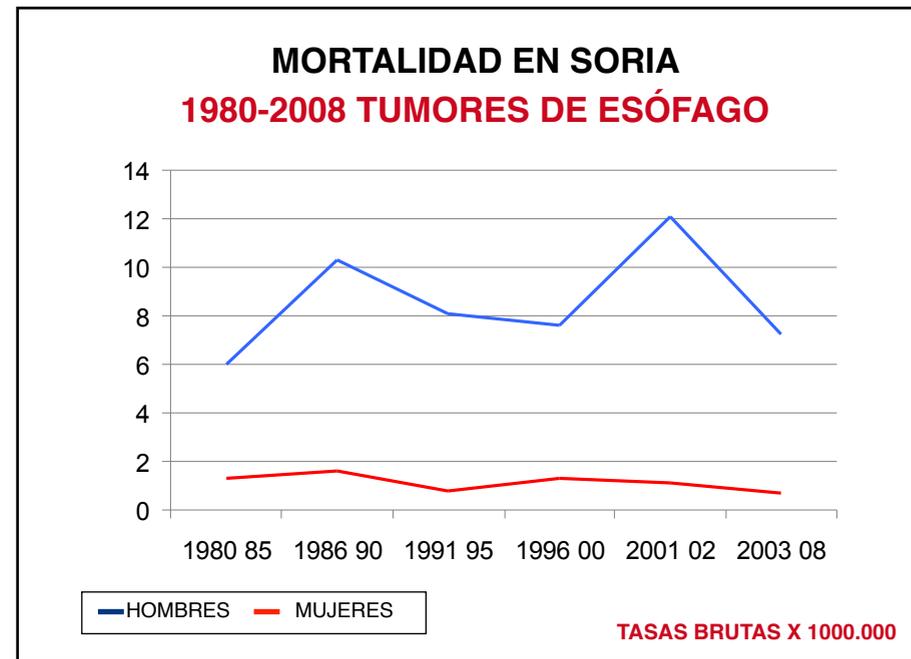
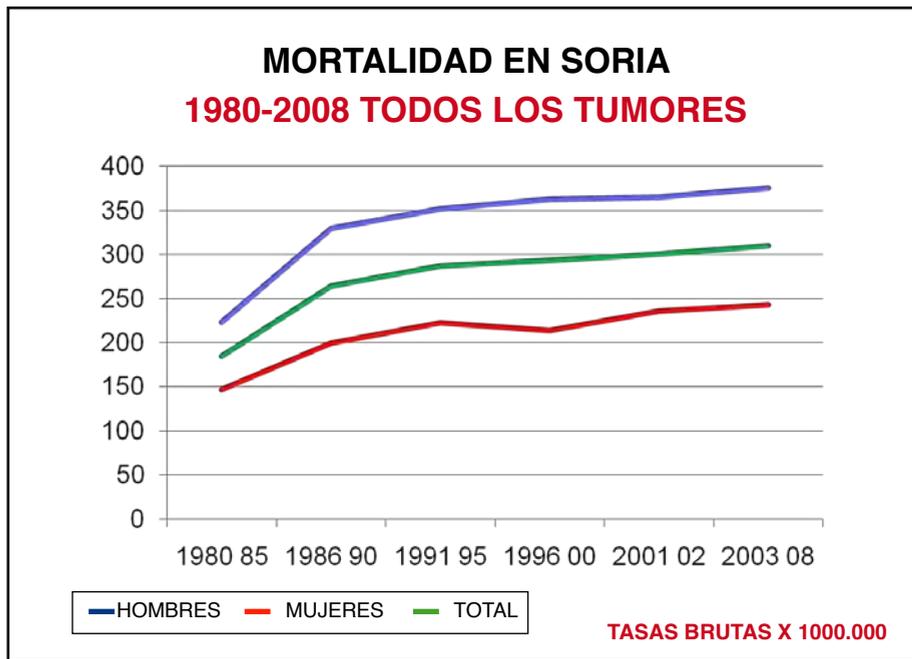
Localización	INCIDENCIA 2003-2008	MORTALIDAD 2003 -2008
Labio, Cavidad Oral, Faringe	29.1	4.4
Glándula Salivar	2.2	
Esófago	5.1	7.3
Estómago	43.8	29.6
Colon Recto-Sigma-Ano	95.6	44.5
Hígado	12.8	14.9
Vesícula Biliar	5.8	
Páncreas	7.7	15.3
Digestivo mal definidos		
Laringe	20.1	10.6
Tráquea-Bronquios-Pulmónes	70.8	82.5
Hueso	1.5	1.8
Partes Blandas	4.0	
Tiroides	2.9	
Vejiga Urinaria	121.9	23.7
Riñón y Vías Urinarias	15.3	10.6
SNC – Encéfalo	5.8	8.0
Ojo y anejos oculares	1.3	
Linfomas	18,6	12.0
Mielomas	9,5	
Leucemias	23,7	14.6
Próstata	174.9	42.3
Testículo	3.7	0
Piel Melanomas	109* sin basocelulares 11,3	6.2
Mal definidos		5.8
Mal definidos		24.1
Total Anual	607,5	392.8

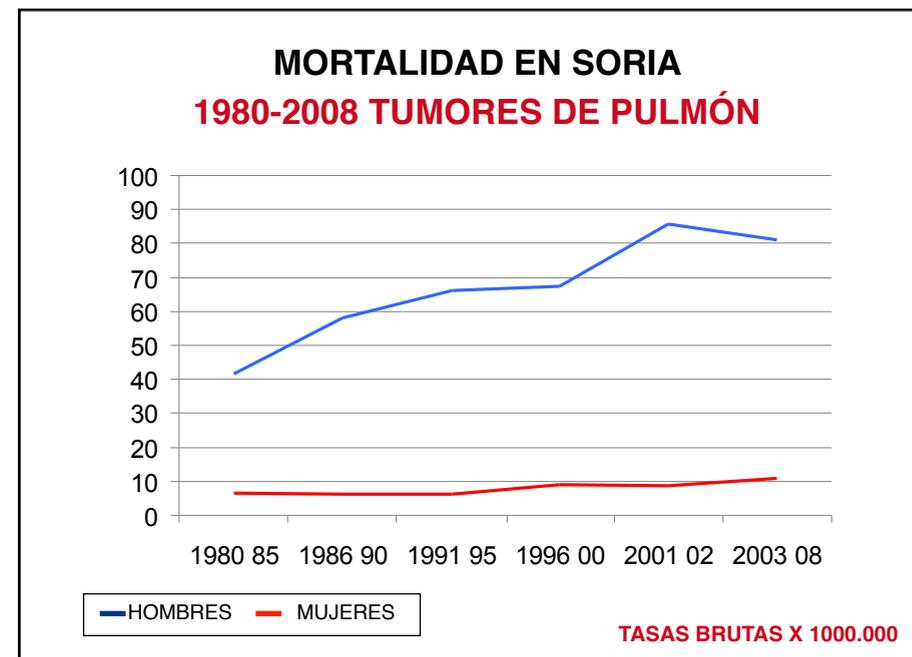
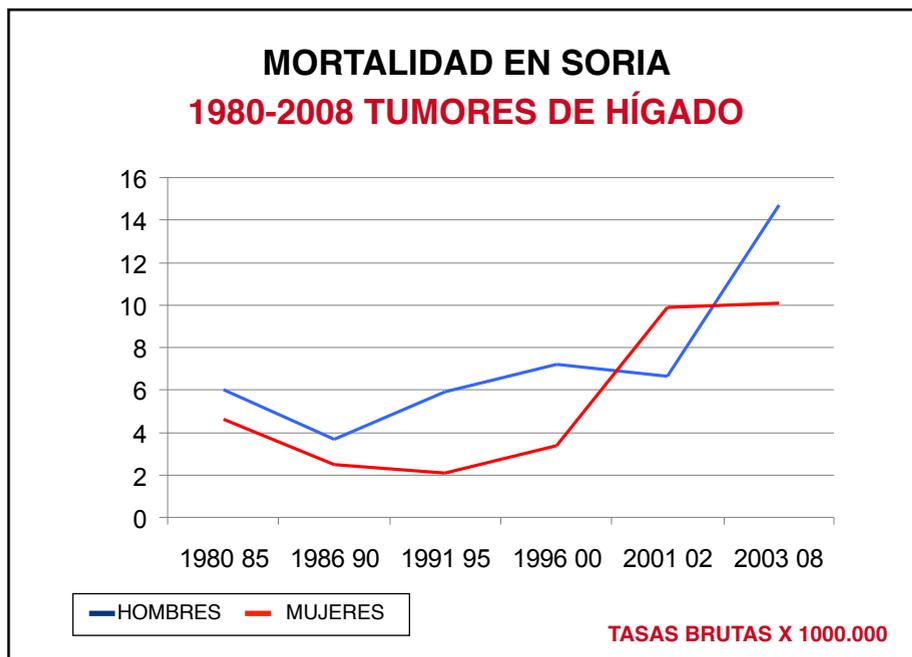
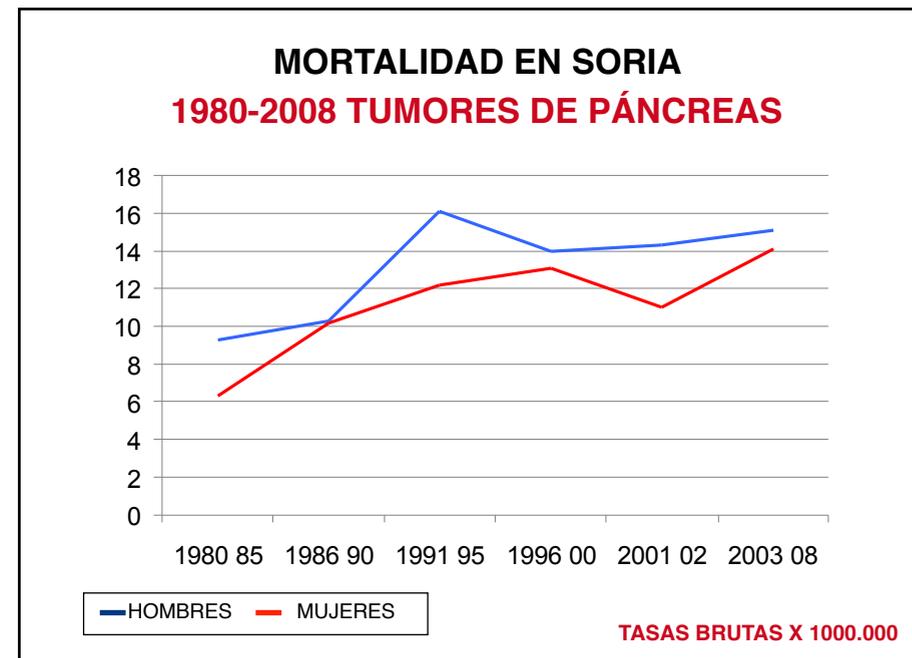
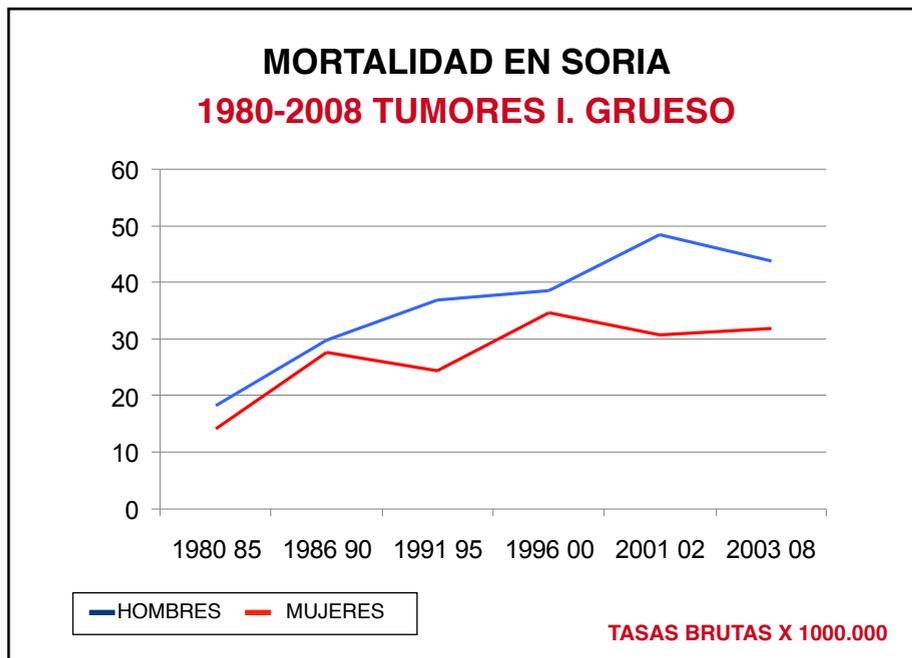
nv: no valorable

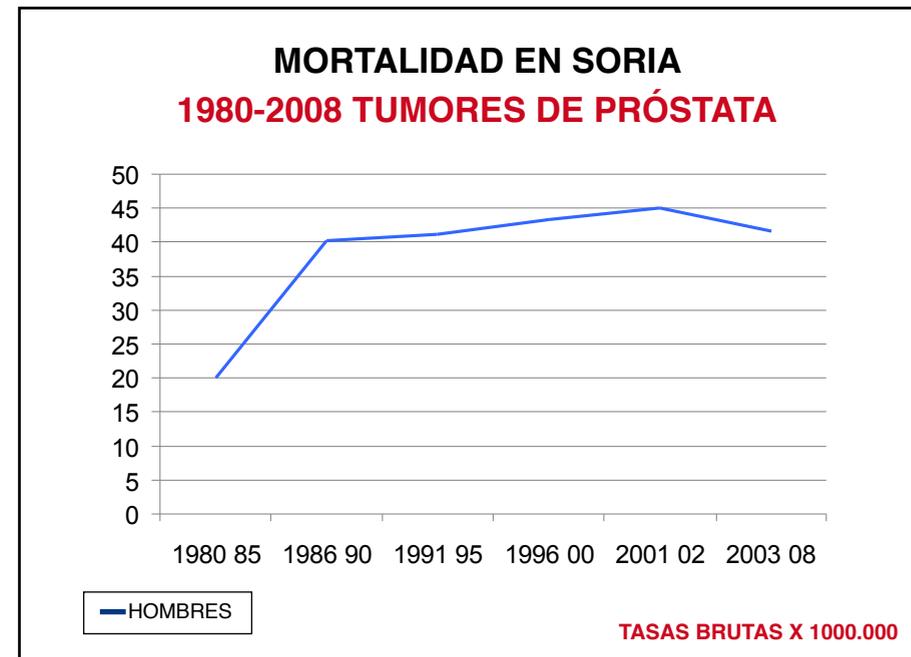
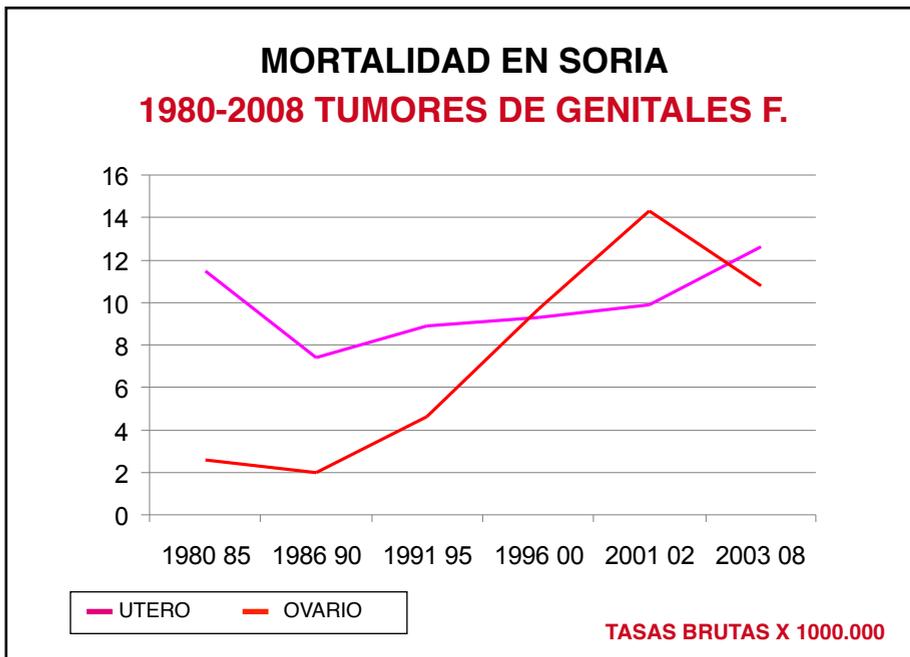
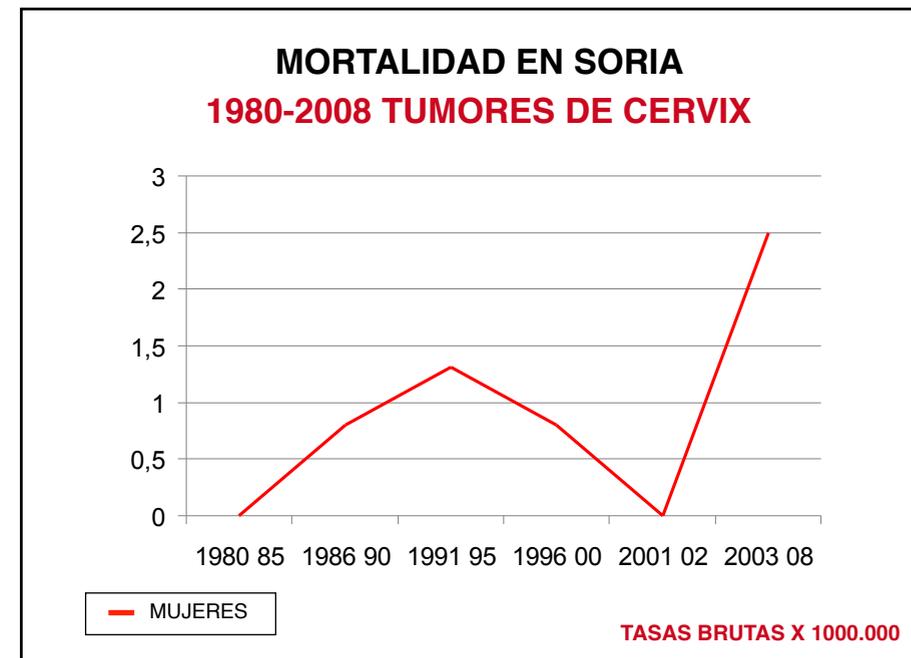
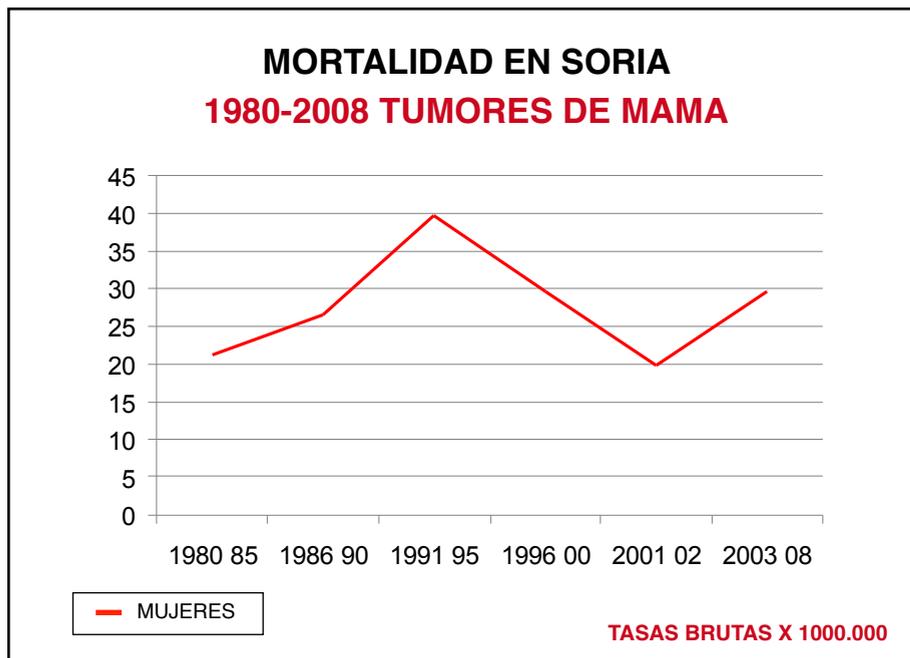
MORTALIDAD E INCIDENCIA 2003 2008
TASAS BRUTAS x 100.000 HABITANTES POR
LOCALIZACIONES MUJERES

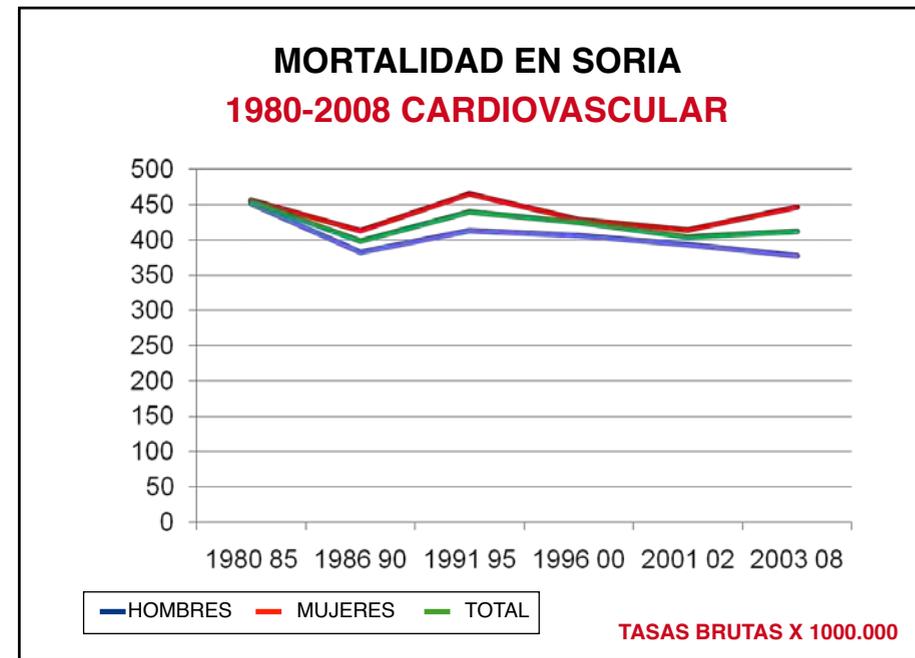
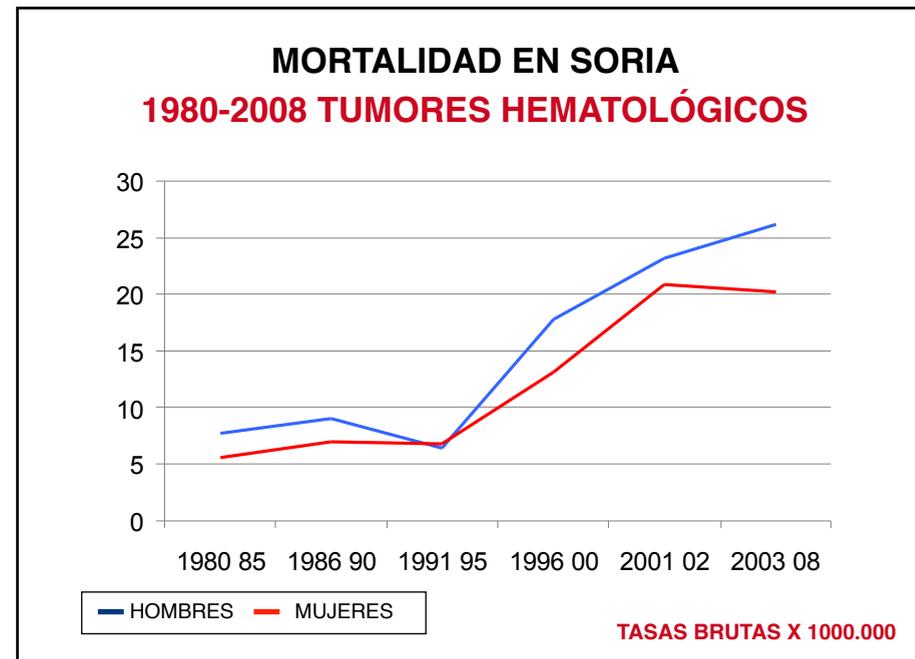
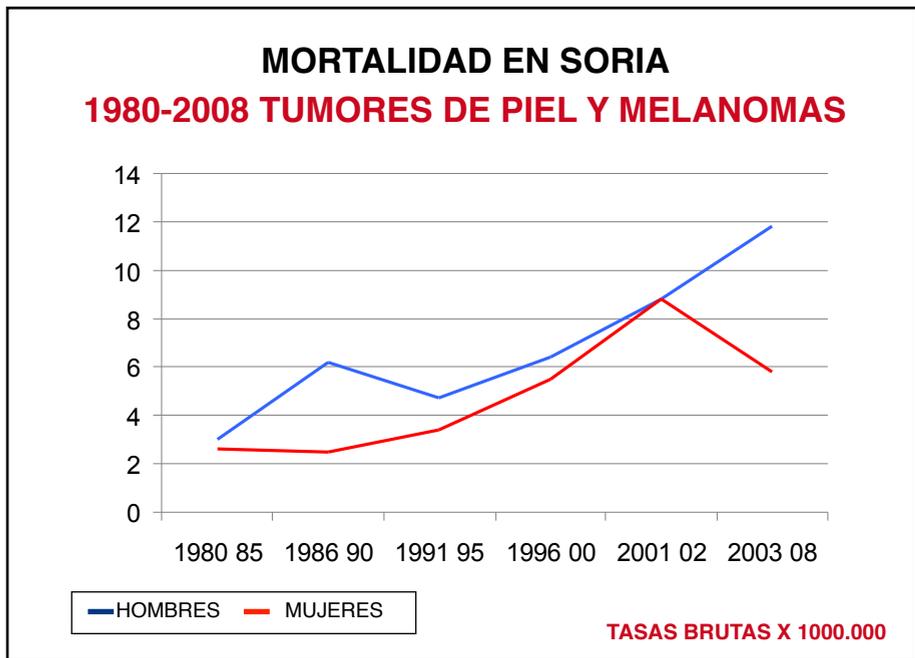
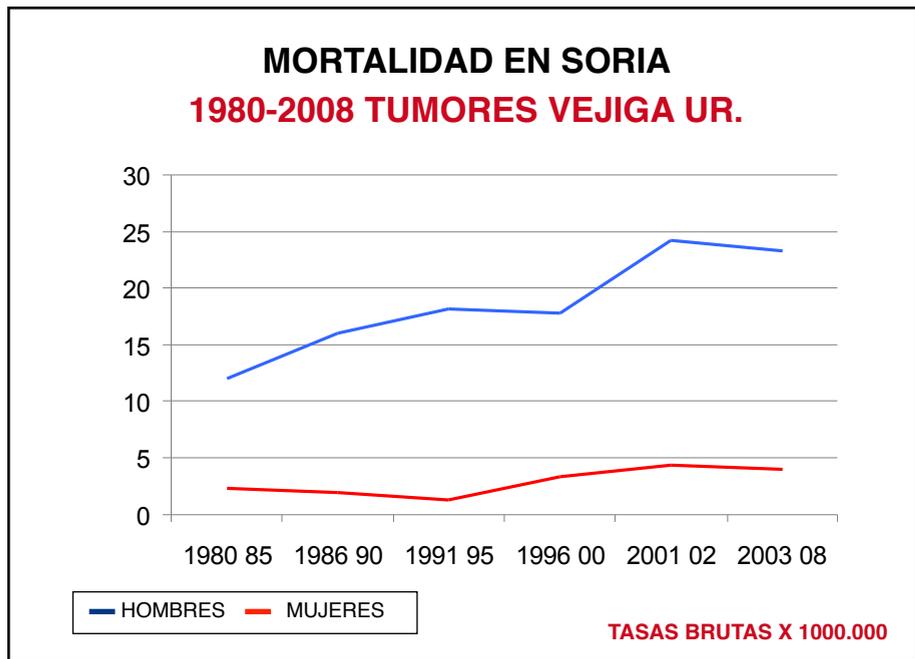
Localización	INCIDENCIA 2003-2008	MORTALIDAD 2003- 2008
Labio, Cavidad Oral, Faringe	28,7	1.8
Glándula Salivar	0	
Esófago	1,1	0.7
Estómago	20,9	19.1
Colon Recto Sigma Ano	25,8	32.4
Hígado	2,9	10.3
Vesícula Biliar	4,8	
Páncreas	3,7	14.3
Tiroides	2,7	
Digestivo mal definidos	0	
Laringe	0	0.4
Tráquea-Bronquios-Pulmónes	8,5	11.0
Piel Melanomas	70,3 sin basocels 25,8	4.4 1.5
Hueso	0,4	1.8
Partes Blandas	3,3	
Ojo y Anejos Oculares	1,1	
Vejiga Urinaria	16,6	4.0
Riñón y Vías Urinarias	6,6	4.0
SNC – Encéfalo	1,8	7.4
Linfomas	12,2	11.4
Mielomas	5,5	
Leucemias	16,6	9.2
Mama	126,6	30.2
Cervix Uterino	8,1	2.6
Cuerpo de Útero	22,8	12.9
Ovario y Trompas	15,1	11.0
Vulva- Vagina	2,2	1.8
Mal definidos		23.2
Total Anual	483.0	246.5

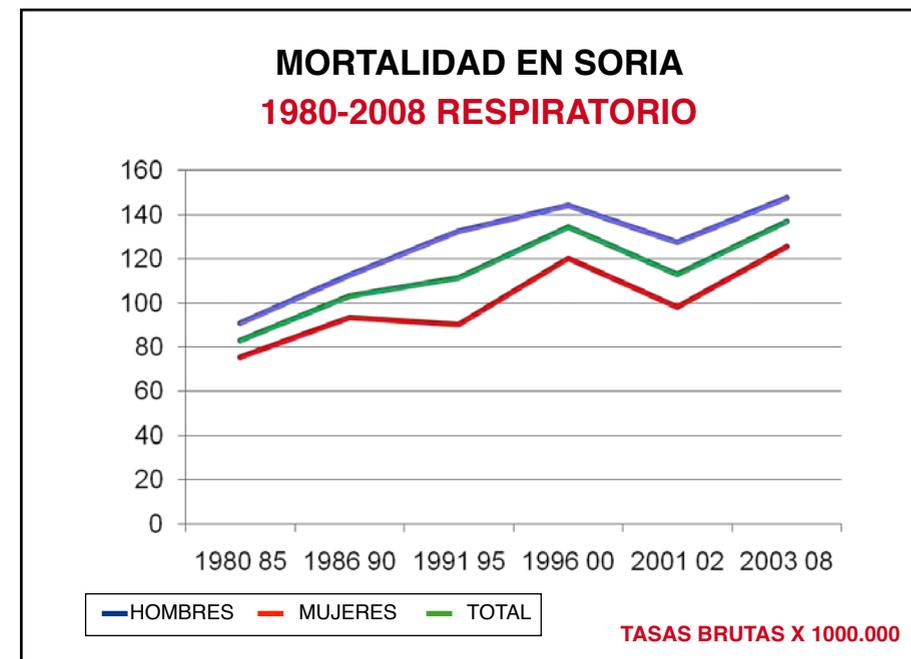
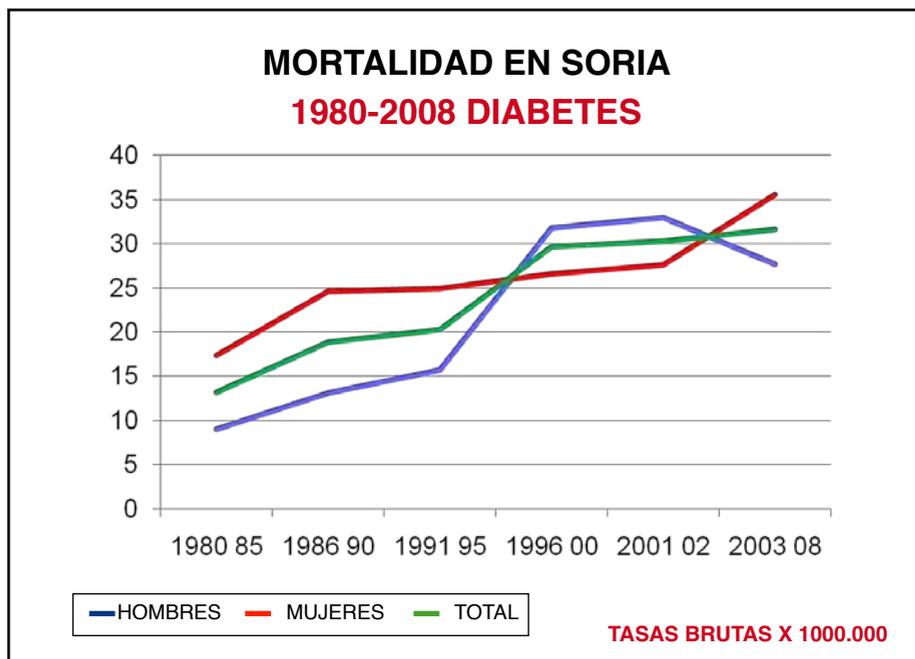
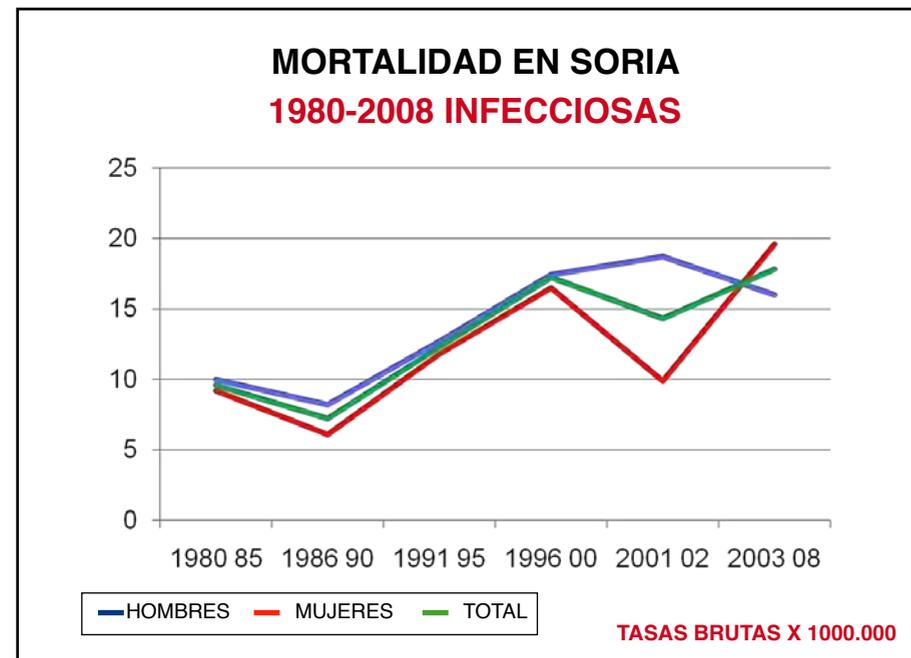
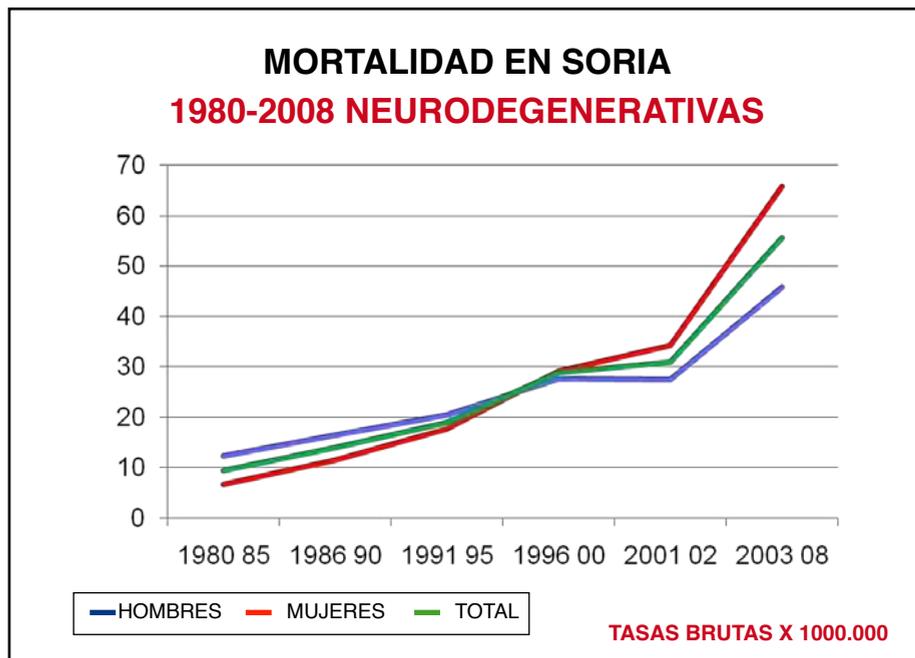
nv: no valorable



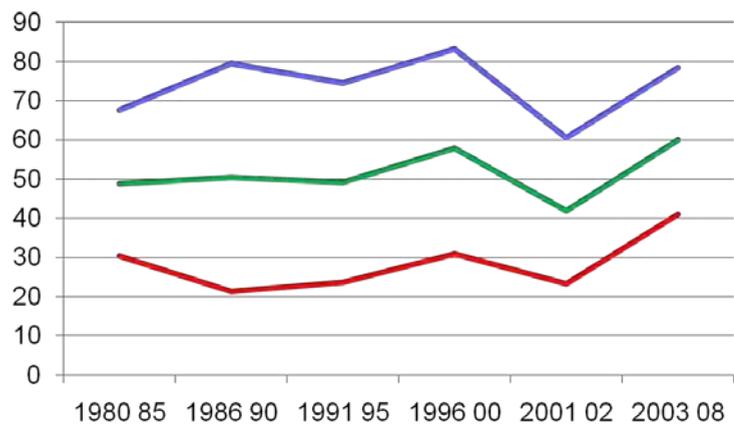








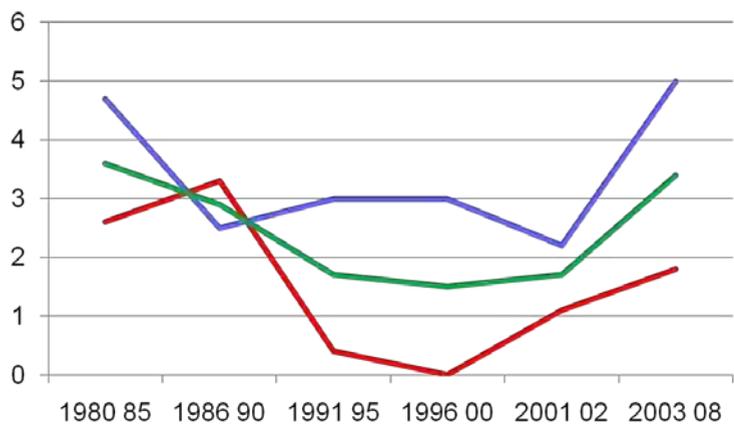
MORTALIDAD EN SORIA 1980-2008 FORENSES



— HOMBRES — MUJERES — TOTAL

TASAS BRUTAS X 1000.000

MORTALIDAD EN SORIA 1980-2008 PERINATALES



— HOMBRES — MUJERES — TOTAL

TASAS BRUTAS X 1000.000

Estudios comparativos



2007 Soria saludable del estío

TASAS DE MORTALIDAD BRUTAS PROVINCIALES EN EL AÑO 2008. GRUPOS ASOCIADOS

HOMBRES 2008

Todas Causas Máximas	TB	Alzheimer	TB	Diabetes	TB	Ictus	TB	Infeciosas	TB
Lugo	1455,1	Teruel	29	S C Tener	41,8	Orense	116,8	Palencia	39,6
Orense	1454,5	Logroño	23,1	Zamora	36,7	Lugo	112,8	Zamora	31,6
Zamora	1365,9	Lerida	22,9	Las Palmas	35	Huesca	103,5	León	29,4
Asturias	1235,6	León	22,5	Huesca	31,3	Zamora	101,9	La Coruña	28,1
Soria	1246,8	Lugo	20,8	Cuenca	31,2	Teruel	96,3	Teruel	27,7
León	1206	Albacete	20,5	Orense	30,9	Cuenca	92,6	Cantabria	25,6
Avila	1185	Gerona	20,4	C Real	28,8	Cordoba	84	Avila	24,2
Palencia	1161,3	Huesca	20	Avila	28,8	Salamanca	81	Badajoz	24,1
Cuenca	1155,3								
Huesca	1112,8	Soria	18,8	Soria	25,1	Soria	73,1	Soria	20,9
Caceres	1060,9								
Burgos	1043,9								
Todas Causas Mínimas	TB	Alzheimer	TB	Diabetes	TB	Ictus	TB	Infeciosas	TB
Madrid	686,2	Madrid	6,4	Madrid	7,5	Las Palmas	24,6	La Rioja	9,4
Baleares	723	Las Palmas	8,3	Almeria	11,9	Madrid	34,2	Guadalajara	12,3
Almeria	734,9	S.c.tener	8,8	Malaga	12,8	S C Tener	39,2	Murcia	12,9
S.c.tener	735,2	C. Real	10,4	Segovia	13,2	Guadalaj.	41,7	Gerona	12,9
Murcia	746,5	Baleares	10,5	Murcia	14,2	Baleares	44,2	Tarragona	13,4
Cadiz	772,4	Pontevedra	10,8	Cadiz	14,5	Almeria	46	Madrid	13,7
Guadalajara	776,6	Valladolid	11,9	Coruña	14,6			Las Palmas	14,4
				Cantabria	14,7			Navarra	14,8

TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD x 100.000

TASAS DE MORTALIDAD BRUTAS PROVINCIALES EN EL AÑO 2008. GRUPOS ASOCIADOS

MUJERES 2008. TABACO Y ENFERMEDAD

Máximas Todas Causas	T B	Alzheimer	T B	Diabetes	T B	Ictus	T B	Infeciosas	T B
Orense	1349,8	Soria	55,6	Zamora	52,5	Orense	153,8	Zamora	42,4
Zamora	1291,3	Lerida	53,7	S C Tener	50	Huesca	147,7	León	32,5
Lugo	1287,3	Teruel	49,6	Las Palmas	48,9	Cuenca	142,2	Avila	31,8
Soria	1197,5	Rioja	48,4	Cuenca	44,2	Lugo	140,2	Teruel	31,2
Avila	1159,1	León	47,4	Salamanca	43,8	Teruel	133,2	Palencia	28,5
Teruel	1139,7	Castellon	45,4	Palencia	42,2	Zamora	122,1	C Real	25,2
Asturias	1127,9	Asturias	45	C. Real	42	La Coruña	119,9	La Coruña	21,5
León	1112,3	Orense	44,2	Baleares	40	Salamanca	112,4	Cantabria	21,2
Huesca	1083,1	Navarra	43,9			Badajoz	108,7	Salamanca	21
Palencia	1081			Soria	25,7	Asturias	103,9	Albacete	19,7
Cuenca	10 ⁵ 8,2					Soria	83,4	Orense	18,4
Salamanca	10 ⁵ 1,4							Badajoz	17,7
								Soria	17,1
Mínimas Todas Causas	T B	Alzheimer	T B	Diabetes	T B	Ictus	T B	Infeciosas	T B
Las Palmas	558,8	Madrid	15,9	Madrid	11,2	Las Palmas	28,9	Guadalajara	8,7
S.c.tener	611,4	S.c.tener	17,2	Guadalajara	13,9	Madrid	48	Castellon	9,1
Madrid	631,5	Las Palmas	17,9	Malaga	15,2	S C Tener	45,7	Lugo	9,3
Almeria	643,1	Cuenca	20,7	Alicante	16	Madrid	48	Jaen	11
Alicante	668,9	Guadalaj.	20,8	Pontevedra	18,3	Baleares	54,7	Lerida	11
Baleares	672,6	Badajoz	25,5	Murcia	18,6	Cadiz	58,5	Sevilla	11
Cadiz	687,9	La Coruña	25,7	Almeria	18,8	Guadalajara	62,4	Navarra	11,3
Guadalajara	695,5	Alicante	26,7	Gerona	20,3	Almeria	62,7	La Rioja	11,5
								Pontevedra	11,8

TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD x 100.000

TASAS DE MORTALIDAD BRUTAS PROVINCIALES EN EL AÑO 2008. GRUPOS ASOCIADOS

HOMBRES 2008. TABACO Y ENFERMEDAD

Máximas	Caja 20 Cigar. Habitan/mes	Cardiovascular	T B	Ictus	T B
Gerona	16,2	Lugo	472,5	Orense	116,8
Lerida	10,6	Orense	449,2	Lugo	112,8
Guipúzcoa	10,1	Zamora	377,2	Huesca	103,5
Navarra	9,7	Asturias	351,3	Zamora	101,9
Baleares	9,1	León	337	Teruel	96,3
Huelva	8,1	Huesca	334,1	Cuenca	92,6
Huesca	8	Cuenca	332	Cordoba	84
España	6,5	Salamanca	328	Salamanca	81
Soria	6	Avila	323,6		
		Soria	321,6	Soria	73,1
Mínimas	Caja 20 Cigar. Habitan/mes	Cardiovascular	T B	Ictus	T B
Cádiz	5,1	Madrid	166,5	Las Palmas	24,6
Lugo	5,5	S.c.tener	183,2	Madrid	34,2
Pontevedra	5,5	Almeria	187,9	S C Tener	39,2
Orense	5,6	Alava	190,4	Guadalajara	41,7
Vizcaya	5,7	Las Palmas	190,9	Baleares	44,2
Segovia	5,9	Guadalajara	195,4	Almeria	46
Soria	6	Baleares	208		
		Gerona	217,3		
		Murcia	219,9		

TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD x 100.000

TASAS DE MORTALIDAD BRUTAS PROVINCIALES EN EL AÑO 2008. GRUPOS ASOCIADOS

MUJERES 2008. TABACO Y ENFERMEDAD

Máximas	Caja 20 Cigar. Hab./mes	Cardiovascular	T B	Ictus	T B
Gerona	16,2	Orense	544,6	Orense	153,8
Lerida	10,6	Lugo	516,9	Huesca	147,7
Guipúzcoa	10,1	Zamora	474,2	Cuenca	142,2
Navarra	9,7	Avila	435,4	Lugo	140,2
Baleares	9,1	Asturias	434,5	Teruel	133,2
Huelva	8,1	Cuenca	419,9	Zamora	122,1
Huesca	8	Soria	410,6	La Coruña	119,9
Soria	6	Salamanca	397,2	Salamanca	112,4
		Teruel	395,5	Badajoz	108,7
		Huesca	394,3	Asturias	103,9
		León	378,2	Soria	83,4
Mínimas	Caja 20 Cigar. Hab./mes	Cardiovascular	T B	Ictus	T B
Cádiz	5,1	Las Palmas	177,6	Las Palmas	28,9
Lugo	5,5	S.c.tener	188,8	Madrid	48
Pontevedra	5,5	Madrid	206,3	S C Tener	45,7
Orense	5,6	Almeria	225,1	Madrid	48
Vizcaya	5,7	Alava	235,1	Baleares	54,7
Segovia	5,9	Baleares	247,5	Cádiz	58,5
Soria	6	Guadalajara	252	Guadalajara	62,4
		Alicante	254,5	Almeria	62,7
		Cádiz	254,8		
		Gerona	257		

TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD x 100.000

TASAS DE MORTALIDAD BRUTAS PROVINCIALES EN EL AÑO 2008. GRUPOS ASOCIADOS

HOMBRES 2008. TABACO Y CÁNCER

Máximas	Caja 20 Cigar. Hab./mes	Ca Vejiga	T B	Ca Pulmón	T B	Ca Laringe	T B
Gerona	16,2	Orense	34,6	Caceres	119	Burgos	14,2
Lerida	10,6	Soria	29,2	Asturias	117,1	Cuenca	13,8
Guipúzcoa	10,1	Zamora	27,5	Cantabria	96,7	La Rioja	11,8
Navarra	9,7	Lugo	25,4	Vizcaya	95,8	Avila	11,5
Baleares	9,1	León	25,3	Zamora	92,8	Lugo	11
Huelva	8,1	Cantabria	25,2	Lugo	93,1	Asturias	10,6
Huesca	8	Asturias	24,7	León	92,3	Badajoz	10,6
España	6,5	Salamanca	23,7	Orense	91,4	Huelva	9,9
Soria	6	Caceres	22,8			Cantabria	9,8
		Burgos	22,1	Soria	77,3	Soria	8,4
		Avila	21,9				
		Segovia	21,6				
Mínimas	Caja 20 Cigar. Hab./mes	Ca Vejiga	T B	Ca Pulmón	T B	Ca Laringe	T B
Cadiz	5,1	Alava	11	S C Tener	56,2	Guadalajara	3,3
Lugo	5,5	Las Palmas	11,8	Las Palmas	57,4	Gerona	3,8
Pontevedra	5,5	Murcia	11,9	Lerida	58,2	Valladolid	4,2
Orense	5,6	Baleares	12,6	Almeria	58,5	Madrid	4,3
Vizcaya	5,7	S C Tener	13	Murcia	59,6	Huesca	4,4
Segovia	5,9	Jaen	13,2	Jaen	60,4	Albacete	4,5
Soria	6	Granada	13,4	Gerona	60,4	Lerida	4,6
		Madrid	13,6				

TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD x 100.000

TASAS DE MORTALIDAD BRUTAS PROVINCIALES EN EL AÑO 2008. GRUPOS ASOCIADOS

MUJERES 2008. TABACO Y CÁNCER

Máximas	Caja 20 Cigar. Hab./mes	Ca Vejiga	Tasa B	Ca Pulmón	Tasa B
Gerona	16,2	Huesca	11,8	Vizcaya	19,3
Lerida	10,6	Burgos	7,6	Guipuzcoa	18,8
Guipúzcoa	10,1	Avila	7,1	Asturias	18,7
Navarra	9,7	Asturias	6,6	Zamora	18,2
Baleares	9,1	Soria	6,4	Pontevedra	17,9
Huelva	8,1	Vizcaya	5,8	Cantabria	17,5
Huesca	8	Palencia	5,7	Caceres	17,4
Soria	6	Lugo	5,5	Orense	17,2
		Cordoba	5,2		
Mínimas	Caja 20 Cigar. Hab./mes	Ca Vejiga	Tasa B	Ca Pulmón	Tasa B
Cadiz	5,1	Cuenca	0,9	Almeria	6,8
Lugo	5,5	Caceres	1	Cadiz	7,2
Pontevedra	5,5	Guadalajara	1,7	Huesca	7,3
Orense	5,6	Castellon	2	Cordoba	8,1
Vizcaya	5,7	Las Palmas	2,5	Jaen	8,1
Segovia	5,9	La Rioja	2,5	Cuenca	8,5
Soria	6	Badajoz	2,6	Soria	8,6
		Huelva	2,7	Huelva	9
		Valencia	2,9	Burgos	9,2
		Pontevedra	3		

TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD x 100.000

TASAS DE MORTALIDAD BRUTAS PROVINCIALES EN EL AÑO 2008. GRUPOS ASOCIADOS

HOMBRES 2008. TABACO Y CÁNCER

Máximas Ca Orofaringe	T B	Ca Vejiga	T B	Ca Pulmón	T B	Ca Laringe	T B
Zamora	15,3	Orense	34,6	Caceres	119	Burgos	14,2
Asturias	13,7	Soria	29,2	Asturias	117,1	Cuenca	13,8
La Rioja	13,7	Zamora	27,5	Cantabria	96,7	La Rioja	11,8
Lugo	12,1	Lugo	25,4	Vizcaya	95,8	Avila	11,5
Cantabria	11,9	León	25,3	Zamora	92,8	Lugo	11
Las Palmas	11,8	Cantabria	25,2	Lugo	93,1	Asturias	10,6
Palencia	11,6	Asturias	24,7	León	92,3	Badajoz	10,6
S C Tener	11,6	Salamanca	23,7	Orense	91,4	Huelva	9,9
Soria	6,3	Caceres	22,8			Cantabria	9,8
		Burgos	22,1	Soria	77,3	Soria	8,4
		Avila	21,9				
		Segovia	21,6				
Mínimas Ca Orofaringe	T B	Ca Vejiga	T B	Ca Pulmón	T B	Ca Laringe	T B
Murcia	4,1	Alava	11	S C Tener	56,2	Guadalajara	3,3
Guadalajara	4,1	Las Palmas	11,8	Las Palmas	57,4	Gerona	3,8
Avila	4,6	Murcia	11,9	Lerida	58,2	Valladolid	4,2
C Real	4,6	Baleares	12,6	Almeria	58,5	Madrid	4,3
Lerida	4,6	S C Tener	13	Murcia	59,6	Huesca	4,4
Castellon	4,7	Jaen	13,2	Jaen	60,4	Albacete	4,5
Segovia	4,8	Granada	13,4	Gerona	60,4	Lerida	4,6
		Madrid	13,6				

TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD x 100.000

TASAS DE MORTALIDAD BRUTAS PROVINCIALES EN EL AÑO 2008. GRUPOS ASOCIADOS

MUJERES 2008. TABACO Y CÁNCER

Máximas Ca Orofaringe	T B	Ca Vejiga	T B	Ca Pulmón	T B
Zamora	7,1	Huesca	11,8	Vizcaya	19,3
Valladolid	4,5	Burgos	7,6	Guipuzcoa	18,8
Guadalajara	4,3	Avila	7,1	Asturias	18,7
Alava	3,9	Asturias	6,6	Zamora	18,2
Huelva	3,5	Soria	6,4	Pontevedra	17,9
C Real	3,4	Vizcaya	5,8	Cantabria	17,5
Vizcaya	3	Palencia	5,7	Caceres	17,4
Asturias	2,7	Lugo	5,5	Orense	17,2
Cantabria	2,7	Cordoba	5,2		
Las Palmas	2,5				
Soria	2,1				
Mínimas Ca Orofaringe	T B	Ca Vejiga	T B	Ca Pulmón	T B
Palencia	0	Cuenca	0,9	Almeria	6,8
Tarragona	0,3	Caceres	1	Cadiz	7,2
Badajoz	0,9	Guadalajara	1,7	Huesca	7,3
Cuenca	0,9	Castellon	2	Cordoba	8,1
Toledo	0,9	Las Palmas	2,5	Jaen	8,1
Albacete	1	La Rioja	2,5	Cuenca	8,5
Lerida	1	Badajoz	2,6	Soria	8,6
Valencia	1,1	Huelva	2,7	Huelva	9
Salamanca	1,1	Valencia	2,9	Burgos	9,2
Orense	1,1	Pontevedra	3		

TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD x 100.000

TASAS DE MORTALIDAD BRUTAS PROVINCIALES EN EL AÑO 2008. GRUPOS ASOCIADOS

HOMBRES 2008

Máximas Todas	T B	Alzheimer	T B	Diabetes	T B	Ictus	T B	Infeccio.	T B
Lugo	1455,1	Teruel	29	Tenerife	41,8	Orense	116,8	Palencia	39,6
Orense	1454,5	Logroño	23,1	Zamora	36,7	Lugo	112,8	Zamora	31,6
Zamora	1365,9	Lerida	22,9	Las Palm.	35	Huesca	103,5	León	29,4
Asturias	1235,6	León	22,5	Huesca	31,3	Zamora	101,9	A Coruña	28,1
Soria	1246,8	Lugo	20,8	Cuenca	31,2	Teruel	96,3	Teruel	27,7
León	1206	Albacete	20,5	Orense	30,9	Cuenca	92,6	Cantabria	25,6
Avila	1185	Gerona	20,4	C Real	28,8	Cordoba	84	Avila	24,2
Palencia	1161,3	Huesca	20	Avila	28,8	Salamanca	81	Badajoz	24,1
Cuenca	1155,3	Soria	18,8						
Huesca	1112,8			Soria	25,1	Soria	73,1	Soria	20,9
Caceres	1060,9								
Burgos	1043,9								
Mínimas Todas	T B	Alzheimer	T B	Diabetes	T B	Ictus	T B	Infeccio.	T B
Madrid	686,2	Madrid	6,4	Madrid	7,5	Las Palmas	24,6	La Rioja	9,4
Baleares	723	Las Palm.	8,3	Almeria	11,9	Madrid	34,2	Guadala.	12,3
Almeria	734,9	Tenerife	8,8	Malaga	12,8	Tenerife	39,2	Murcia	12,9
Tenerife	735,2	C. Real	10,4	Segovia	13,2	Guadalajara	41,7	Gerona	12,9
Murcia	746,5	Baleares	10,5	Murcia	14,2	Baleares	44,2	Tarragona	13,4
Cadiz	772,4	Ponteve.	10,8	Cadiz	14,5	Almeria	46	Madrid	13,7
Guadala.	776,6	Valladolid	11,9	Coruña	14,6			Las Palm.	14,4
				Cantabria	14,7			Navarra	14,8

TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD x 100.000

TASAS DE MORTALIDAD BRUTAS PROVINCIALES EN EL AÑO 2008. GRUPOS ASOCIADOS

MUJERES 2008

Máximas Todas	T B	Alzheimer	T B	Diabetes	T B	Ictus	T B	Infeccio.	T B
Orense	1349,8	Soria	55,6	Zamora	52,5	Orense	153,8	Zamora	42,4
Zamora	1291,3	Lerida	53,7	Tenerife	50	Huesca	147,7	León	32,5
Lugo	1287,3	Teruel	49,6	Las Palmas	48,9	Cuenca	142,2	Avila	31,8
Soria	1197,5	Rioja	48,4	Cuenca	44,2	Lugo	140,2	Teruel	31,2
Avila	1159,1	León	47,4	Salamanca	43,8	Teruel	133,2	Palencia	28,5
Teruel	1139,7	Castellon	45,4	Palencia	42,2	Zamora	122,1	C Real	25,2
Asturias	1127,9	Asturias	45	C. Real	42	A Coruña	119,9	La Coruña	21,5
León	1112,3	Orense	44,2	Baleares	40	Salamanca	112,4	Cantabria	21,2
Huesca	1083,1	Navarra	43,9			Badajoz	108,7	Salamanca	21
Palencia	1081			Soria	25,7	Asturias	103,9	Albacete	19,7
Cuenca	10 ⁸ ,2					Soria	83,4	Orense	18,4
Salamanca	10 ⁵ ,4							Badajoz	17,7
								Soria	17,1
Mínimas Todas	T B	Alzheimer	T B	Diabetes	T B	Ictus	T B	Infeccio.	T B
Las Palmas	558,8	Madrid	15,9	Madrid	11,2	Las Palmas	28,9	Guadala.	8,7
S.c.tener	611,4	Tenerife	17,2	Guadalajara	13,9	Madrid	48	Castellon	9,1
Madrid	631,5	Las Palm.	17,9	Malaga	15,2	Tenerife	45,7	Lugo	9,3
Almeria	643,1	Cuenca	20,7	Alicante	16	Madrid	48	Jaen	11
Alicante	668,9	Guadala.	20,8	Pontevedra	18,3	Baleares	54,7	Lerida	11
Baleares	672,6	Badajoz	25,5	Murcia	18,6	Cadiz	58,5	Sevilla	11
Cadiz	687,9	Coruña	25,7	Almeria	18,8	Guadalajara	62,4	Navarra	11,3
Guadala.	695,5	Alicante	26,7	Gerona	20,3	Almeria	62,7	La Rioja	11,5
								Ponteve.	11,8

TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD x 100.000

TASAS DE MORTALIDAD BRUTAS PROVINCIALES EN EL AÑO 2008. GRUPOS ASOCIADOS

HOMBRES 2008

Máximas Suicidios	T B	Homicidios	T B	Todas Causas	T B
Almería	20,9	Tarragona	2,2	Lugo	1455,1
Salamanca	20,8	Almería	2	Orense	1454,5
Malaga	18,2	Caceres	1,9	Zamora	1365,9
Lugo	17,9	Murcia	1,9	Asturias	1235,6
Santa Cruz	17,6	Cuenca	1,8	Soria	1246,8
Orense	17,3	Madrid	1,7	León	1206
Segovia	16,8	Valenciagranada	1,7	Avila	1185
La Coruña	16,4	Malaga	1,6	Palencia	1161,3
		Granada	1,6	Cuenca	1155,3
Soria	14,6			Huesca	1112,8
				Caceres	1060,9
				Burgos	1043,9
Mínimas Suicidios	T B	Homicidios	T B	Todas Causas	T B
Palencia	3,5	Avila	0	Madrid	686,2
Madrid	4,6	C Real	0	Baleares	723
Cantabria	7,4	Huesca	0	Almería	734,9
Barcelona	7,9	Lugo	0	S.c.tener	735,2
Lerida	8,7	Palencia	0	Murcia	746,5
Gerona	9,7	Soria	0	Cadiz	772,4
Huesca	10,4	Teruel	0	Guadalajara	776,6
Castellón	10,7	Valladolid	0		
		Zamora	0		

TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD x 100.000

TASAS DE MORTALIDAD BRUTAS PROVINCIALES EN EL AÑO 2008. GRUPOS ASOCIADOS

MUJERES 2008

Máximas Suicidios	T B	Homicidios	T B	Todas causas	T B
Cuenca	7,5	Guadalajara	3,5	Orense	1349,8
Lugo	7,1	Murcia	1,3	Zamora	1291,3
Coruña	6,8	Rioja	1,2	Lugo	1287,3
Castellon	6,1	Almería	1,2	Soria	1197,5
Asturias	5,9	Lugo	1,1	Avila	1159,1
Avila	5,9	Salamanca	1,1	Teruel	1139,7
Jaen	5,7	Zamora	1	Asturias	1127,9
Navarra	5,2	Cáceres	1	León	1112,3
Orense	5,2	Cádiz	1	Huesca	1083,1
Valladolid	5,2			Palencia	1081
				Cuenca	10 ⁸ ,2
				Salamanca	10 ⁵ ,4
Mínimas Suicidios	T B	Homicidios	T B	Todas causas	T B
Zamora	1	Albacete	0	Las Palmas	558,8
Cantabria	1	Avila	0	S.c.tener	611,4
Segovia	1,2	Baleares	0	Madrid	631,5
Madrid	1,2	Burgos	0	Almería	643,1
Caceres	1,5	Cantabria	0	Alicante	668,9
Guadalajara	1,7	Segovia	0	Baleares	672,6
Mallorca	1,7	Soria	0	Cadiz	687,9
Toledo	1,8	Sevilla	0	Guadalajara	695,5
Badajoz	2	Teruel	0		
Soria	2,1				

TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD x 100.000

TASAS DE MORTALIDAD BRUTAS PROVINCIALES EN EL AÑO 2008. GRUPOS ASOCIADOS

HOMBRES 2008

Máximas Ca Páncreas	T B	Ca Esófago	T B	Ca Gástrico	T B	Ca Colon	T B
Teruel	21,1	Orense	12,4	Avila	41,5	Zamora	80,5
Avila	20,7	Asturias	12	Palencia	40,8	León	62,1
Zamora	20,4	Guipuzcoa	10,7	Orense	38,3	Palencia	61,7
Asturias	18,9	La Coruña	10,6	Burgos	32,7	Lugo	60,1
Palencia	18,6	Lugo	10,4	Zamora	30,6	Burgos	53,2
Salamanca	17,4	Soria	10,4	Teruel	30,4	Guipuzcoa	50,8
Lugo	17,3			Soria	20,9	Teruel	50,1
Orense	17,3						
Valladolid	17,3						
Soria	14,6					Soria	48
Mínimas Ca Páncreas	T B	Ca Esófago	T B	Ca Gástrico	T B	Ca Colon	T B
Almería	7	Teruel	1,3	Baleares	6,5	Las Palmas	21,1
Huelva	7,9	Guadalajara	2,5	Las Palmas	6,9	Granada	24,6
Malaga	8,4	Granada	3,8	Tenerife	8,6	Tenerife	25
Gerona	8,6	Jaen	3,9	Tarragona	10,2	Murcia	26
Murcia	8,9	Salamanca	4	Sevilla	11,8	Almeria	27,3
Castellon	9	Badajoz	4,1	Malaga	11,3	Malaga	27,9
Baleares	9,3	Rioja	4,4	Murcia	11,2	Cadiz	27,9

TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD x 100.000

TASAS DE MORTALIDAD BRUTAS PROVINCIALES EN EL AÑO 2008. GRUPOS ASOCIADOS

MUJERES 2008

Máximas Ca Páncreas	T B	Ca Esófago	T B	Ca Gástrico	T B	Ca Colon	T B
Palencia	22,8	Orense	2,9	Orense	24,7	Zamora	50,4
Cuenca	17,9	Lugo	2,7	Zamora	22,2	Avila	49,4
Asturias	16,4	Burgos	2,2	Burgos	21,2	León	47,8
Zamora	16,1	Alava	1,9	Segovia	19,8	Soria	40,6
Lugo	15,3	Zaragoza	1,9	Lugo	19,7	Lugo	40,5
Orense	14,9	Asturias	1,8	León	19,6	Palencia	38,8
Avila	14,1	Huesca	1,8	Salamanca	18,3	Orense	38,5
Teruel	12,8	Pontevedra	1,8			Burgos	38
Salamanca	12,2	Las Palmas	1,7	Soria	10,7		
Soria	10,7						
Mínimas Ca Páncreas	T B	Ca Esófago	T B	Ca Gástrico	T B	Ca Colon	T B
Castellon	6,4	Albacete	0	Teruel	2,8	Almeria	14,8
Sevilla	6,7	Guadalajara	0	Albacete	4,6	Las Palmas	16,8
Albacete	7,1	Teruel	0	Guadalajara	5,2	Tenerife	18,4
S C Tener	7,1	Zamora	0	Tenerife	5,3	Malaga	19,7
Baleares	7,3	Soria	0	Granada	5,5	Baleares	19,9
Malaga	7,5	Jaen	0,3	Malaga	5,7	Murcia	20,3
Jaen	7,8	Cordoba	0,5	Huelva	5,9	Cadiz	22,7
Alicante	8,1			Baleares	6	Guadalajara	23,4
Almeria	8,3					Granada	23,6
Murcia	8,5						

TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD x 100.000

INCIDENCIA POR CÁNCER EN EL MUNDO TAMI 2002 HOMBRES

REGISTROS CONTRASTADOS POR LA I.A.R.C.

Incidencia Localizaciones	Soria H 01-2002	Hombres España	Hombres Máxima Mundial	Hombres Mínima Mundial
Próstata	51,6	35,9 56,3*	124,8 Ee.uu 90,9 Suecia 84,4 Finlandia	8,0 Turkia 10,6 Moldavia 12,6 Japón 12,8 Rusia
Vejiga	37,9	33,0 58,1*	29,8 Italia 32,6 Holanda	7,9 Japón 10,2 Eslovenia 10,4 Bulgaria
I Grueso	31,5	36,8 63,6*	56,6 Hungría 58,5 R. Checa	9,1 Turkia 19,4 Grecia
Laringe (L) + Bronquio + Pulmón (P)	13,6 P 12,3 L	55,8 77,4* P 18,3* L	75,3 Belgica 76,4 Croacia 82,0 Polonia 94,6 Hungría	21,1 Suecia 26,8 Chipre 30,0 Islandia 33,4 Finlandia 36,4 Noruega
Estómago*	16,5	12,8*	85,4 Japón 52,8 Rusia 51,7 China	4,1 Kuwait 5,0 Tailandia 4,0 -7,4 EE UU
Riñón y V.U.	5,6	9,2 6,7*	21,1 R.checa 17,3 Estonia	2,0 Turkia 5,5 Rumania 6,1 Japón
Melanomas	4,5	5,3 6,1*	17,2 EE UU 16,0 Noruega	0,4 Japón
Páncreas	2,0	8,9*	12,9 Finlandia (&)	8,0 Suecia (&)
Esófago	3,5	7,5*	14,4 Francia (&) 13,6 R.unido (&)	2,4 Grecia (&)
Higado(H) y Vb(V) H* V*	4,1 H 1,6 V	2,9 13,9* 3,1*	7,6 Japón 5,1 Italia	0,5 Irlanda 0,6 Holanda
Leucemias	9,9	8,8 11,2*	12,3 Luxemburgo 11,2 EE UU	5,5 Japón 5,8 Bulgaria 5,8 Rumania
Linfomas N.h Linfoma Hodg	7,9 LNH +H	15,3* 4,2*	18,2 Italia (&) 4,9 Grecia (&)	6,1 Grecia (&) 1,6 Luxemburgo (&)
Mielomas	3,2	3,5*	6,5 Irlanda (&)	3,5 Luxemburgo (&)
S.N.C.	2,1	6,4 9,6*	10,9 Croacia 10,3 Grecia	2,4 Japón 3,8 Rusia
Tiroides	1,3	2,2*	3,8 Francia (&)	0,6 Irlanda (&)
Testículo	2,5	3,8*	10,0 Dinamarca (&)	2,0 España (&)
Todos Sin Piel*	242,0	448,1*	464,6 Belgica (&)	333,8 Grecia (&)

EUROPEAN COMMISSION HEALTH AND CONSUMERS DIRECTORATE GENERAL. C2 HEALTH INFORMATION. TASAS x 100.000 (p. mundial estándar)

(*) ESTIMACIÓN 1997-2006. - REGISTRO CÁNCER DE NAVARRA (&) AÑO 1998 UE

INCIDENCIA POR CÁNCER EN EL MUNDO TAMI 2002 MUJERES

REGISTROS CONTRASTADOS POR LA I.A.R.C.

Incidencia Localizaciones	Mujeres España	Mujeres Máxima	Mujeres Mínima
Vejiga	3,5 5,6*	6,5 EE UU 6,9 Alemania 7,4 Luxemburgo	1,4 Rusia 1,7 Ucrania 1,8 Japón
I Grueso	22,5 39,0*	37,1 Noruega 38,1 Alemania 38,1 EE UU	8,5 Turkia 14,4 Rumania
Laringe (L) + Bronquio + Pulmón (P)	5,4 8,1* P 3,7* L	36,1 Ee.uu 31,6 Canada 30,0 Islandia 29,8 Dinamarca 36,7 Japón	4,5 Bielorusia 5,3 Turkia 5,6 Lituania 6,0 Portugal 2,0 Kuwait
Estómago*	11,4*	25,3 Rusia 21,9 China	2,5 Tailandia 3,7 -3,9 Feuu Blanca
Riñón y V.U.	3,7 4,6*	10,2 R Checa 8,4 Lituania	1,3 Turkia 2,0 Bulgaria
Melanomas	5,5 7,2*	18,9 Islandia 15,7 Noruega	0,3 Japón 0,8 Turkia
Páncreas	5,3*	8,6 Finlandia (&)	4,5 Francia (&)
Esófago	0,9*	5,9 R. Unido (&) 5,1 Irlanda (&)	0,6 Grecia (&) 1,1 Austria (&)
Higado(H) y Vb(V) H* V*	9,2 4,0* 4,5*	23,1 Japón 15,9 Italia	2,1 Islandia 2,2 Irlanda
Mama	50,9 67,1*	101,1 EE UU 92,0 Belgica 91,9 Francia	32,7 Japón 22,0 Turkia
Cervix Infiltra ** Cervix+uterio	7,6 31,9**	27,4 Serbia -m. 25,2 Albania	4,3 Finlandia
Endo-miometrio	10,4	22,8 EE UU 18,8 Malta 18,2 R Checa 17,0 Islandia	4,8 Turkia 6,1 Japón
Ovario Tr	9,9 12,3*	16,6 Lituania 14,4 Croacia 14,3 R. Checa	5,4 Turkia 6,4 Japón 7,5 Chipre
Leucemias	6,0 6,8*	7,5 Malta 7,4 EE UU 7,7 Croacia	3,5 Japón 3,8 Bulgaria
Linfomas N.H Linfoma Hodgkin	8,2* 2,3*	12,6 Irlanda (&) 2,6 Grecia (&)	5,1 Grecia (&) 1,4 Suecia (&)
Mielomas	2,5*	4,3 Irlanda (&)	2,6 Grecia (&)
S.N.C.	5,0 1,0*	7,1 Croacia Serbia - Montenegro	1,8 Japón
Tiroides	5,7*	9,4 Italia (&)	1,6 Irlanda (&)
Todos Sin Piel*	247,2*	385,6 Finlandia (&)	223,7 Grecia (&)

EUROPEAN COMMISSION HEALTH AND CONSUMERS DIRECTORATE GENERAL. C2 HEALTH INFORMATION. TASAS x 100.000

(*) ESTIMACIÓN 1997-2006. - REGISTRO CÁNCER DE NAVARRA (&) AÑO 1998 UE

**MORTALIDAD POR CÁNCER EN EUROPA
TAEM EUROPA 2006 / SORIA 2003 - 2008
HOMBRES**

España Mortalidad	Soria 2003-2008	Hombres España	Hombres Máxima	Hombres Mínima
Totales	238,4	228,8	337,1 Hungría	145,2 Chipre
Próstata	29,3	18,0	35,4 Dinamarca	13,2 Albania
Vejiga	18,5	13,2	13,2 España	5,2 Finlandia
I Grueso	32,1	18,1	27,1 Rumania	9,9 Malta
Laringe+ Bronq+ Pulmón	8,6 48,4	71,0	102,7 Portugal	31,3 Suecia
Estómago	21,3	20,2	29,0 Hungría	9,4 Chipre
Orofaringe	3,1	7,3	26,3 Hungría	2,8 Grecia
Hematológicos	11,1	14,5	20,5 Irlanda	10,9 Yugoslavia*
Riñón y V.U.	7,9	4,1	12,8 Islandia	1,9 Luxemburgo
Melanomas	4,1	1,5	5,5 Noruega	0,5 Albania
Páncreas	5,5	9,8	17,7 Estonia	5,7 Chipre
Esófago	5,2	6,0	12,6 Reino Unido	2,1 Grecia
Higado y VB	9,8 4,3	10,9	16,5 Italia	3,3 Noruega
Mama	0,3	0,2	0,7 Croacia	0,1 Finlandia
S.N.C.	6,1	Sd	--	--
Piel Sin Basc/ melanoma	5,1	--	--	--

EUROPEAN COMMISSION HEALTH AND CONSUMERS DIRECTORATE GENERAL. C2
HEALTH INFORMATION

TASAS x 100.000

**MORTALIDAD POR CÁNCER EN EUROPA
TAEM EUROPA 2006 / SORIA 2003 - 2008
MUJERES**

España Mortalidad	Soria 2003-2008	Mujeres España	Mujeres Máxima	Mujeres Mínima
Totales	142,7	103,4	197,3 Dinamarca	82,1 Albania
Vejiga	2,1	1,8	4,4 Dinamarca	0,5 Chipre
I Grueso	21,6	13,8	24,8 Hungría	10,0 Grecia
Laringe+ Bronq+ Pulmón	0,4 4,5	8,9	41,8 Dinamarca	8,3 Portugal
Estómago	14,8	5,5	13,9 Estonia	3,3 Suecia/ Francia
Orofaringe	2,2	1,2	3,7 Hungría	0,2 Chipre
Hematológicos	4,8	8,9	12,1 Italia	6,0 Bulgaria Y Yugoslavia
Riñón y V.U.	1,9	1,8	3,0 R.u Y Luxemburgo	0,7 Chipre
Melanomas	0,9	1,3	3,6 Estonia	0,8 Grecia
Páncreas	2,3	6,3	12,1 R. Checa	6,1 Bulgaria
Esófago	0,4	0,8	5,5 Reino Unido	0,3 Grecia
Higado y VB	2,9 2,3	3,7	7,3 Yugoslavia*	1,3 Malta
Mama	21,6	18,7	29,9 Holanda	21,0 Lituania
Cervix Infiltrante	1,1	2,1	14,7 Rumania	1,3 Grecia
Endo-miometrio	9,7	3,7	7,9 Bulgaria	3,0 Alemania/finlandia
Ovario Tr	8,8	5,6	16,8 Francia	5,2 Chipre
S.N.C.	5,5	Sd	--	--

EUROPEAN COMMISSION HEALTH AND CONSUMERS DIRECTORATE GENERAL. C2
HEALTH INFORMATION

TASAS x 100.000

**MORTALIDAD POR CÁNCER EN EUROPA
TAEM EUROPA 2006 / SORIA 2003 - 2008
HOMBRES
TASAS CORREGIDAS POR TSI (SACYL)**

España Mortalidad	Soria 2003-2008	Hombres España	Hombres Máxima	Hombres Mínima
Totales	238,4	228,8	337,1 Hungría	145,2 Chipre
Próstata	29,3	18,0	35,4 Dinamarca	13,2 Albania
Vejiga	18,5	13,2	13,2 España	5,2 Finlandia
I Grueso	32,1	18,1	27,1 Rumania	9,9 Malta
Laringe+ Brnq+ Pulmón	8,6 34,3/48,4	71,0	102,7 Portugal	31,3 Suecia
Estómago	21,3	20,2	29,0 Hungría	9,4 Chipre
Orofaringe	3,1	7,3	26,3 Hungría	2,8 Grecia
Hematológicos	11,1	14,5	20,5 Irlanda	10,9 Yugoslavia*
Riñón y V.U.	7,9	4,1	12,8 Islandia	1,9 Luxemburgo
Melanomas	4,1	1,5	5,5 Noruega	0,5 Albania
Páncreas	3,2 // 5,5	9,8	17,7 Estonia	5,7 Chipre
Esófago	3,8/5,2	6,0	12,6 Reino Unido	2,1 Grecia
Higado Y Vb	3,5 // 9,8 4,3	10,9	16,5 Italia	3,3 Noruega
Mama	0,3	0,2	0,7 Croacia	0,1 Finlandia
S.N.C.	4,2/6,1			
Piel Sin Basc/mel	5,1	--	--	--

EUROPEAN COMMISSION HEALTH AND CONSUMERS DIRECTORATE GENERAL. C2
HEALTH INFORMATION
TASAS x 100.000

El número total de muertes por neoplasias se corresponde con el número del INE. El número de metastásis tumorales en cerebro (pulmón, digestivo, orofaringe) , pulmón (digestivo, próstata, linfomas, esófago, orofaringe), e hígado (digestivo, pulmón, páncreas, próstata, neuroendocrinos) primitivas de otras localizaciones así como el de páncreas y de intestino grueso versus estómago y viciversa queda parcialmente corregido con la revisión nominal efectuada por nosotros en el periodo 2003 2008.

Existe un número relativo aunque significativo de neoplasias que no tienen estudio histológico sino tan solo clinicoradiológico y/o hematológico.

**MORTALIDAD POR CÁNCER EN EUROPA
TAEM EUROPA 2006 / SORIA 2003 - 2008
MUJERES
TASAS CORREGIDAS POR TSI (SACYL)**

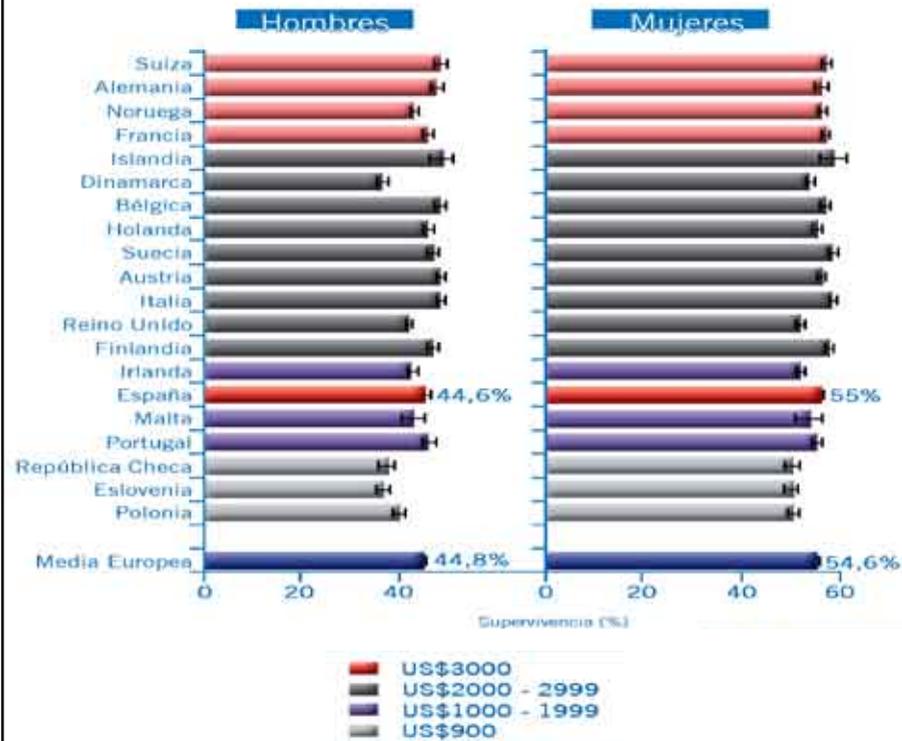
España Mortalidad	Soria 2003-2008	Mujeres España	Mujeres Máxima	Mujeres Mínima
Totales	142,7	103,4	197,3 Dinamarca	82,1 Albania
Vejiga	2,1	1,8	4,4 Dinamarca	0,5 Chipre
I Grueso	21,6	13,8	24,8 Hungría	10,0 Grecia
Laringe+ Brnq+ Pulmón	0,4 3,9 // 4,5	8,9	41,8 Dinamarca	8,3 Portugal
Estómago	14,8	5,5	13,9 Estonia	3,3 Suecia/ Francia
Orofaringe	2,2	1,2	3,7 Hungría	0,2 Chipre
Hematológicos	4,8	8,9	12,1 Italia	6,0 Bulgaria Y Yugoslavia
Riñón y V.U.	1,9	1,8	3,0 R.u Y Luxemb	0,7 Chipre
Melanomas	0,9	1,3	3,6 Estonia	0,8 Grecia
Páncreas	2,1 // 2,3	6,3	12,1 R. Checa	6,1 Bulgaria
Esófago	0,4	0,8	5,5 Reino Unido	0,3 Grecia
Higado y Vb	1,7 // 2,9 2,3	3,7	7,3 Yugoslavia*	1,3 Malta
Mama	21,6	18,7	29,9 Holanda	21,0 Lituania
Cervix Inf	1,1	2,1	14,7 Rumania	1,3 Grecia
Endo- miometrio	9,7	3,7	7,9 Bulgaria	3,0 Alemania/ finlandia
Ovario Tr	6,5 // 8,8	5,6	16,8 Francia	5,2 Chipre
S.N.C.	2,9 // 4,9	Sd		
Piel Sin Basc/ mel	2,7	--	--	--

EUROPEAN COMMISSION HEALTH AND CONSUMERS DIRECTORATE GENERAL. C2
HEALTH INFORMATION
TASAS x 100.000

El número total de muertes por neoplasias se corresponde con el número del INE. El número de metastásis tumorales en cerebro (pulmón, digestivo, orofaringe) , pulmón (digestivo, próstata, linfomas, esófago, orofaringe), e hígado (digestivo, pulmón, páncreas, próstata, neuroendocrinos) primitivas de otras localizaciones así como el de páncreas y de intestino grueso versus estómago y viciversa queda parcialmente corregido con la revisión nominal efectuada por nosotros en el periodo 2003 2008.

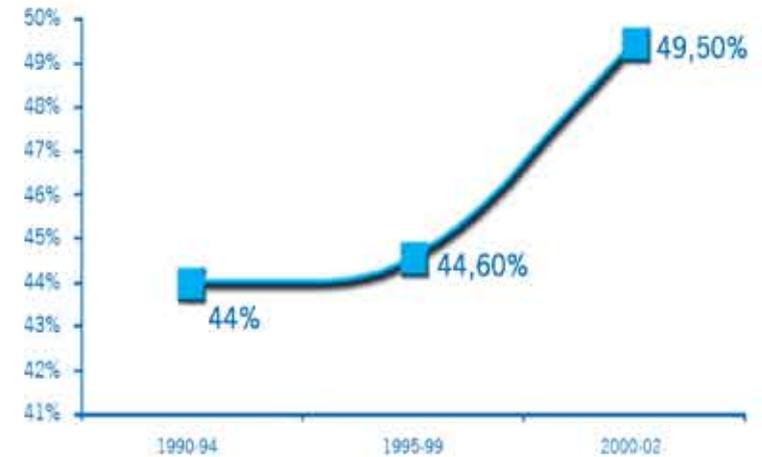
Existe un número relativo aunque significativo de neoplasias que no tienen estudio histológico sino tan solo clinicoradiológico y/o hematológico.

SUPERVIVENCIA 5 AÑOS U.E.

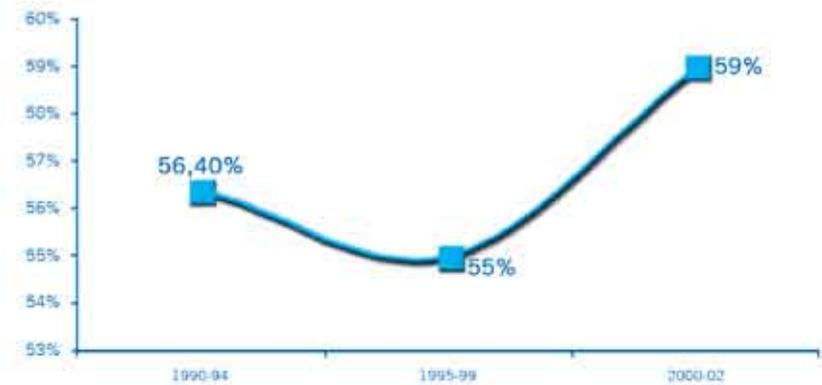


El estudio Eurocare 4 (publicado en The Lancet Oncology 2007: 8:773-783, y en European Journal Of CÁNCER, Volume 45, Issue 6, April 2009, Pages 931-991), muestra datos de supervivencia a 5 años en países europeos de pacientes diagnosticados entre 1995-99 y seguidos hasta el final de 2003.

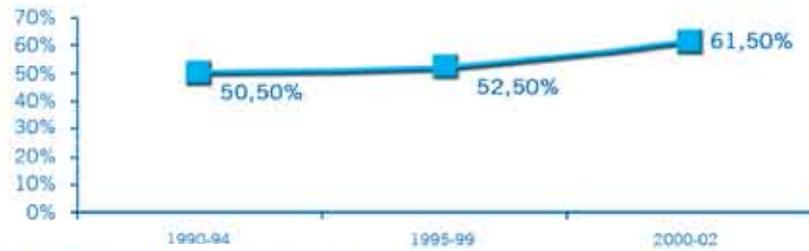
EVOLUCIÓN DE LA SUPERVIVENCIA POR SEXO AL CÁNCER EN ESPAÑA HOMBRES



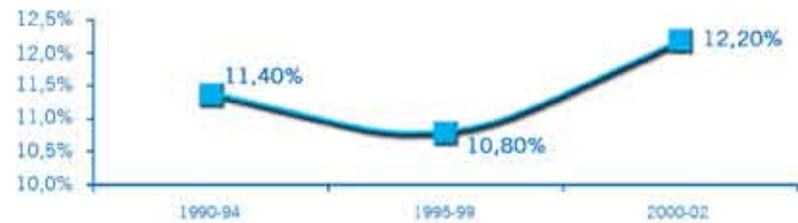
EVOLUCIÓN DE LA SUPERVIVENCIA POR SEXO AL CÁNCER EN ESPAÑA MUJERES



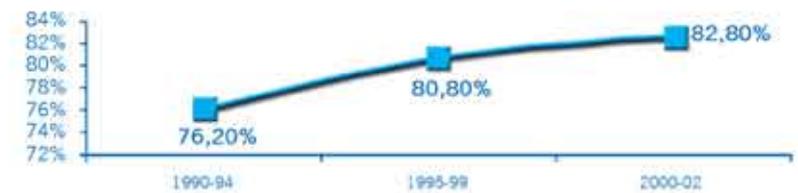
EVOLUCIÓN SUPERVIVENCIA EN ESPAÑA PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL



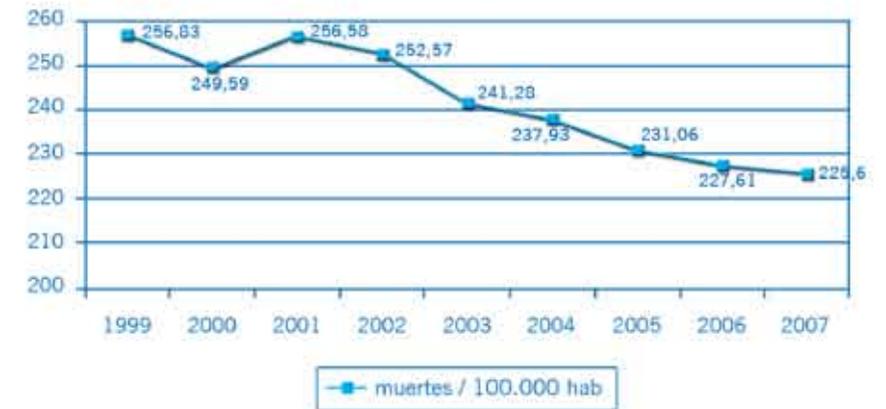
EVOLUCIÓN SUPERVIVENCIA EN ESPAÑA PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN



EVOLUCIÓN SUPERVIVENCIA EN ESPAÑA PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA



MORTALIDAD POR CÁNCER ESPAÑA T.B. HOMBRES



MORTALIDAD POR CÁNCER ESPAÑA T.B. MUJERES





Soria, M. Peña



1920s. Poco hemos cambiado.

Tumor de Orofaringe Y Glandula Salivar	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Incidencia 1981 2009			Mortalidad 1950-2008	
Número de Casos	280	58	Número de Casos	104
Número de Orden	9	17	Número de Orden	13
Porcentajes	3.2	0.9	Porcentajes	0,7
Edad Media	59,8	64,5	Edad Media	66,1
Décadas Mayor Incidencia	70-79	70-79	Décadas Mayor Mortalidad	60-69
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	X
Razón Intersexos H/M	4,9		Razón Intersexos H/M	4,95
Incidencia 2003 2009			Mortalidad 2003-2008	
Número de Casos	93	19	Número de Casos	12
Número de Orden	7	15	Número de Orden	18
Porcentajes	3,3	1,1	Porcentajes	1,1
Edad Media	60,1	65,8	Edad Media	74
Décadas Mayor Incidencia	60-69	60-69	Décadas Mayor Mortalidad	70-79
TBI X 10 ⁵	29,1	6	TB X 10 ⁵	4,4
TAMI X 10 ⁵	11,9	2,2	TAMM X 10 ⁵ 2008	1,7
TAEI X 10 ⁵	28,4	5,9	TAEI X 10 ⁵ 2008	3,9
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	X
Intervalos Etiarios	33-88	60-88	TBM X 10 ⁵ Soria 2008	6,3
1981-1985 Supervivencia	50,8%	50,0%	TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	15,3 Zamora
1986-1990 Supervivencia	66,9%	92,5%	TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	4,1 Murcia
1991-1995 Supervivencia	76,7%	89,3%	TAMM X 10 ⁵ Soria 1978-1992	5,9
2003-2008 Supervivencia	73,0%	82,5%	Razón Intersexos H/M	2,4 Nv
Razón Intersexos H/M	4,9		Datos Comparativos	
Datos Comparativos			España TAEM 2006	7,3
Datos España 2002: TAMI	Sd	Sd	Europa TAEM 2006	26,3 Hungría
TAMI Máxima Mundial 2002	Sd	Sd	Europa TAEM 2006	2,8 Grecia
TAMI Mínima Mundial 2002	Sd	Sd		
Evolucion Secular	X 6 En 30 Años	X 6 En 30 Años	Evolucion Secular	Creciente
Tendencias Neoplásicas	Creciente	Creciente	Tendencias Neoplásicas	Creciente
Globocan 2015	25,9	3,1		

Tumor de Esófago	Hombres	Mujeres	Mortalidad 1950-2008
Incidencia 1981 2009			
Número de Casos	86	14	Número de Casos 170
Número de Orden	14	24	Número de Orden 10
Porcentajes	1.0%	0.2%	Porcentajes 2,4
Edad Media	73	65.1	Edad Media 68,1
Décadas Mayor Incidencia	70-79	50-59	Décadas Mayor Mortalidad 60-69
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural X
Razón Intersexos H/M	6,14		Razón Intersexos H/M 4.25
Incidencia 2003 2009			
Número de Casos	18	3	Número de Casos 20
Número de Orden	15	22	Número de Orden 15
Porcentajes	0.7 %	0.2 %	Porcentajes 1,9
Edad Media	73	61,2	Edad Media 69
Décadas Mayor Incidencia	70-79	50-59	Décadas Mayor Mortalidad 70-79
TBI X 10 ⁵	5,6	0,9	TB X 10 ⁵ 7,3
TAMI X 10 ⁵	2,5	0,6	TAMM X 10 ⁵ 2008 4
TAEI X 10 ⁵	4,3	0,8	TAEM X 10 ⁵ 2008 7,4
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural X
Intervalos Etarios	55-81	50-90	TBM X 10 ⁵ Soria 2008 10,4
Supervivencia			
1981-1985 No Valorable	Sd	(-200%)	TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008 12,4
1986-1990 No Valorable	(-10.4%)	(-33.3%)	TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008 1,3
1991-1995 No Valorable	(-25%)	(-9.1%)	TAMM X 10 ⁵ Soria 1978-1992 6,9
2003-2008 No Valorable	(-28.2%)	13.6%	Razón Intersexos H/M 10
Razón Intersexos H/m	6		Datos Comparativos
Datos Comparativos			España TAEM 6
Datos España 2002: Tami	7,5	0,9	
TAMI Máxima Mundial 2002	14,4 Francia	5,9 R. Unido	
TAMI Mínima Mundial 2002	2,4 Grecia	0,6 Grecia	
Evolucion Secular	Decreciente	Decreciente	Evolucion Secular
Tendencias Neoplásicas	Estable	Estable	Tendencias Neoplásicas
Globocan 2015	4,7	0,6	Estable Estable
			Decreciente Decreciente

Tumor de Estómago	Hombres	Mujeres	Mortalidad 1950-2008
Incidencia 1981 2009			
Número de Casos	758	409	Número de Casos 1637
Número de Orden	5	4	Número de Orden 1
Porcentajes	8.6	6.7	Porcentajes 23,5
Edad Media	59.6	63.1	Edad Media 58,9
Décadas Mayor Incidencia	70-79	60-69	Décadas Mayor Mortalidad 60-69
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural X
Razon Intersexos H/M	1,85		Razon Intersexos H/M 1,47
Incidencia 2003 2009			
Número de Casos	137	73	Número de Casos 81
Número de Orden	6	5	Número de Orden 4
Porcentajes	5.0	4.0	Porcentajes 7,5
Edad Media	66.5	65.4	Edad Media 74,3
Décadas Mayor Incidencia	70-79y >80	60-69	Décadas Mayor Mortalidad > 80
TBI X 10 ⁵	42,9	23	TB X 10 ⁵ 29,6
TAMI X 10 ⁵	16,4	11,6	TAMM X 10 ⁵ 2008 7,6
TAEI X 10 ⁵	30,9	17,9	TAEM X 10 ⁵ 2008 15,7
Diferencias Urbano-Rural	> Rural	> Rural	Diferencias Urbano-Rural > Rural
Intervalos Etarios	34-93	42-91	TBM X 10 ⁵ Soria 2008 20,9
Supervivencia			
1981-1985	(-1.5%)	(-47.9%)	TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008 41,5
1986-1990	26.9%	(-0.6%)	TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008 6,5
1991-1995	32.6%	24.8%	TAMM X 10 ⁵ Soria 1978-1992 41,5
2003-2008	31.1%	16.7%	
Razon Intersexos H/M 2003-2009	1,87		Razon Intersexos H/M 2003-2008 1,56
Datos Comparativos			Datos Comparativos
Datos España 2002: TAMI	12,8	11,4	España TAEM 20,2
TAMI Máxima Mundial 2002	85,4 Japón	36,7 Japón	Europa TAEM Máxima 2006 29,0
TAMI Mínima Mundial 2002	4,1 Kuwait	2,0 Kuwait	Europa TAEM Mínima 2006 9,4
Tendencias Neoplásicas	Decreciente	Decreciente	Tendencias Neoplásicas Decreciente
Evolucion Secular	Regresión	Regresión	Evolucion Secular
Globocan 2015	12,9	7	Decreciente Decreciente
			Estable Estable

Tumor de Recto Y Colon	Hombres	Mujeres	Mortalidad 1950-2008	Hombres	Mujeres
Incidencia 1981 2009			Mortalidad 1950-2008		
Número de Casos	911	594	Número de Casos	622	522
Número de Orden	4	3	Número de Orden	4	3
Porcentajes	10,3	9,7	Porcentajes	8,9	10,7
Edad Media	68,7	65,1	Edad Media	70,3	70,1
Décadas Mayor Incidencia	60-69	60-69	Décadas Mayor Mortalidad	60-69	60-69
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	X	X
Razon Intersexos H/M	1,53		Razon Intersexos H/M	1,19	
Incidencia 2003 2009			Mortalidad 2003-2008		
Número de Casos	306	175	Número de Casos	122	88
Número de Orden	4	3	Número de Orden	2	1
Porcentajes	11,1	10,5	Porcentajes	11,3	13,1
Edad Media	72,6	70,8	Edad Media	74,1	77,1
Décadas Mayor Incidencia	70-79	70-79	Décadas Mayor Mortalidad	70-79	>80
TBI X 10 ⁵	95,8	55,2	TB X 10 ⁵	44,5	32,4
TAEI X 10 ⁵	34,9	21,3	TAMM X 10 ⁵ 2008	18,4	9,3
Diferencias Urbano-Rural	X	X	TAEI X 10 ⁵ 2008	36,6	21,1
Intervalos Etarios	37-95	42-90	Diferencias Urbano-Rural	> Urbano (S.e.--)	> Urbano (S.e.--)
Supervivencia			TBM X 10 ⁵ Soria 2008	48	40,6
1981-1985	21,5%	7,9%	TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	80,5 Zamora	50,4 Zamora
1986-1990	47,6%	36,2%	TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	21,1 Las Palmas	14,8 Almería
1991-1995	48,1%	27,8%	TAMM X 10 ⁵ Soria 1978-1992	17,2	10,9
2003-2008	53,5%	41,6%	Razon Intersexos H/M	1,39	
Razon Intersexos H/M	1,75		Datos Comparativos		
Datos Comparativos			España TAEM	18,1	13,8
Datos España 2002: TAMI	63,6	39	Europa TAEM Máxima 2006	27,1 Rumania	24,8 Hungría
TAMI Máxima Mundial 2002	58,5 R. Checa	38,1 EE UU	Europa TAEM Mínima 2006	9,9 Malta	10,0 Grecia
TAMI Mínima Mundial 2002	9,1 Turkia	8,5 Turkia	Tendencias Neoplásicas	Emergente	Emergente
Tendencias Neoplásicas	Emergente	Emergente	Evolucion Secular	Creciente	Creciente
Evolucion Secular	Creciente	Creciente	Tendencias Neoplásicas	Emergente	Emergente
Globocan 2015	31,2	22,1			

Tumor de Hígado	Hombres	Mujeres	Mortalidad 1950-2008	Hombres	Mujeres
Incidencia 1981 2009			Mortalidad 1950-2008		
Número de Casos	101	40	Número de Casos	279	279
Número de Orden	13	19	Número de Orden	6	4
Porcentajes	1,1	0,7	Porcentajes	4	5,7
Edad Media	69	71,5	Edad Media	68,2	70,5
Décadas Mayor Incidencia	60-69	60-69	Décadas Mayor Mortalidad	60-69	60-69
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	X	X
Razon Intersexos H/M	2,52		Razon Intersexos H/M	1	
Incidencia 2003 2009			Mortalidad 2003-2008		
Número de Casos	35	8	Número de Casos	44	28
Número de Orden	13	19	Número de Orden	7	11
Porcentajes	1,3	0,5	Porcentajes	3,8	4,2
Edad Media	70,4	75,2	Edad Media	79,3	71,5
Décadas Mayor Incidencia	>80	70-79	Décadas Mayor Mortalidad	< 80	70-79
TBI X 10 ⁵	11	2,5	TB X 10 ⁵	14,9	10,3
TAMI X 10 ⁵	4,7	0,6	TAMM X 10 ⁵ 2008	5	4,4
TAEI X 10 ⁵	8,4	1,3	TAEI X 10 ⁵ 2008	13	6,9
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	X	X
Intervalos Etarios	47-83	52-89	TBM X 10 ⁵ Soria 2008	Nv	Nv
Supervivencia			TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	Nv	Nv
2003-2008 No Valorable	(-46,7%)	(-324,2%)	TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	Nv	Nv
Razon Intersexos H/M	4,37		TAMM X 10 ⁵ Soria 1978-1992	1,6	2,3
Datos Comparativos			Razon Intersexos H/M	1,57	
Datos España 2002: TAMI	13,9	4	Datos Comparativos		
Tami Máxima Mundial 2002	7,6 Japón	23,1 Japón	España + V. Biliar TAEM 2006	10,9	3,7
Tami Mínima Mundial 2002	0,5 Irlanda	2,1 Islandia	Europa + V. Biliar TAEM 2006	16,5 Italia	7,3 Crocia +serbia
Tendencias Neoplásicas	Poco Objetivo	Poco Objetivo	Tendencias Neoplásicas	Poco Objetivo	Poco Objetivo
Evolucion Secular	Mal Codificadas	Mal Codificadas	Evolucion Secular		
Globocan 2015	Sd	Sd	Tendencias Neoplásicas	X	X

Tumor de Páncreas	Hombres	Mujeres	Mortalidad 1950-2008	Hombres	Mujeres
Incidencia 1981 2009			Mortalidad 1950-2008		
Número de Casos	70	42	Número de Casos	214	176
Número de Orden	15	20	Número de Orden	8	7
Porcentajes	0.8	0.7	Porcentajes	3,1	3,6
Edad Media	65.3	68.1	Edad Media	60,1	60,8
Décadas Mayor Incidencia	50-59	60-69	Décadas Mayor Mortalidad	50-59 Y 60-69	60-69
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	X	X
Razón Intersexos H/M	1,66		Razón Intersexos H/M	1,21	
Incidencia 2003 2009			Mortalidad 2003-2008		
Número de Casos	22	10	Número de Casos	42	39
Número de Orden	14	18	Número de Orden	8	5
Porcentajes	0.8	0.6	Porcentajes	3,9	5,8
Edad Media	69,9	71,1	Edad Media	78,9	75
Décadas Mayor Incidencia	60-69 Y >80	60-69 Y >80	Décadas Mayor Mortalidad	>80	60-69 Y >80
TBI X 10 ⁵	6,9	3,2	TB X 10 ⁵	15,3	14,3
TAMI X 10 ⁵	2,5	1,1	TAMM X 10 ⁵ 2008	4	3,7
TAEI X 10 ⁵	5	2	TAEI X 10 ⁵ 2008	10,3	7,0
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	X	X
Intervalos Etarios	48-88	56-86	TBM X 10 ⁵ Soria 2008	14,6	107
Supervivencia			TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	21,1 Teruel	22,8 Palencia
2003-2008 No Valorable	(-125.8%)	(-364.3%)	TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	7 Almería	6,4 Castellón
Razón Intersexos H/M	2,2		TAMM X 10 ⁵ Soria 1978-1992	6,7	4,8
			Razón Intersexos H/M	1,07	
Datos Comparativos			Datos Comparativos		
Datos España 2002: TAMI	8,9	5,3	España TAEM 2006	9,8	6,3
TAMI Máxima Mundial 2002	12,9 Finlandia	8,6 Finlandia	Europa TAEM Máxima 2006	17,7 Estonia	12,1 Chequia
TAMI Mínima Mundial 2002	8 Suecia	4,5 Francia	Europa TAEM Mínima 2006	5,7 Chipre	6,1 Bulgaria
Tendencias Neoplásicas	Creciente	Creciente	Tendencias Neoplásicas	Creciente	Creciente
Evolucion Secular	Mal Diagnostico	Mal Diagnostico	Evolucion Secular	Mal Diagnostico	Mal Diagnostico
Globocan 2015	5,4	4			

Tumor de Vesícula Biliar	Hombres	Mujeres	Mortalidad 1950-2008	Hombres	Mujeres
Incidencia 1981 2009			Mortalidad 1950-2008		
Número de Casos	36	56	Número de Casos	16	28
Número de Orden	19	15	Número de Orden	17	16
Porcentajes	0.4	0.9	Porcentajes	0,2	0,6
Edad Media	58.7	68.0	Edad Media	Nv + Hígado	Nv + Hígado
Décadas Mayor Incidencia	50-59/60-69	60-69	Décadas Mayor Mortalidad	Nv + Hígado	Nv + Hígado
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	X	X
Razón Intersexos H/M	0,64		Razón Intersexos H/M	0,57	
Incidencia 2003 2009			Mortalidad 2003-2008		
Número de Casos	16	13	Número de Casos	Nv + Hígado	Nv + Hígado
Número de Orden	17	16	Número de Orden	Nv + Hígado	Nv + Hígado
Porcentajes	0.6	0.8	Porcentajes	0	0
Edad Media	62,1	70,2	Edad Media	Nv + Hígado	Nv + Hígado
Décadas Mayor Incidencia	30-39 Y >80	70-79 Y >80	Décadas Mayor Mortalidad	Nv + Hígado	Nv + Hígado
TBI X 10 ⁵	5	4,1	TB X 10 ⁵	Nv + Hígado	Nv + Hígado
TAMI X 10 ⁵	2,2	0,8	TAMM X 10 ⁵ 2008	Nv + Hígado	Nv + Hígado
TAEI X 10 ⁵	3,7	2	TAEI X 10 ⁵ 2008	4,3	2,3
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	X	X
Intervalos Etarios	29-87	61-82	TBM X 10 ⁵ Soria 2008	Nv + Hígado	Nv + Hígado
Supervivencia			TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	Nv + Hígado	Nv + Hígado
2003-2008 Ver Hígado	Hígado	Hígado	TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	Nv + Hígado	Nv + Hígado
Razón Intersexos H/M	1,23		Razón Intersexos H/M	Nv + Hígado	
Datos Comparativos			Datos Comparativos		
España TAMI 2002	3,1	4,5	España Taem 2006	=+ Hígado	=+ Hígado
TAMI Máxima Mundial 2002	=+ Hígado	=+ Hígado	Europa TAEM Máxima 2006	=+ Hígado	=+ Hígado
TAMI Mínima Mundial 2002	=+ Hígado	=+ Hígado	Europa TAEM Mínima 2006	=+ Hígado	=+ Hígado
			Tamm Mundial Máxima 2002	=+ Hígado	=+ Hígado
			Tamm Mundial Mínima 2002	=+ Hígado	=+ Hígado
Tendencias Neoplásicas	Estable	Estable	Tendencias Neoplásicas	Estable	Estable
Evolucion Secular	Mal Diagnostico	Mal Diagnostico	Evolucion Secular	Mal Diagnostico	Mal Diagnostico
Globocan 2015	Sd	Sd			

Tumor de Laringe Incidencia 1981-2009	Hombres	Mujeres	Mortalidad 1950-2008	Hombres	Mujeres
Número de Casos	322	5	Número de Casos	135	15
Número de Orden	7	27	Número de Orden	12	20
Porcentajes	3,6	0,1	Porcentajes	1,9	0,3
Edad Media	54,9	X	Edad Media	64,1	Nv
Décadas Mayor Incidencia	50-59	Nv	Décadas Mayor Mortalidad	50-59	Nv
Diferencias Urbano-Rural	>urbano	>urbano	Diferencias Urbano-Rural	> Urbano	X
Razón Intersexos H/M	64,4		Razón Intersexos H/M	9	
Incidencia 2003-2009			Mortalidad 2003-2008		
Número de Casos	64	1	Número de Casos	29	2
Número de Orden	9	25	Número de Orden	12	25
Porcentajes	2,3	0,1	Porcentajes	2,7	0,1
Edad Media	60,3	X	Edad Media	79,1	Nv
Décadas Mayor Incidencia	60-69	X	Décadas Mayor Mortalidad	>80	0
TBI X 10 ⁵	20	0,3	TB X 10 ⁵	10,6	0,4
TAMI X 10 ⁵	11,2	0,3	TAMM X 10 ⁵ 2008	2,7	0
TAEI X 10 ⁵	17,3	0,3	TAEI X 10 ⁵ 2008	6,2	0
Diferencias Urbano-Rural	> Urbano	X	Diferencias Urbano-Rural	> Urbano	X
Intervalos Etarios	43-87		TBM X 10 ⁵ Soria 2008	8,4	Nv
Supervivencia			TBM X 10 ⁵ España 2008	14,2 Burgos	Nv
2003-2008	94,5%	Nv	TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	3,3 Guadalupe	Nv
Razón Intersexos H/M	64		Razón Intersexos H/m	14,5	
Datos Comparativos			Datos Comparativos		
España TAMI 2002	18,3	3,7	España TAEI 2006	=+	=+ Tr+br+Pulmón
TAMI Máxima Mundial 2002	=+	=+	Europa TAEI Máxima 2006	=+	=+ Tr+br+Pulmón
TAMI Mínima Mundial 2002	=+	=+	Europa TAEI Mínima 2006	=+	=+ Tr+br+Pulmón
Evolucion Secular			TAMM Mundial Máxima 2002	=+	=+ Tr+br+Pulmón
	Estable	Estable	TAMM Mundial Mínima 2002	=+	=+ Tr+br+Pulmón

Tumores Nasales Incidencia 1981-2009	Hombres	Mujeres	Mortalidad 1950-2008	Hombres	Mujeres
Número de Casos	29	12	Número de Casos	Nv	Nv
Número de Orden	23	16	Número de Orden	Nv	Nv
Porcentajes	0,3	0,9	Porcentajes	Nv	Nv
Edad Media	65,0	Nv	Edad Media	Nv	Nv
Décadas Mayor Incidencia	60-69	Nv	Décadas Mayor Mortalidad	Nv	Nv
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	Nv	Nv
Razón Intersexos H/M	2,41		Razón Intersexos H/M	Nv	
Incidencia 2003-2009			Mortalidad 2003-2008		
Número de Casos	3	1	Número de Casos	3	1
Número de Orden	22	14	Número de Orden	21	26
Porcentajes	0,1	1,1	Porcentajes	Nv	Nv
Edad Media	72	Nv	Edad Media	Nv	Nv
Décadas Mayor Incidencia	60-69	X	Décadas Mayor Mortalidad	Nv	Nv
TBI X 10 ⁵	0,9	0,3	TBX 10 ⁵	Nv	Nv
TAMI X 10 ⁵	0,4	0,1	TAM X 10 ⁵ 2008	Nv	Nv
TAEI X 10 ⁵	0,7	0,2	TAE X 10 ⁵	Nv	Nv
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	0	0
Intervalos Etarios	60-78	X	TBM X 10 ⁵ Soria 2008	Nv	Nv
Supervivencia			TBM X 10 ⁵ España 2008	Nv	Nv
2003-2008	Nv	Nv	TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	Nv	Nv
Razón Intersexos H/M	3 Nv		Razón Intersexos H/M	Nv	Nv
Datos Comparativos			Datos Comparativos		
España TAMI 2002	X	X	España TAEI 2006	Nv	Nv
TAMI Máxima Mundial 2002	Nv	Nv	Europa TAEI Máxima 2006	Nv	Nv
TAMI Mínima Mundial 2002	Nv	Nv	Europa TAEI Mínima 2006	Nv	Nv
			TAMM Mundial Máxima 2002	Nv	Nv
Evolucion Secular	Poco Objetivo	Poco Objetivo	TAMM Mundial Mínima 2002	Nv	Nv
Tendencias Neoplásicas	Estable	Estable	Evolucion Secular	(+)orofaringe	(-)orofaringe
Globocan 2015	Sd	Sd	Tendencias Neoplásicas	Nv	Nv

Tumor de Tráquea Bronquilo Pulmón	Hombres	Mujeres	Mortalidad 1950-2008	Hombres	Mujeres
Incidencia 1981 2009					
Número de Casos	710	125	Número de Casos	1097	194
Número de Orden	6	13	Número de Orden	2	6
Porcentajes	8.0	2.0	Porcentajes	15,8	4
Edad Media	62,4	59,0	Edad Media	62,8	61,3
Décadas Mayor Incidencia	60-69	60-69	Décadas Mayor Mortalidad	50-59/ 60-69	50-59/ 60-69
Diferencias Urbano-Rural	>urbano	>urbano	Diferencias Urbano-Rural	> Urbano	> Urbano
Razón Intersexos H/m	5,68		Razón Intersexos H/m	5,65	
Incidencia 2003 2009			Mortalidad 2003-2008		
Número de Casos	207	28	Número de Casos	226	30
Número de Orden	5	12	Número de Orden	1	10
Porcentajes	7.5	1.7	Porcentajes	21	4,5
Edad Media	67,2	62	Edad Media	69,5	61,3
Décadas Mayor Incidencia	60-69	60-69y 70-79	Décadas Mayor Mortalidad	70-79	50-59
TBI X 10 ⁵	64,8	8,8	TB X 10 ⁵	82,5	11
TAMI X 10 ⁵	28,1	2,8	TAMM X 10 ⁵ 2008	33	4,7
TAEI X 10 ⁵	49,8	5,4	TAMM X 10 ⁵ 2008	60,4	7,0
Diferencias Urbano-Rural	>urbano	X	Diferencias Urbano-Rural	>urbano	>urbano
Intervalos Etarios	42-85	52-77	TBM X 10 ⁵ Soria 2008	77,3	8,6
Supervivencia			TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	119,0 Cáceres	19,3 Vizcaya
1981-1985	(-51.5%)	(-151.0%)	TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	56,2 Tenerife	6,8 Almería
1986-1990	(-100.0%)	1.4%			
1991-1995	(-15.1%)	0,645	TAMM X 10 ⁵ Soria 1978-1992	38,4	3,9 (La < España)
2003-2008 No Valorable	(-26.7%)	(-25%)			
Razón Intersexos H/m	7,39		Razón Intersexos H/m	7,53	
Datos Comparativos			Datos Comparativos		
España Tami 2002	77,4	8,1	TAMM X 10 ⁵ Ver + Laringe 2006	==+ Laringe	==+ Laringe
TAMI Máxima Mundial 2002 + Laringe	94,6 Hungría	36,1 EE UU	TAMM X 10 ⁵ Ver + Laringe 2006	102,7 Portugal	41,8 Dinamarca
TAMI Mínima Mundial 2002 + Laringe	29,8 Dinamarca	4,5 Bielorusia	TAMM X 10 ⁵ Ver + Laringe 2007	31,3 Suecia	8,3 Portugal
Evolucion Secular	Decreciente +/-	Decreciente +/-	Evolucion Secular	Mala	Mala
Tendencias Neoplásicas	Estable	Estable	Tendencias Neoplásicas	Codificación	Codificación
Globocan 2015	45,5	4,7		Nv	Nv

Tumor de Vejiga Urinaria	Hombres	Mujeres	Mortalidad 1950-2008	Hombres	Mujeres
Incidencia 1981 2009					
Número de Casos	1076	167	Número de Casos	312	57
Número de Orden	3	10	Número de Orden	5	13
Porcentajes	12.2	2.7	Porcentajes	0,6	0,5
Edad Media	71,8	70,5	Edad Media	66,5	69
Décadas Mayor Incidencia	70-79	60-69/ 70-79	Décadas Mayor Mortalidad	70-79 Y > 80	60-69 Y 70-79
Diferencias Urbano-Rural	> Urbano	X	Diferencias Urbano-Rural	X	X
Razón Intersexos H/M	6,44		Razón Intersexos H/M	5,47	
Incidencia 2003 2009			Mortalidad 2003-2008		
Número de Casos	410	56	Número de Casos	65	13
Número de Orden	3	8	Número de Orden	6	15
Porcentajes	14.8	3.4	Porcentajes	0,5	1,2
Edad Media	72,8	75	Edad Media	71,1	81,5 Nv
Décadas Mayor Incidencia	70-79	> 80	Décadas Mayor Mortalidad	> 80	> 80 Nv
TBI X 10 ⁵	128,3	17,7	TB X 10 ⁵	23,7	4
TAMI X 10 ⁵	51,4	5,4	TAMM X 10 ⁵ 2008	10,7	0,9
TAEI X 10 ⁵	94,8	10	TAMM X 10 ⁵ 2008	22,2	2,8
Diferencias Urbano-Rural	>urbano	>urbano	Diferencias Urbano-Rural		
Intervalos Etarios	47-93	39-100	TBM X 10 ⁵ Soria 2008	29,2	6,4
Supervivencia			TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	34,6 Orense	11,8 Huesca
1981-1985	56.0%	61.9%	TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	11.0 Alava	0,9 Cuenca
1986-1990	70.5%	49.0%	TAMM X 10 ⁵ Soria 1978-1992	6,3	1,3 (La < España)
1991-1995	75.1%	70.0%	Razón Intersexos H/M	5	
2003-2008	81.5%	72.9%	Datos Comparativos		
Razón Intersexos H/M	7,32		España TAEI 2006	13,2	1,8
Datos Comparativos			Europa TAEI Máxima 2006	13,2 España	4,4 Dinamarca
España TAMI 2002	58,1	5,6	Europa TAEI Mínima 2006	5,2 Finlandia	0,5 Chipre
TAMI Máxima Mundial 2002	32,6 Holanda	7,4			
TAMI Mínima Mundial 2002	7,9 Japón	Luxemburgo			
Evolucion Secular	Creciente	Creciente	Evolucion Secular	Decreciente	Estable
Tendencias Neoplásicas	Estable	Estable	Tendencias Neoplásicas	Decreciente	Estable
Globocan 2015	26,9	3,5			

Tumor de Riñón Y Vías Urinarias	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Incidencia 1981 2009			Mortalidad 1950-2008	
Número de Casos	127	51	Número de Casos	74
Número de Orden	11	18	Número de Orden	15
Porcentajes	1,4	0,8	Porcentajes	1,1
Edad Media	66,6	65,9	Edad Media	64,1
Décadas Mayor Incidencia	60-69	60-69	Décadas Mayor Mortalidad	60-69
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	X
Razón Intersexos H/M	2,49		Razón Intersexos H/M	1,72
Incidencia 2003 2009			Mortalidad 2003-2008	
Número de Casos	47	18	Número de Casos	34
Número de Orden	11	13	Número de Orden	10
Porcentajes	1,7	1,1	Porcentajes	2,7
Edad Media	69,8	67,8	Edad Media	73,1
Décadas Mayor Incidencia	> 80	> 80	Décadas Mayor Mortalidad	70-79
TBI X 10 ⁵	14,7	5,7	TB X 10 ⁵	10,6
TAMI X 10 ⁵	6,2	1,9	TAMM X 10 ⁵ 2008	6,7
TAEI X 10 ⁵	10,9	3,4	TAEM X 10 ⁵ 2008	11,9
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	0
Intervalos Etarios	48-89	46-90	TBM X 10 ⁵ Soria 2008	Nv
Supervivencia			TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	Nv
2003-2008	90,2%	16,7% Nv	TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	Nv
Razón Intersexos H/M	2,61		TAMM X 10 ⁵ Soria 1978-1992	4,1
Datos Comparativos			Razón Intersexos H/M	2,61
España TAMI 2002	6,7	4,6	Datos Comparativos	
TAMI Máxima Mundial 2002	21,1 R.checha	10,2 R. Checa	España TAEM 2006	4,1
TAMI Mínima Mundial 2002	2,0 Turkia	1,3 Turkia	Europa TAEM Máxima 2006	12,8 Islandia
Evolucion Secular	Mínima Emergencia Estable	Mínima Emergencia Estable	Europa TAEM Mínima 2006	1,9 Luxemburgo
Tendencias Neoplásicas			Evolucion Secular	Estable
Globocan 2015	6,9	3	Tendencias Neoplásicas	Estable
				Estable

Tumor de Próstata	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Incidencia 1981 2009			Mortalidad 1950-2008	
Número de Casos	1250	X	Número de Casos	685
Número de Orden	2	X	Número de Orden	3
Porcentajes	14,1	X	Porcentajes	9,8
Edad Media	67,9	X	Edad Media	79,4
Décadas Mayor Incidencia	60-69 Y 70-79	X	Décadas Mayor Mortalidad	70-79 Y > 80
Diferencias Urbano-Rural	> Urbano	X	Diferencias Urbano-Rural	> Urbano
Incidencia 2003 2009			Mortalidad 2003-2008	
Número de Casos	578	X	Número de Casos	116
Número de Orden	1	X	Número de Orden	3
Porcentajes	20,9	X	Porcentajes	10,8
Edad Media	72,1	X	Edad Media	84,2
Décadas Mayor Incidencia	70-79	X	Décadas Mayor Mortalidad	> 80
TBI X 10 ⁵	180,9	X	TB X 10 ⁵	42
TAMI X 10 ⁵	61,9	X	TAMM X 10 ⁵ 2008	8
TAEI X 10 ⁵	128,1	X	TAEM X 10 ⁵ 2008	28,4
Diferencias Urbano-Rural	> Urbano	X	Diferencias Urbano-Rural	> Urbano
Intervalos Etarios	42-86	X	TBM X 10 ⁵ Soria 2008	43,9
Supervivencia			TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	45,9 Zamora
1981-1985	24,8%	X	TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	15,1 Almería
1996-2000	41,2%	X	TBM Media España	23,9
2003-2008	76,6%	X	TAMM X 10 ⁵ Soria 1978-1992	17,6
Datos Comparativos			Datos Comparativos	
España TAMI 2002	56,3	X	España TAEM 2006	18
TAMI Máxima Mundial 2002	124,8 EE UU	X	Europa TAEM Máxima 2006	35,4
TAMI Mínima Mundial 2002	8,0 Turkia	X	Europa TAEM Mínima 2006	Dinamarca
Evolucion Secular	Creciente	X	Evolucion Secular	Estable
Tendencias Neoplásicas	Emergente	X	Tendencias Neoplásicas	Decreciente
Globocan 2015	33,2	X		

Tumor de Cuerpo Uterino	Hombres	Mujeres	Mortalidad 1950-2008	Hombres	Mujeres
Incidencia 1981 2009			Mortalidad 1950-2008		
Número de Casos	X	283	Número de Casos	X	265
Número de Orden	X	5	Número de Orden	X	5
Porcentajes	X	4.6	Porcentajes	X	5,4
Edad Media	X	70.6	Edad Media	X	70,1
Décadas Mayor Incidencia	X	60-69/70-79	Décadas Mayor Mortalidad	X	70-79
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	X	X
Incidencia 2003 2009			Mortalidad 2003-2008		
Número de Casos	X	75	Número de Casos	X	35
Número de Orden	X	5	Número de Orden	X	7
Porcentajes	X	4.5	Porcentajes	X	5,2
Edad Media	X	71.2	Edad Media	X	77.9
Décadas Mayor Incidencia	X	60-69	Décadas Mayor Mortalidad	X	>80
TBI X 10 ⁵	X	23,7	TB X 10 ⁵	X	12,9
TAMI X 10 ⁵	X	11,1	TAMM X 10 ⁵ 2008	X	8,5
TAEI X 10 ⁵	X	17,3	TAEM X 10 ⁵ 2008	X	15.7
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	X	X
Intervalos Etarios	X	70-79	TBM X 10 ⁵ Soria 2008	X	25,7 (\$)
Supervivencia			TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	X	(\$) 10,3 Orense
1981-1985 No Valorable	X	(-21.2%)	TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	X	3,7 Segovia
1986-1990	X	63.8%	TBM Media España	X	5,8
1991-1995	X	31.4%	TAMM X 10 ⁵ Soria 1978-1992	X	6,8
2003-2008	X	45.6%	Datos Comparativos		
Datos Comparativos			España TAEM 2006	X	3,7
España Tami 2002	X	10,4	Europa TAEM Máxima 2006	X	7,9 Bulgaria
TAMI Máxima Mundial 2002	X	22,8 EE UU	Europa TAEM Mínima 2006	X	3,0 Alem./ Finl
TAMI Mínima Mundial 2002	X	4,8 Turkia			
Evolucion Secular			Evolucion Secular	X	Estable
Tendencias Neoplásicas	X	Estable	Tendencias Neoplásicas	X	Estable
Globocan 2015	X	21,3 Total Gines			

Tumor de Ovario Y Trompas Falopio	Hombres	Mujeres	Mortalidad 1950-2008	Hombres	Mujeres
Incidencia 1981 2009			Mortalidad 1950-2008		
Número de Casos	X	147	Número de Casos	X	108
Número de Orden	X	12	Número de Orden	X	8
Porcentajes	X	2.4	Porcentajes	X	2,2
Edad Media	X	65.4	Edad Media	X	60,8
Décadas Mayor Incidencia	X	50-59/60-69	Décadas Mayor Mortalidad	X	60-69
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	X	X
Incidencia 2003 2009			Mortalidad 2003-2008		
Número de Casos	X	48	Número de Casos	X	31
Número de Orden	X	10	Número de Orden	X	9
Porcentajes	X	2.9	Porcentajes	X	4,5
Edad Media	X	62.6	Edad Media	X	71,5
Décadas Mayor Incidencia	X	40-49 Y 70-79	Décadas Mayor Mortalidad	X	70-79
TBI X 10 ⁵	X	15,1	TB X 10 ⁵	X	11
TAMI X 10 ⁵	X	8,2	TAMM X 10 ⁵ 2008	X	6,2
TAEI X 10 ⁵	X	5,8	TAEM X 10 ⁵ 2008	X	10.1
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	X	X
Intervalos Etarios	X	46-89	TBM X 10 ⁵ Soria 2008	X	12,8
Supervivencia			TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	X	16,1 zamora/ Pale
1981-1985	X	52.2%	TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	X	5,5 Badajoz/
1986-1990	X	44.7%	TBM Media España	X	Cadiz
2003-2008	X	27.2%	TAMM X 10 ⁵ Soria 1978-1992	X	7,9
Datos Comparativos			Datos Comparativos		
España TAMI 2002	X	12,3	España TAEM 2006	X	5,6
TAMI Máxima Mundial 2002	X	17,0 Islandia	Europa TAEM Máxima 2006	X	16,8 Francia
TAMI Mínima Mundial 2002	X	5,4 Turkia	Europa TAEM Mínima 2006	X	5,2 Chipre
Evolucion Secular	X	Creciente	Evolucion Secular	X	Creciente
Tendencias Neoplásicas	X	Emergente	Tendencias Neoplásicas	X	Estable Al Alza
Globocan 2015	X	21,3 Total Gines			

Tumor de Vulva Y Vagina	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Incidencia 1981 2009				
Número de Casos	X	59		
Número de Orden	X	14		
Porcentajes	X	1.0		
Edad Media	X	75.0		
Décadas Mayor Incidencia	X	70-79 Y >80		
Diferencias Urbano-Rural	X	X		
Incidencia 2003 2009				
Número de Casos	X	8		
Número de Orden	X	20		
Porcentajes	X	0.5		
Edad Media	X	76,3		
Décadas Mayor Incidencia	X	> 80		
TBI X 10 ⁵	X	2,5		
TAMI X 10 ⁵	X	0,8		
TAEI X 10 ⁵	X	1,5		
Diferencias Urbano-Rural	X	X		
Intervalos Etarios	X	71-87		
Supervivencia	X			
2003-2008	X	9.1%		
Datos Comparativos	X			
España Tami 2002	X	Nv		
TAMI Máxima Mundial 2002	X	Nv		
TAMI Mínima Mundial 2002	X	Nv		
Evolucion Secular	X	Nv		
Tendencias Neoplásicas	X	Nv		
Globocan 2015	X	21,3 Total Gines		
Mortalidad 1950-2008				
Número de Casos			X	
Número de Orden			X	
Porcentajes			X	
Edad Media			X	
Décadas Mayor Mortalidad			X	
Diferencias Urbano-Rural			X	
Mortalidad 2003-2008				
Número de Casos				X
Número de Orden				X
Porcentajes				X
Edad Media				X
Décadas Mayor Mortalidad				X
TB X 10 ⁵				X
TAMM X 10 ⁵ 2008				X
TAEM X 10 ⁵ 2008				X
Diferencias Urbano-Rural				X
TBM X 10 ⁵ Soria 2008				X
TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008				X
TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008				X
TBM Media España				X
Datos Comparativos				
España TAEM 2006			X	
Europa TAEM Máxima 2006			X	
Europa TAEM Mínima 2006			X	
Evolucion Secular			X	
Tendencias Neoplásicas			X	

Tumor de SNC	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Incidencia 1981 2009				
Número de Casos	66	35		
Número de Orden	16	21		
Porcentajes	0.8	0.6		
Edad Media	54.9	60.1		
Décadas Mayor Incidencia	50-59/ 60-69	50-59/ 60-69		
Diferencias Urbano-Rural	X	X		
Razón Intersexos H/M	1,88			
Incidencia 2003 2009				
Número de Casos	18	6		
Número de Orden	16	21		
Porcentajes	0.7	0.4		
Edad Media	59,1	64		
Décadas Mayor Incidencia	60-79 Y >80	50-59 70-79		
TBI X 10 ⁵	5,6	1,9		
TAMI X 10 ⁵	3	0,9		
TAEI X 10 ⁵	4,6	1,5		
Diferencias Urbano-Rural	>rural	>rural		
Intervalos Etarios	18-88	52-83		
Supervivencia				
2003-2008 No Valorable	(-34.6%)	(-214.8%)		
Razón Intersexos H/M	3			
Datos Comparativos				
España TAMI 2002	9,6	1		
TAMI Máxima Mundial 2002	10,9 Croacia	7,1 Croacia Serbia		
Tami Mínima Mundial 2002	2,4 Japón	1,8 Japón		
Evolucion Secular	Poco Objetiva	Poco Objetiva		
Tendencias Neoplásicas	Estable	Estable		
Globocan 2015	4	3,5		
Mortalidad 1950-2008				
Número de Casos				
Número de Orden				
Porcentajes				
Edad Media				
Décadas Mayor Mortalidad				
Diferencias Urbano-Rural				
Razón Intersexos H/M				
Mortalidad 2003-2008				
Número de Casos				
Número de Orden				
Porcentajes				
Edad Media				
Décadas Mayor Mortalidad				
TB X 10 ⁵				
TAMM X 10 ⁵ 2008				
TAEM X 10 ⁵ 2008				
Diferencias Urbano-Rural				
TBM X 10 ⁵ Soria 2008				
TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008				
TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008				
Razón Intersexos H/M				
Datos Comparativos				
España TAEM 2006				
Europa TAEM Máxima 2006				
Europa TAEM Mínima 2006				
Evolucion Secular				
Tendencias Neoplásicas				
Globocan 2015				

Tumor de Hueso Y Cartilago	Hombres	Mujeres	Mortalidad 1950-2008	Hombres	Mujeres
Incidencia 1981 2009			Mortalidad 1950-2008		
Número de Casos	10	14	Número de Casos	40	21
Número de Orden	26	26	Número de Orden	16	17
Porcentajes	0,2	0,2	Porcentajes	0,6	0,4
Edad Media	54,8	70,2	Edad Media	61,2	63,1
Décadas Mayor Incidencia	50-59 60-69	60-69	Décadas Mayor Mortalidad	Nv	Nv
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	Nv	Nv
Razón Intersexos H/M	0,71		Razón Intersexos H/M	1,9	
Incidencia 2003 2009			Mortalidad 2003-2008		
Número de Casos	1	4	Número de Casos	5	5
Número de Orden	23	26	Número de Orden	20	22
Porcentajes	0,1	0,1	Porcentajes	0,5	0,7
Edad Media	60,1	82	Edad Media	Nv	Nv
Décadas Mayor Incidencia	Nv	Nv	Décadas Mayor Mortalidad	Nv	Nv
TBI X 10 ⁵	1,3	0,3	TB X 10 ⁵	1,8	1,8
TAMI X 10 ⁵	0,6	0,1	TAMM X 10 ⁵ 2008	0	9,1
TAEI X 10 ⁵	1	0,2	TAEM X 10 ⁵ 2008	0	6,0
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	0	0
Intervalos Etarios	39-82	X	TBM X 10 ⁵ Soria 2008	Nv	Nv
Supervivencia			TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	Nv	Nv
2003-2008	Nv	Nv	TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	Nv	Nv
Razón Intersexos H/M	0,25		Razón Intersexos H/M	1	
Datos Comparativos			Datos Comparativos		
España Tami 2002	X	X	España TAEM 2006	Sd	Sd
TAMI Máxima Mundial 2002	Sd	Sd	Europa TAEM Máxima 2006	Sd	Sd
TAMI Mínima Mundial 2002	Sd	Sd	Europa TAEM Mínima 2006	Sd	Sd
Evolucion Secular			Evolucion Secular		
Tendencias Neoplásicas	Nv	Nv	Tendencias Neoplásicas	Nv	Nv
Globocan 2015				Nv	Nv
	Sd	Sd			

Tumor de Partes Blandas/ sarcomas	Hombres	Mujeres	Mortalidad 1950-2008	Hombres	Mujeres
Incidencia 1981 2009			Mortalidad 1950-2008		
Número de Casos	52	33	Número de Casos	Nv * + Piel	Nv * + Piel
Número de Orden	17	22	Número de Orden	Nv * + Piel	Nv * + Piel
Porcentajes	0,6	0,5	Porcentajes	Nv * + Piel	Nv * + Piel
Edad Media	58,3	56,0	Edad Media	Nv * + Piel	Nv * + Piel
Décadas Mayor Incidencia	50-59	60-69	Décadas Mayor Mortalidad	Nv * + Piel	Nv * + Piel
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	Nv * + Piel	Nv * + Piel
Razón Intersexos H/M	1,57		Razón Intersexos H/M	Nv * + Piel	
Incidencia 2003 2009			Mortalidad 2003-2008		
Número de Casos	11	11	Número de Casos	Nv * + Piel	Nv * + Piel
Número de Orden	18	17	Número de Orden	Nv * + Piel	Nv * + Piel
Porcentajes	0,4	0,7	Porcentajes	Nv * + Piel	Nv * + Piel
Edad Media	62,1	61,6	Edad Media	Nv * + Piel	Nv * + Piel
Décadas Mayor Incidencia	70-79 Y >80	70-79	Décadas Mayor Mortalidad	Nv * + Piel	Nv * + Piel
TBI X 10 ⁵	3,4	3,5	TB X 10 ⁵	Nv * + Piel	Nv * + Piel
TAMI X 10 ⁵	1,2	1,6	TAMM X 10 ⁵ 2008	Nv * + Piel	Nv * + Piel
TAEI X 10 ⁵	2,4	2,4	TAEM X 10 ⁵ 2008	Nv * + Piel	Nv * + Piel
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	0	0
Intervalos Etarios	33-90	27-89	TBM X 10 ⁵ Soria 2008	Nv * + Piel	Nv * + Piel
Supervivencia			TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	Nv * + Piel	Nv * + Piel
2003-2008	Nv	Nv	TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	Nv * + Piel	Nv * + Piel
Razón Intersexos H/M	1		Razón Intersexos H/M	Nv * + Piel	
Datos Comparativos			Datos Comparativos		
España TAMI 2002	X	X	España TAEM 2006	Nv * + Piel	Nv * + Piel
TAMI Máxima Mundial 2002	Sd	Sd	Europa TAEM Máxima 2006	Nv * + Piel	Nv * + Piel
TAMI Mínima Mundial 2002	Sd	Sd	Europa TAEM Mínima 2006	Nv * + Piel	Nv * + Piel
Evolucion Secular			Evolucion Secular		
Tendencias Neoplásicas			Tendencias Neoplásicas	Nv * + Piel	Nv * + Piel
Globocan 2015				Nv * + Piel	Nv * + Piel
	Sd	Sd			

Tumor de Tiroides	Hombres	Mujeres	Mortalidad 1950-2008	Hombres	Mujeres
Incidencia 1981 2009					
Número de Casos	23	56	Número de Casos	Nv + Otras Loc	Nv + Otras Loc
Número de Orden	22	16	Número de Orden	Nv + Otras Loc	Nv + Otras Loc
Porcentajes	0,3	0,9	Porcentajes	Nv + Otras Loc	Nv + Otras Loc
Edad Media	65,0	49,1	Edad Media	Nv + Otras Loc	Nv + Otras Loc
Décadas Mayor Incidencia	Nv Amplia	Nv Amplia	Décadas Mayor Mortalidad	Nv + Otras Loc	Nv + Otras Loc
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	Nv + Otras Loc	Nv + Otras Loc
Razón Intersexos H/M	0,41		Razón Intersexos H/M	Nv + Otras Loc	Nv + Otras Loc
Incidencia 2003 2009			Mortalidad 2003-2008	Incluye Cuello	Incluye Cuello
Número de Casos	8	19	Número de Casos	Nv + Otras Loc	Nv + Otras Loc
Número de Orden	20	14	Número de Orden	Nv + Otras Loc	Nv + Otras Loc
Porcentajes	0,3	1,1	Porcentajes	Nv + Otras Loc	Nv + Otras Loc
Edad Media	64,7	44,4	Edad Media	Nv + Otras Loc	Nv + Otras Loc
Décadas Mayor Incidencia	40-59	50-59	Décadas Mayor Mortalidad	Nv + Otras Loc	Nv + Otras Loc
TBI X 10 ⁵	2,5	6	TB X 10 ⁵	Nv + Otras Loc	Nv + Otras Loc
TAMI X 10 ⁵	1,2	4,3	TAMM X 10 ⁵ 2008	Nv + Otras Loc	Nv + Otras Loc
TAEI X 10 ⁵	1,9	5	TAEM X 10 ⁵ 2008	Nv + Otras Loc	Nv + Otras Loc
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	Nv + Otras Loc	Nv + Otras Loc
Intervalos Etarios	47-87	17-85	TBM X 10 ⁵ Soria 2008	Nv + Otras Loc	Nv + Otras Loc
Supervivencia			TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	Nv + Otras Loc	Nv + Otras Loc
2003-2008	Nv	Nv	TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	Nv + Otras Loc	Nv + Otras Loc
Razón Intersexos H/M	0,42		TAMM X 10 ⁵ Soria 1978-1992	0,3	0,5
Datos Comparativos			Razón Intersexos H/M	Nv + Otras Loc	
España Tami 2002	2,2	5,7	Datos Comparativos		
TAMI Máxima Mundial 2002	3,8 Francia	9,4 Italia	España TAEM 2006	Nv + Otras Loc	Nv + Otras Loc
TAMI Mínima Mundial 2002	0,6 Irlanda	1,6 Irlanda	Europa TAEM Máxima 2006	Nv + Otras Loc	Nv + Otras Loc
Evolucion Secular	Estable	Estable	Europa TAEM Mínima 2006	Nv + Otras Loc	Nv + Otras Loc
Tendencias Neoplásicas	Estable	Estable	Evolucion Secular	Estable	Estable
Globocan 2015	0,9	2,5	Tendencias Neoplásicas	Estable	Estable

Tumor de Mama	Hombres	Mujeres	Mortalidad 1950-2008	Hombres	Mujeres
Incidencia 1981 2009	X		Mortalidad 1950-2008		
Número de Casos	X	1168	Número de Casos	Nv	570
Número de Orden	X	2	Número de Orden	Nv	2
Porcentajes	X	19,0	Porcentajes	Nv	11,7
Edad Media	X	65,4	Edad Media	Nv	70,5
Décadas Mayor Incidencia	X	50-59/70-79	Décadas Mayor Mortalidad	Nv	50-59 / 70-79
Diferencias Urbano-Rural	X	> Urbano	Diferencias Urbano-Rural	Nv	> Urbano
Incidencia 2003 2009			Mortalidad 2003-2008		
Número de Casos	1	402	Número de Casos	Nv	82
Número de Orden	Nv	2	Número de Orden	Nv	2
Porcentajes	Nv	24,1	Porcentajes	Nv	12,2
Edad Media	Nv	69,4	Edad Media	Nv	74,1
Décadas Mayor Incidencia	Nv	50-59 >80	Décadas Mayor Mortalidad	0	70-79 Y > 80
TBI X 10 ⁵	0,2	126,8	TB X 10 ⁵	0	30,2
TAMI X 10 ⁵	0,1	58,9	TAMM X 10 ⁵ 2008	0	9,8
TAEI X 10 ⁵	0,2	90,4	TAEM X 10 ⁵ 2008	0,0	21,6
Diferencias Urbano-Rural	X	> Urbano	Diferencias Urbano-Rural	X	> Urbano
Intervalos Etarios	X	33-95	TBM X 10 ⁵ Soria 2008	X	12,9
Supervivencia			TAMM Soria 2008	X	9,8
1981-1985	X	49,8%	TAEM Soria 2008	X	16,9
1986-1990	X	59,8%	TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	X	21,3 Zamora
1991-1995	X	55,8%	TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	X	7,9 Almería
2003-2008	X	72,9%	TBM X 10 ⁵ Media España 2008	X	13,3
Datos Comparativos			TAMM X 10 ⁵ Soria 1978-1992	X	18,8
España Tami 2002	X	67,1	Datos Comparativos		
TAMI Máxima Mundial 2002	X	101,1 EE UU	España TAEM 2006	0,2	18,7
TAMI Mínima Mundial 2002	X	22,0 Turkia	Europa TAEM Máxima 2006	0,7 Croacia	29,9 Holanda
Evolucion Secular	X	Creciente	Europa TAEM Mínima 2006	0,1 Finlandia	21,0 Lituania
Tendencias Neoplásicas	X	Estable	Evolucion Secular	X	Creciente
Globocan 2015	X	36,8	Tendencias Neoplásicas	X	Estable

Linfomas Y Mielomas Incidencia 1981 2009	Hombres	Mujeres	Mortalidad 1950-2008	Hombres	Mujeres
Número de Casos	289	201	Número de Casos	186	117
Número de Orden	8	6	Número de Orden	7	9
Porcentajes	3,3	3,3	Porcentajes	3,8	2,7
Edad Media Tumores Linfomas+mielomas	63,4	65,8	Edad Media	Nv Amplia	Nv Amplia
Décadas Mayor Incidencia	Nv Amplia	Nv Amplia	Décadas Mayor Mortalidad	Nv Amplia	Nv Amplia
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	X	X
Razón Intersexos H/M	1,33		Razón Intersexos H/M	1,59	
Incidencia 2003 2009			Mortalidad 2003-2008	(Mielodisplasia)	(Mielodisplasia)
Número de Casos	82	52	Número de Casos	53 (11)	42 (9)
Número de Orden	8	9	Número de Orden	7 Bis(9)	5 Bis (8)
Porcentajes	3,0	3,1	Porcentajes	3,1	4,6
Edad Media Linfomas No Hodgkin	52,6	70,7	Edad Media	Nv Amplia *	Nv Amplia *
Edad Media Mielomas	69,8	66,9		Múltiples Procesos*	Múltiples Procesos*
Edad Media Linfomas De Hodgkin	58,4	80,5 Nv	Décadas Mayor Mortalidad	> 80	70-79 Y > 80
Décadas Mayor Incidencia	60-59 Y 70-79	50-59	TB X 10 ⁵ Linfomas	12	11,4
TBI X 10 ⁵ Linfomas	37,7	15,8	TB X 10 ⁵ Mielomas +leucemias	19,7	17,7
TBI X 10 ⁵ Mielomas	8,4	4,7	TAMM X 10 ⁵ Linfomas 2008	3,6	5,5
TAMI X 10 ⁵ Linfomas	9,8	7,5	TAMM X 10 ⁵ Mielomas 2008	Nv	Nv
TAMI X 10 ⁵ Mielomas	3,7	2,7	TAEM X 10 ⁵ Hematológicos	12,1	10,5
TAEI X 10 ⁵ Linfomas	13,7	7,9	Diferencias Urbano-Rural	X	X
TAEI X 10 ⁵ Mielomas	6,3	3,8	TBM X 10 ⁵ Soria 2008 LNH+LH	19,7	17,7
Diferencias Urbano-Rural	X	X	TAMM Soria 2008 LNH+LH	3,6	5,5
Intervalos Etarios Linfomas No Hodgkin	26-88	55-82	TAEM Soria 2008 LNH+LH	12,1	10,5
Intervalos Etarios Mielomas	46-88	44-89	TAMM X 10 ⁵ Soria 1978-1992 LNH	3,3	1,7
Intervalos Etarios Linfomas De Hodgkin	19-93	80-81 Nv	TAMM X 10 ⁵ Soria 1978-1992 LH	0,4	0,7
Supervivencia			Razón Intersexos H/M	1,26	

2003-2008 Total Hematológicos	52.1%	43.3%	Datos Comparativos	Hematológicos	Hematológicos
Razón Intersexos H/M	0,88		España TAEM 2006	14,5	8,9
Datos Comparativos			Europa TAEM Máxima 2006	20,5 Irlanda	12,1 Italia
España TAMI 2002	23	13	Europa TAEM Mínima 2006	10,9 Yugoslavia	6,0 Bulgaria/croacia
TAMI Máxima Mundial 2002 Lnh	18,2 Italia	12,6 Irlanda	Globocan 2015	17,2 Total Hemat	13,2 Total Hemat.
TAMI Máxima Mundial 2002 Lh	4,9 Grecia	2,6 Grecia	Evolucion Secular	No Procede	No Procede
TAMI Mínima Mundial 2002 Lnh	6,1 Grecia	5,1 Grecia	Tendencias Neoplásicas	No Procede	No Procede
TAMI Mínima Mundial 2002 Lh	1,6 Luxemburgo	1,4 Suecia	Diferentes Calsificac. / No Procede		
Evolucion Secular	No Procede	No Procede	Tendencias Neoplásicas	No Procede	No Procede

Leucemias Y Otros Linfoproliferativos	Hombres	Mujeres	Mortalidad 1950-2008	Hombres	Mujeres
Incidencia 1981 2009			Mortalidad 1950-2008		
Número de Casos	195	202	Número de Casos	74	82
Número de Orden	10	7	Número de Orden	9	12
Porcentajes	2,2	3,3	Porcentajes	2,7	1,7
Edad Media Global	70,2	69,3	Edad Media	60,2	58,9
Décadas Mayor Incidencia	60-69	60-69	Décadas Mayor Mortalidad	60-69	60-69
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	X	X
Razón Intersexos H/M	0,96		Razón Intersexos H/M	0,9	
Incidencia 2003 2009			Mortalidad 2003-2008	(Leucemias)	(Leucemias)
Número de Casos	47	60	Número de Casos	40 (31)	25 (23)
Número de Orden	12	7	Número de Orden	11	12
Porcentajes	1,7	3,6	Porcentajes	3,7	3,7
Edad Media Leucemias Agudas	63,4	65	Edad Media	74,5	69,1
Edad Media Síndromes Linf. crónicos	74,2	73,1	Décadas Mayor Mortalidad	> 80	Nv
Edad Media Síndromes Edad Media Síndromes Displásicos Smd Smp Crónicos	79,3/74,7	79,7/71,9	TB X 10 ⁵ Mielomas + Leucemias	14,6	9,2
Décadas Mayor Incidencia	60-79	70-79 Y >80	TAMM X 10 ⁵ 2008	2,2	2,8
TBI X 10 ⁵	33,7	13,9	TAEM X 10 ⁵ 2008	6,7	4,2
TAMI X 10 ⁵	7,6	6,6	Diferencias Urbano-Rural	X	X
TAEI X 10 ⁵	11,9	9,7	TBM X 10 ⁵ Soria 2008	11	6,6
Diferencias Urbano-Rural	X	X	TAMM Soria 2008	2,2	2,8
Intervalos Etiarios Leucemias Agudas	32-75	35-83	TAEM Soria 2008	6,7	4,2
Intervalos Etiarios Síndromes Linf. crónicos	68-82	48-87	TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008		
Intervalos Etiarios Síndromes Displásicos Smd Smp Crónicos	52-91	54-90	TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008		
Supervivencia			TAMM X 10 ⁵ Soria 1978-1992	4,9	3,3

2003-2008 Total Hematológicos	52.1%	43.3%	Razón Intersexos H/m	1,6	
Razón Intersexos H/m	0,78		Datos Comparativos		
Datos Comparativos			España TAEM 2006	Ver Hematológicos Ver	Ver Hematológicos Ver
España TAMI 2002	11,2	6,8	Europa TAEM Máxima 2006	Hematológicos Ver	Hematológicos Ver
TAMI Mundial Máxima 2002 Leucemias	12,3 Luxemburgo	7,5 Malta	Europa TAEM Mínima 2006	Hematológicos Ver	Hematológicos Ver
TAMI Mundial Máxima 2002 Mielomas	6,5 Irlanda	4,3 Irlanda			
TAMI Mundial Mínima 2002 Leucemias	5,5 Japón	3,5 Japón			
TAMI Mundial Mínima 2002 Mielomas	3,5 Luxemburgo	2,6 Grecia			
Evolucion Secular	No Procede	No Procede	Evolucion Secular	No Procede	No Procede
Tendencias Neoplásicas	No Procede	No Procede	Tendencias Neoplásicas	No Procede	No Procede
Globocan 2015	17,2 Total Hemati	13,2 Total Hemat			
Diferentes Clasificaciones / No Procede			Diferentes Tipos Histológicos	De Procesos	Hematológicos

Tumor de Piel /no Melanomas/ No Basocelulares	Hombres	Mujeres	Mortalidad 1950-2008	Hombres	Mujeres
Incidencia 1981 2009			Mortalidad 1950-2008		
Número de Casos	1898	1547	Número de Casos	122 *piel + Mel	91 *piel + Mel
Número de Orden	1	1	Número de Orden	13	11
Porcentajes	25.1	25.2	Porcentajes	1,8	1,9
Edad Media	73,8	75.5	Edad Media	67,9	69,1
Décadas Mayor Incidencia	70-79	70-79	Décadas Mayor Mortalidad	60-69	70-79
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	X	X
Razón Intersexos H/M	1,22		Razón Intersexos H/M	1,34	
Incidencia 2003 2009			Mortalidad 2003-2008		
Número de Casos	512	410	Número de Casos	17 *piel	12 *piel
Número de Orden	2	1	Número de Orden	17	16
Porcentajes	18.5	24.5	Porcentajes	1,6	1,8
Edad Media	73,1	76	Edad Media	62,2	48 Nv
Décadas Mayor Incidencia	>80	> 80	Décadas Mayor Mortalidad	Nv	Nv
TBI X 10 ⁵	106,1	73,5	TB X 10 ⁵	6,2	4,4
TAMI X 10 ⁵	31,1	17,1	Tamm X 10 ⁵ 2008	2,9	2,1
TAEI X 10 ⁵	71,8	36,9	Taem X 10 ⁵ 2008	4,4	4,9
Diferencias Urbano-Rural	> Rural	> Rural	Diferencias Urbano-Rural	Nv	Nv
Intervalos Etarios	25-101	34-10 ⁵	TBM X 10 ⁵ Soria 2008	Nv	Nv
Supervivencia			TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	Nv	Nv
			TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	Nv	Nv
2003-2008	96.9%	95.3%	Tamm X 10 ⁵ Soria 1978-1992	2,3	0,9
Razón Intersexos H/M	1,24		Razón Intersexos H/M	1,41	
Datos Comparativos			Datos Comparativos		
España Tami 2002	Sd	Sd	España TAEM 2006	Sd	Sd
TAMI Máxima Mundial 2002	Sd	Sd	Europa TAEM Máxima 2006	Sd	Sd
TAMI Mínima Mundial 2002	Sd	Sd	Europa TAEM Mínima 2006	Sd	Sd
Evolucion Secular	Estable	Estable	Evolucion Secular	Estable	Estable
Tendencias Neoplásicas	Emergente	Emergente	Tendencias Neoplásicas	Emergente	Emergente
Globocan 2015	Sd	Sd			

Tumor de Ojo Y Anejos Oculares	Hombres	Mujeres	Mortalidad 1950-2008	Hombres	Mujeres
Incidencia 1981 2009			Mortalidad 1950-2008		
Número de Casos	26	18	Número de Casos	Nv *otros	Nv *otros
Número de Orden	25	23	Número de Orden	Nv *otros	Nv *otros
Porcentajes	0.3	0.3	Porcentajes	Nv *otros	Nv *otros
Edad Media	Nv	Nv	Edad Media	Nv *otros	Nv *otros
Décadas Mayor Incidencia	Nv	Nv	Décadas Mayor Mortalidad	Nv *otros	Nv *otros
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	Nv *otros	Nv *otros
Razón Intersexos H/M	1,44		Razón Intersexos H/M	Nv *otros	
Incidencia 2003 2009			Mortalidad 2003-2008		
Número de Casos	1	2	Número de Casos	Nv *otros	Nv *otros
Número de Orden	0	27	Número de Orden	Nv *otros	Nv *otros
Porcentajes	0	0,1	Porcentajes	Nv *otros	Nv *otros
Edad Media	Nv	Nv	Edad Media	Nv *otros	Nv *otros
Décadas Mayor Incidencia	Nv	Nv	Décadas Mayor Mortalidad	Nv *otros	Nv *otros
TBI X 10 ⁵	0,8	0,8	TB X 10 ⁵	Nv *otros	Nv *otros
TAMI X 10 ⁵	0,4	0,1	TAMM X 10 ⁵ 2008	Nv *otros	Nv *otros
TAEI X 10 ⁵	0,2	0,2	TAEM X 10 ⁵ 2008	Nv *otros	Nv *otros
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	X	X
Intervalos Etarios	X	X	TBM X 10 ⁵ Soria 2008	Nv *otros	Nv *otros
Supervivencia			TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	Nv *otros	Nv *otros
2003-2008	Nv	Nv	TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	Nv *otros	Nv *otros
Razón Intersexos H/M	Nv	Nv	Razón Intersexos H/M	Nv *otros	
Datos Comparativos			Datos Comparativos		
España TAMI 2002	X	X	España TAEM 2006	X	X
TAMI Máxima Mundial 2002	Sd	Sd	Europa TAEM Máxima 2006	X	X
TAMI Mínima Mundial 2002	Sd	Sd	Europa TAEM Mínima 2006	X	X
Evolucion Secular	Nv	Nv	Evolucion Secular	Nv	Nv
Tendencias Neoplásicas	Nv	Nv	Tendencias Neoplásicas	Nv	Nv
Globocan 2015	Sd	Sd			

Melanomas	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Incidencia 1981 2009			Mortalidad 1950-2008	
Número de Casos	110	179	Número de Casos	Ver Piel
Número de Orden	12	9	Número de Orden	Ver Piel
Porcentajes	1.2	2.9	Porcentajes	Ver Piel
Edad Media	64.4	65.2	Edad Media	Ver Piel
Décadas Mayor Incidencia	40-50 / 70-79	40-50/60-69	Décadas Mayor Mortalidad	Ver Piel
Diferencias Urbano-Rural	> Urbano	> Urbano	Diferencias Urbano-Rural	Ver Piel
Razón Intersexos H/M	0,61		Razón Intersexos H/M	Ver Piel
Incidencia 2003 2009			Mortalidad 2003-2008	
Número de Casos	50	78	Número de Casos	16
Número de Orden	10	4	Número de Orden	16
Porcentajes	1.8	4.7	Porcentajes	1,5
Edad Media	65.1	67.4	Edad Media	74.2
Décadas Mayor Incidencia	70-79 Y > 80	60-69	Décadas Mayor Mortalidad	Nv
TBI X 10 ⁵	15,6	24,6	TB X 10 ⁵	5,8
TAMI X 10 ⁵	6,8	11,2	TAMM X 10 ⁵ 2008	0,6
TAEI X 10 ⁵	11,9	17,7	TAEM X 10 ⁵ 2008	1,3
Diferencias Urbano-Rural	>urbano	>urbano	Diferencias Urbano-Rural	Nv
Intervalos Etarios	25-90	23-96	TBM X 10 ⁵ Soria 2008	2,2
Supervivencia			TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	Sd
1996-2000	78.0%	89.2%	TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	Sd
2003-2008	62.4%	94.0%	TAMM X 10 ⁵ Soria 1978-1992	1,1
Razón Intersexos H/M	0,64		Razón Intersexos H/M	4
Datos Comparativos			Datos Comparativos	
España TAMI 2002	6,1	7,2	España TAEM 2006	1,5
TAMI Máxima Mundial 2002	17,2 EE UU	18,9 Islandia	Europa TAEM Máxima 2006	5,5 Norueg.
TAMI Mínima Mundial 2002	0,4 Japón	0,3 Japón	Europa TAEM Mínima 2006	0,5 Albania
Evolucion Secular	Creciente	Creciente	Evolucion Secular	Creciente
Tendencias Neoplásicas	Emergente	Emergente	Tendencias Neoplásicas	Estable
Globocan 2015	3,6	3,9		

Total Neoplasias	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Incidencia 1981 2009			Mortalidad 1980-2008	
Número de Casos	8836	6140	Número de Casos	4549
Razon Intersexos H/M	1,44		Razon Intersexos	1,42
Rango Etario	18-101	17-10 ⁵	Porcentajes del Total de Fallecidos	28,2
Edad Media	67.8	67.4	Edad Media	71,9
Décadas Mayor Incidencia	70-79	70-79	Décadas Mayor Mortalidad	70-79 Y > 80
Diferencias Urbano-Rural	> Urbano	> Urbano	Diferencias Urbano-Rural	X
Incidencia 2003 2009			Mortalidad 2003-2008	
Número de Casos	2767	1671	Número de Casos	1076
Número de Orden	0	0	Número de Orden	X
Porcentajes	100	100	Porcentajes del Total de Fallecidos	30
Edad Media	68.8	69.7	Edad Media	75,9
Décadas Mayor Incidencia	60-69	60-69	Décadas Mayor Mortalidad	> 80
TBI X 10 ⁵	836.2	530.4	TB X 10 ⁵	392,8
TAMI X 10 ⁵	268.7	173.3	TAMM X 10 ⁵ 2008	125,1
TAEI X 10 ⁵	579,1	269,2	TAEM X 10 ⁵ 2008	273.9
Diferencias Urbano-Rural	> Urbano	> Urbano	Diferencias Urbano-Rural	X
Intervalos Etarios	18-101	17-10 ⁵	TBM X 10 ⁵ Soria 2008	396.5
Supervivencia			TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	476.6 Zamora
1986-1990	40.6%	42.2%	TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	209.4 Almería
1991-1995	0,488	0,548	Razón Intersexos H/M	1,6
2003-2008	53.8%	53.5%	Datos Comparativos	
Razón Intersexos H/M	1,65		España TAEM 2006	228,8
Datos Comparativos			Europa TAEM Máxima 2006	337,1 Hungría
España TAMI 2002	448,1	247,2	Europa TAEM Mínima 2006	145,2 Chipre
TAMI Máxima Mundial 2002	464,6	385,6	TAMM CC AA Máxima 2008	313,0 Asturias
TAMI Mínima Mundial 2002	333,9	229,7	TAMM CC AA Mínima 2008	144,0
Evolucion Secular	Creciente	Creciente	TAMM Castilla-M	144
Tendencias Neoplásicas	Emergente	Emergente	TAMM Castilla y León 2008	262
Globocan 2015	244,7	147,2	Evolucion Secular	Creciente
			Tendencias Neoplásicas	Estable (+)
				Estable (+)

Patología Cardiovascular	Hombres	Mujeres	Mortalidad 1980-2008	Hombres	Mujeres
Incidencia 1993 2009					
Número de Casos Procesos Isquémicos Cardíacos PIC	2440	983	Número de Casos Cardiovasculares	5642	6118
Razon Intersexos PIC	2,45	41-102	Razon Intersexos	0,92	42,7
Intervalos Etarios PIC	19-107	73,2	Porcentajes del Total de Fallecidos	35	74
Edad Media PIC	64,9	70-79	Edad Media	69,7	> 80
Décadas Mayor Incidencia PIC	60-69	X	Décadas Mayor Mortalidad	> 80	X
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Diferencias Urbano-Rural	X	X
TBI X 10 ⁵ IAM 1993-1997	233,5	79	TBI X 10 ⁵ IAM 1980-1984	107,3	50,8
Tami X 10 ⁵ IAM 1993-1997	115	21,2	TBI X 10 ⁵ IAM 1985-1989	109,5	65,3
Taei X 10 ⁵ IAM 1993-1997	188,9	43,9	TBI X 10 ⁵ IAM 1990-1994	106,5	82,1
TBI X 10 ⁵ IAM 1998-2002	352,2	135,1	TBI X 10 ⁵ IAM 1995-1999	112,3	80,0
Tami X 10 ⁵ IAM 1998-2002	154,4	34,2	TBI X 10 ⁵ IAM 2000-2004	122,2	95,4
Taei X 10 ⁵ IAM 1998-2002	267,9	72,4	TBI X 10 ⁵ IAM 2005-2008	85,4	76,4
Incidencia 2003 2009			Mortalidad 2003-2008		
Número de Casos IAM	1095	497	Número de Casos	1062	1230
Razon Intersexos IAM	2,2		Razon Intersexos	0,86	
Intervalos Etarios PIC	36-107	35-102	Edad Media	70,1	74,3
Edad Media PIC	71,5	74,1	Porcentajes Del Total De Fallecidos	30,2	36,7
Décadas Mayor Incidencia PIC	70-79	> 80	Décadas Mayor Mortalidad	70-79 Y > 80	70-79 Y > 80
Edad Media IAM	78,6	82,5	TB X 10 ⁵ PIC	377,4	446,9
Décadas Mayor Incidencia IAM	> 80	>80	TBM Soria 2008 IAM	67,9	66,2
Edad Media Otras Isquémicas	79,5	83,1	TBM Soria 2008 Otras Isquémicas Cardiacas	361,4	448,1
Décadas Mayor Incidencia Otras Isquémicas	>80	>80	TAMM X 10 ⁵ 2008 IAM	17,7	7,8
TAMI X 10 ⁵ IAM 2003-2009	342,7	156,7	TAMM X 10 ⁵ 2008 Otras Isquémicas Card	91,3	59,0
TAMI X 10 ⁵ IAM 2003-2009	144,9	34,8	TAEM X 10 ⁵ 2008 IAM	45,0	26,3
TAEI X 10 ⁵ IAM 2003-2009	257,9	78,4	TAEM X 10 ⁵ 2008 Otras Isquémicas Card	241,0	183,7
Diferencias Urbano-Rural	X	X	Datos Comparativos		
Evolucion Secular	Creciente	Creciente	Diferencias Urbano-Rural	X	X
Tendencias	Estable	Estable	TBM X 10 ⁵ Soria 2008	321,6	410,6
			TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	472,5 Lugo	544,6 Orense
			TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	166,5 Madrid	177,6 Las Palmas
			Evolucion Secular	Creciente	Creciente
			Tendencias	Decreciente	Decreciente

Tuberculosis	Hombres	Mujeres
Incidencia 2000-2004		
Número de Casos	47	43
Edad Media	72 Nv	75 Nv
Décadas Mayor Incidencia	70-79 >80	70-79 >80
TBI X 10 ⁵	20,6	18,9
TAMI X 10 ⁵	12,6	13,7
TAEI X 10 ⁵	17,9	18,4
Razon Intersexos	1,1	
Incidencia 2005 2009		
Número de Casos	39	42
Edad Media	75	76
Décadas Mayor Incidencia	70-79 >80	70-79 >80
TBI X 10 ⁵	17,1	18,5
TAMI X 10 ⁵	10,6	13,6
TAEI X 10 ⁵	14,8	16,9
Razon Intersexos	0,9	
Mortalidad 2008	1 Caso	1 Caso

Forenses	Hombres	Mujeres
Mortalidad 1980-2008		
Número de Casos Causas Externas No Medicas	1045	407
Razon Intersexos Causas Externas No Medicas	2,57	
Porcentajes del Total de Fallecidos	6,5	2,8
Intervalos Etarios	< 1 Año - >	< 1 Año - >
	100	100
Décadas Mayor Mortalidad Suicidios	Nv	Nv
Décadas Mayor Mortalidad Accidentes	Nv	Nv
Mortalidad 2003-2008		
Número de Casos	221	113
Razon Intersexos	1,95	
Porcentajes del Total de Fallecidos	6,3	3,4
Décadas Mayor Mortalidad	< 80	> 80
Razon Intersexos Suicidios	6,7	
Razon Intersexos Accidentes	1	
Edad Media Accidentes	44,3	56,1
Edad Media Suicidios	56,4	81 (Nv)
TB X 10 ⁵	78,5	41,1
TBM X 10 ⁵ 2008 Soria Suicidios	15,3	2,2
TBM X 10 ⁵ 2008 Soria Accidentes	19,7	2,2
TAMM X 10 ⁵ 2008 Suicidios	10,0	0,2
TAMM X 10 ⁵ 2008 Accidentes	13,9	2,0
TAEM X 10 ⁵ 2008 Suicidios	13,4	0,8
TAEM X 10 ⁵ 2008 Accidentes	15,5	2,5
Diferencias Urbano-Rural	X	X
Datos Comparativos	Suicidios	Suicidios
TBM X 10 ⁵ Soria 2008	14,6	2,1
TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	20,9 Almería	7,5 Cuenca
TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	3,5 Palencia	1,0 Zamora

Neurodegenerativas	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Incidencia 2000-2004		Mortalidad 1980-2008		
Número de Casos	514	Número de Casos	344	358
Razon Intersexos	1.06	Razon Intersexos	0,95	
Edad Media	78.6	Porcentajes del Total de Fallecidos	2,1	2,6
Décadas Mayor Incidencia	> 80 (45.9%)	Edad Media	84.1	86.2
Diferencias Urbano-Rural	X	Décadas Mayor Mortalidad	> 80	>80
TBI X 10 ⁵	225.18	Diferencias Urbano-Rural	X	X
TAMI X 10 ⁵	61.68	Mortalidad 2003-2008		
TAEI X 10 ⁵	149.89	Número de Casos	129	181
Incluye: Alzheimer, Parkinson, Ela Y Esclerosis En Placas		Neurodegenerativas		
Incidencia 2005 2009		Razon Intersexos	0,71	
Número de Casos	898	Porcentajes del Total de Fallecidos	3,7	5,4
Razon Intersexos	1.05	Edad Media	83.8	84.8
Edad Media	75,4	Décadas Mayor Mortalidad	> 80	>80
Décadas Mayor Incidencia	> 80 (51.8)	TB X 10 ⁵ Neurodegenerativas 2003-2008	45,8	65,8
Diferencias Urbano-Rural	X	TBM X 10 ⁵ Soria Alzheimer	19.7	57.4
TBI X 10 ⁵	393,4	TAMM X 10 ⁵ 2008 Alzheimer	3.2	5.5
TAMI X 10 ⁵	92,2	TAEM X 10 ⁵ 2008 Alzheimer	12.3	21.3
TAEI X 10 ⁵	251,4	Diferencias Urbano-Rural	X	X
		Alzheimer	Alzheimer	Alzheimer
		TBM X 10 ⁵ Soria 2008 Alzheimer	18,8	55,6
		TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	Teruel 29,0	Soria 55,6
Incluye: Alzheimer, Parkinson, Ela Y Esclerosis En Placas		TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	Madrid 15.9	Madrid 6.4

Perinatales	Hombres	Mujeres
Mortalidad 1980-2008		
Número de Casos	50	23
Razon Intersexos	2,17	
Porcentajes del Total de Fallecidos	0,3	0,2
Diferencias Urbano-Rural	X	X
Mortalidad 2003-2008		
Número de Casos	14	5
Razon Intersexos	2,8	
Porcentajes del Total de Fallecidos	0,4	0,1
TB X 10 ⁵	5	1,8
TAM X 10 ⁵		
TAE X 10 ⁵		
Diferencias Urbano-Rural	X	X

Respiratorias	Hombres	Mujeres
Mortalidad 1980-2008		
Número de Casos	1733	1390
Razon Intersexos	1,25	
Porcentajes del Total de Fallecidos	10,7	9,7
Edad Media		
Décadas Mayor Mortalidad		
Diferencias Urbano-Rural	X	X
Mortalidad 2003-2008		
Número de Casos	416	346
Razon Intersexos	1,2	
Porcentajes del Total de Fallecidos	11,8	10,3
Edad Media		
Décadas Mayor Mortalidad		
TB X 10 ⁵	147,8	125,7
TAM X 10 ⁵		
TAE X 10 ⁵		
Diferencias Urbano-Rural	X	X
TBM X 10 ⁵ Soria 2008		
TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008		
TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008		

Diabetes	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Incidencia 2000-2004			Mortalidad 19580-2008	
Número de Casos	2435	2158	Número de Casos	279
Edad Media	68,5	72,4	Razon Intersexos	0,78
Décadas Mayor Incidencia	70-79 (40.49%)	> 80 (34.61%)	Porcentajes del Total de Fallecidos	1,7
TBI X 10 ⁵	1066,8	952,7	Edad Media	75,4
TAMI X 10 ⁵	443,3	305	Décadas Mayor Mortalidad	> 80
TAEI X 10 ⁵	798	571	Diferencias Urbano-Rural	X
Incidencia 2003-2009			Mortalidad 2003-2008	
Número de Casos	3237	2773	Número de Casos	78
Edad Media	69,9	74,3	Razon Intersexos	0,79
Décadas Mayor Incidencia	70-79 (38.58%)	> 80 (38,65%)	Porcentajes del Total de Fallecidos	2,2
TBI X 10 ⁵	1418,2	1224,2	Edad Media	79,3
TAMI X 10 ⁵	537,4	333,6	Décadas Mayor Mortalidad	> 80
TAEI X 10 ⁵	1027,9	665,5	TB X 10 ⁵	27,7
Evolucion Secular	Creciente	Creciente	TBM X 10 ⁵ 2008 Soria	26,3
Tendencias	Emergente	Emergente	TAMM X 10 ⁵ 2008	7,5
			TAEM X 10 ⁵ 2008	17,8
			Diferencias Urbano-Rural	X
			TBM X 10 ⁵ Soria 2008	25,1
			TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	41,8 Tenerife
			TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	7,5 Madrid
			Evolucion Secular	Leve
			Tendencias	Crecimiento Estable
				Estable

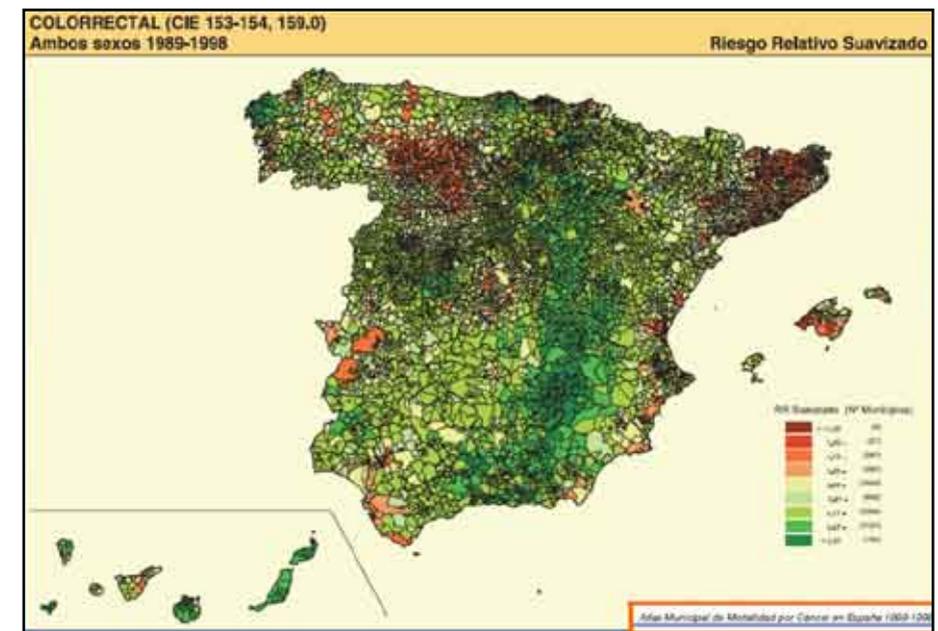
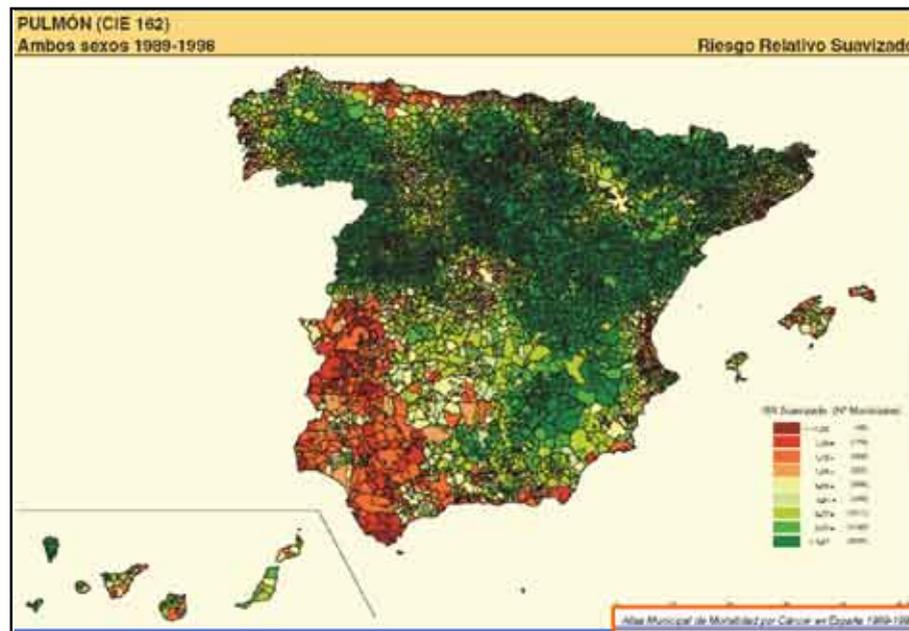
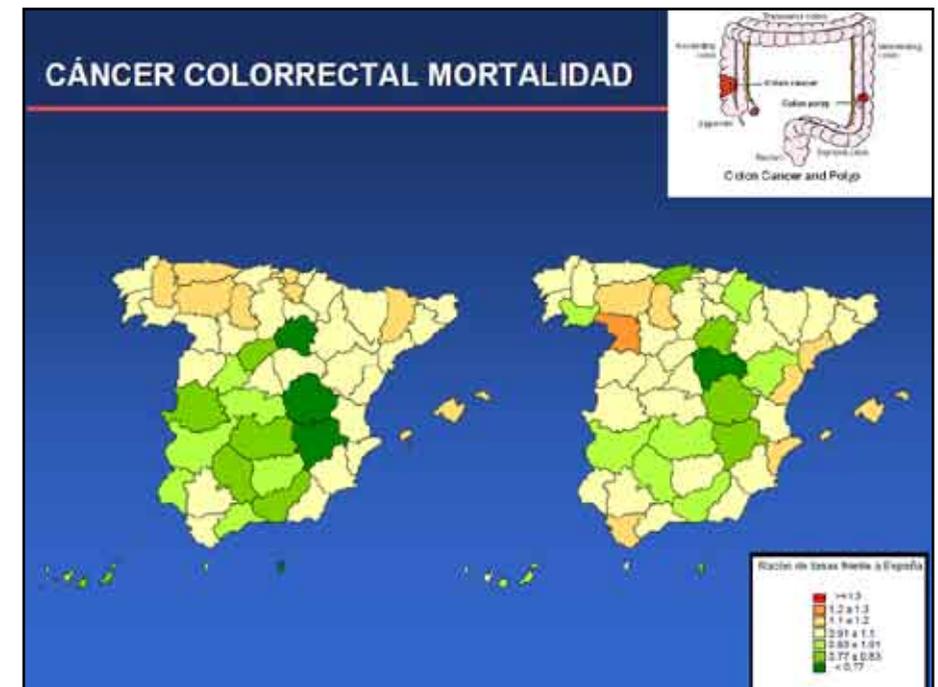
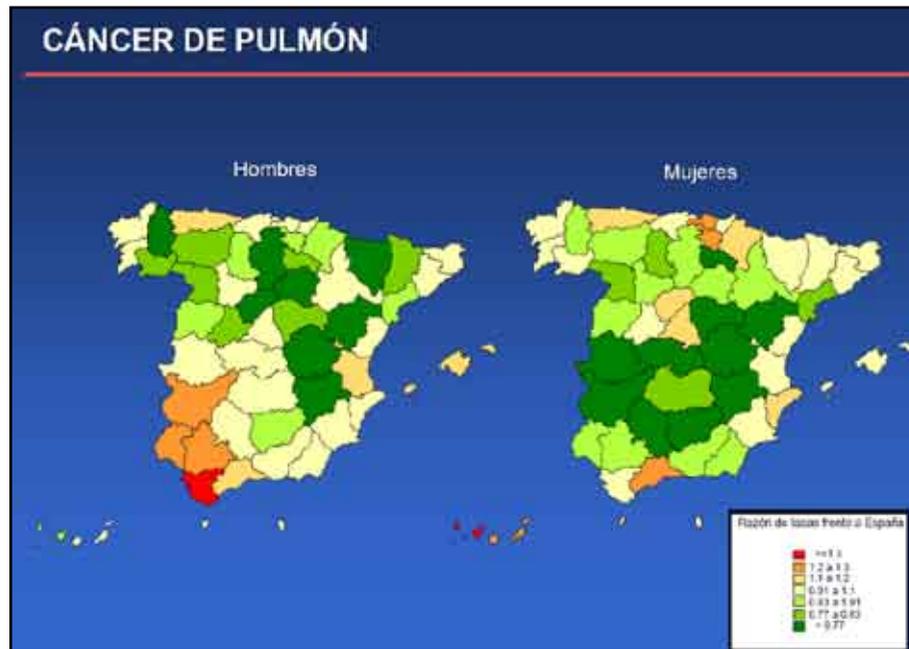
Mortalidad Por Todas Las Causas	Hombres	Mujeres
Mortalidad 1980-2008	Hombres	Mujeres
Número de Casos	16138	14322
Razon Intersexos	1,13	
Porcentajes del Total de Fallecidos	100	100
Edad Media	73,4	75,2
Décadas Mayor Mortalidad	>80	>80
Diferencias Urbano-Rural	X	X
Mortalidad 2003-2008		
Número de Casos	3515	3353
Razon Intersexos	1,04	
Porcentajes del Total de Fallecidos	100	100
Edad Media	75,1	77,2
Décadas Mayor Mortalidad	> 80	> 80
TB X 10 ⁵ 2003-2008	1249,1	1218,2
TBM X 10 ⁵ 2008 Soria	1307,7	1236,1
TAMM X 10 ⁵ 2008	395,8	225,8
TAEM X 10 ⁵ 2008	897,9	556,7
Diferencias Urbano-Rural	X	X
Datos Comparativos		
TBM X 10 ⁵ Soria 2008	1246,8	1197,5
TBM X 10 ⁵ Máxima España 2008	1455,1 Lugo/orense	686,,2 Madrid
TBM X 10 ⁵ Mínima España 2008	1349,8 Orense	558,8 Las Palmas
Diferencias Urbano-Rural	X	X

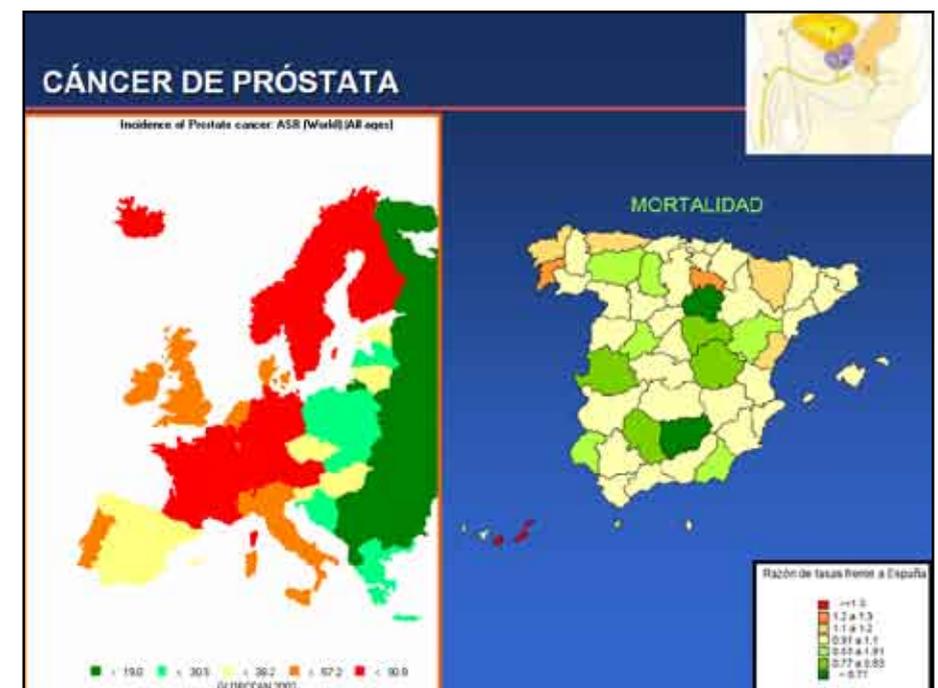
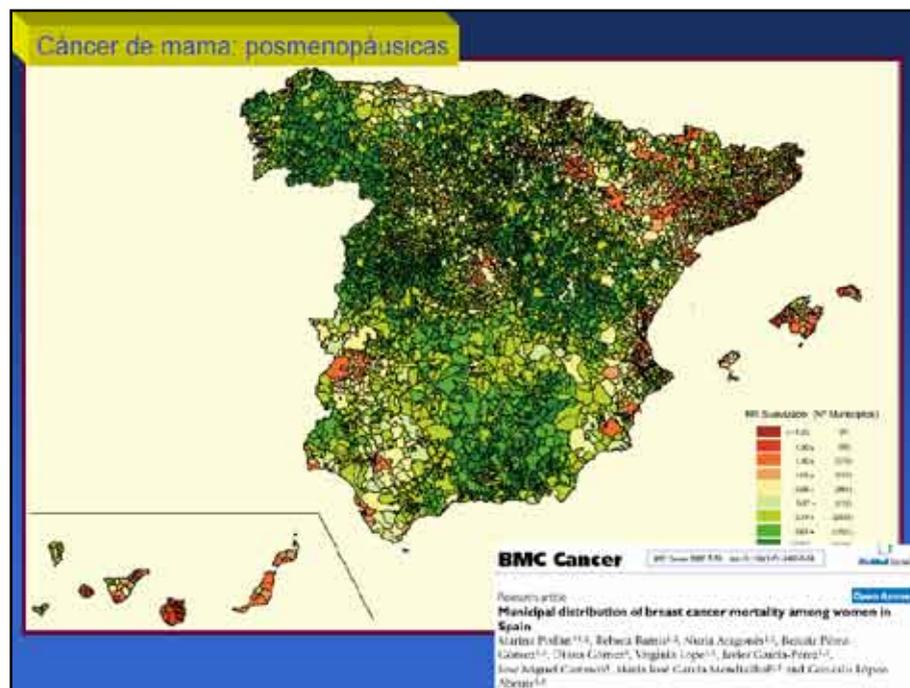
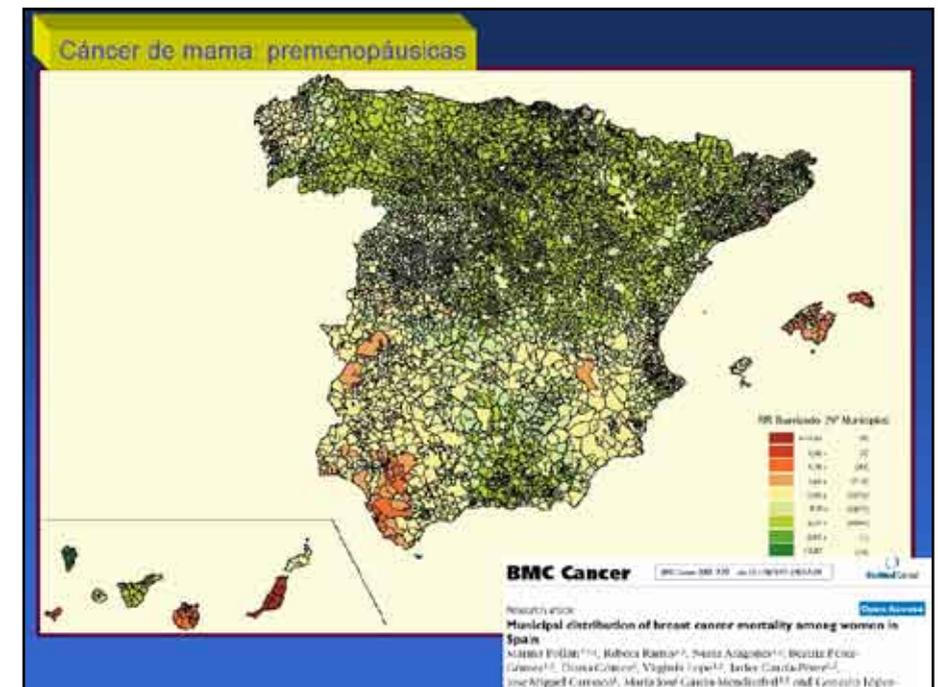
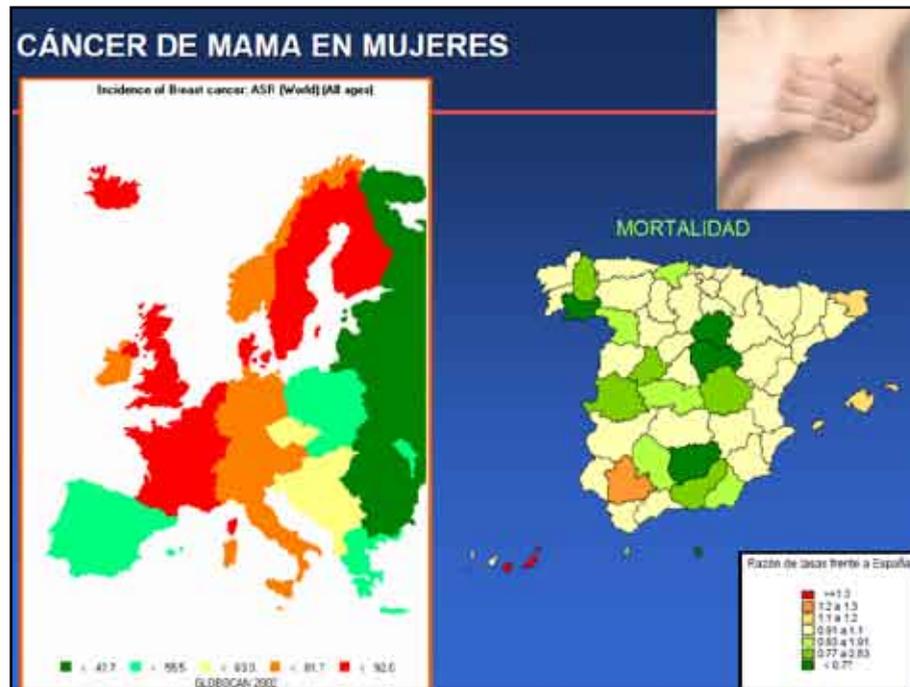
Genitourinario	Hombres	Mujeres
Mortalidad 1980-2008		
Número de Casos	466	424
Razon Intersexos	1,09	
Porcentajes del Total de Fallecidos	2,9	3
Mortalidad 2003-2008		
Número de Casos	106	101
Razon Intersexos	1,04	
Porcentajes Del Total De Fallecidos	3	3
TB X 10 ⁵	37,7	36,7

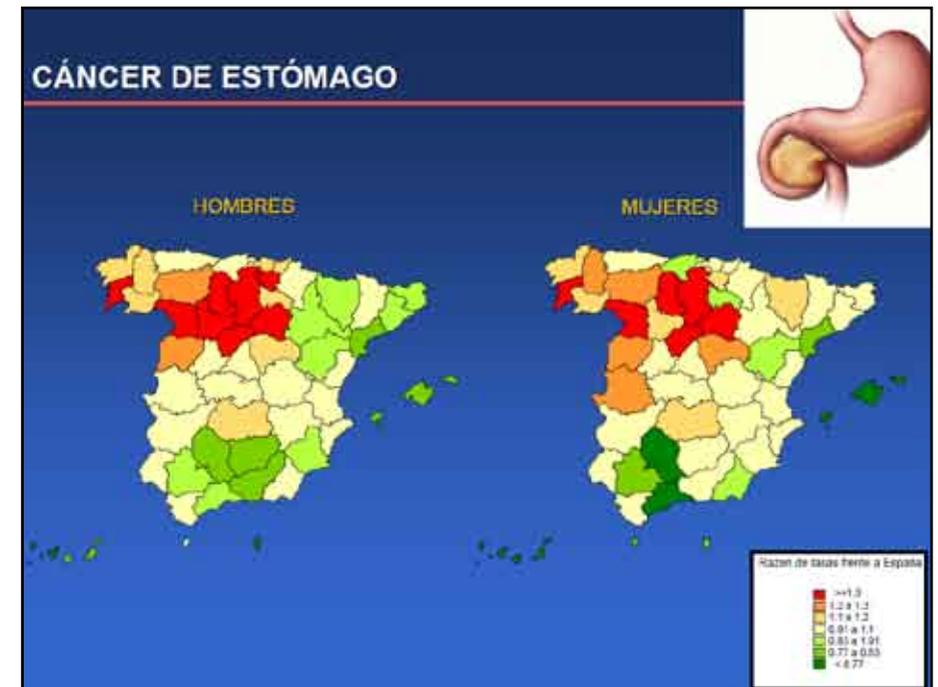
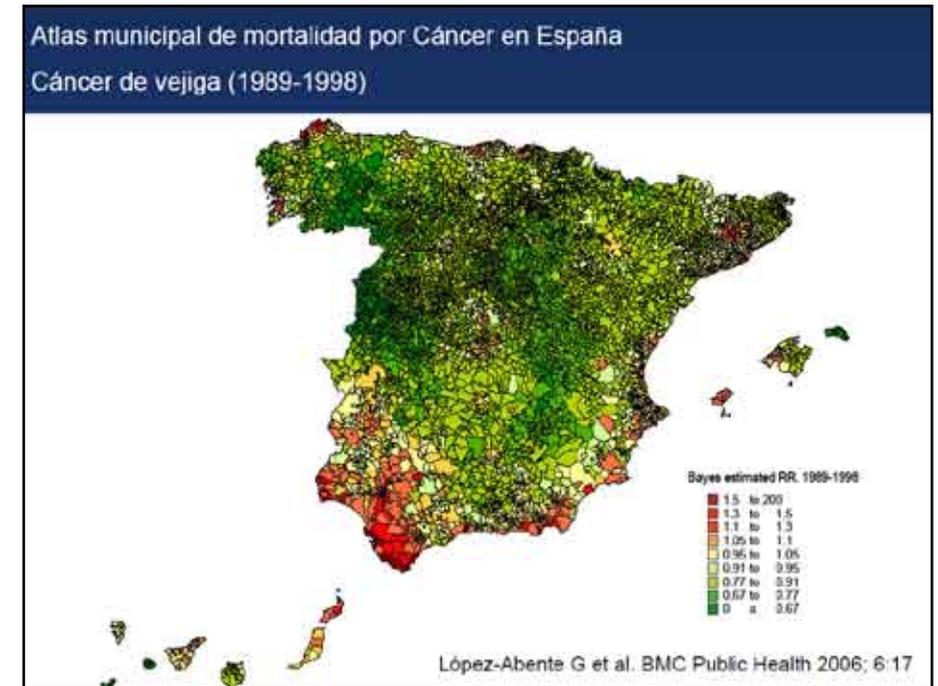
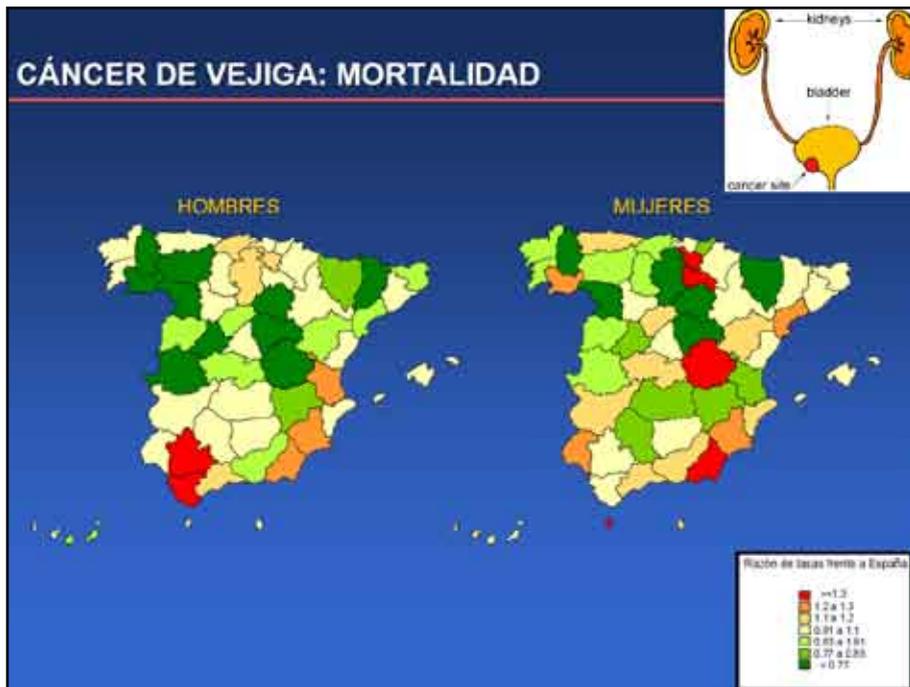
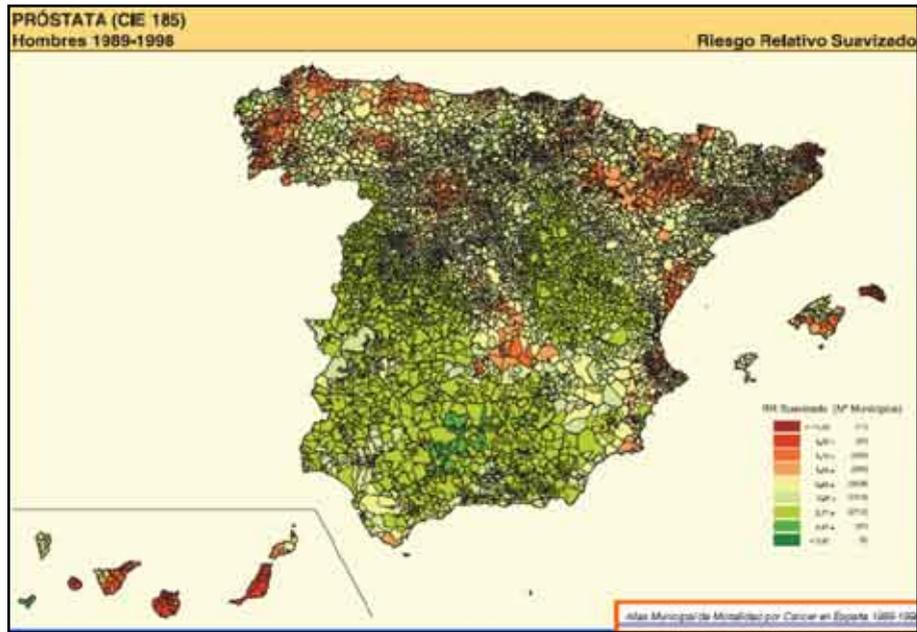
Digestivo	Hombres	Mujeres
Mortalidad 1980-2008		
Número de Casos	754	709
Razon Intersexos	1,06	
Porcentajes del Total de Fallecidos	4,7	5
Mortalidad 2003-2008		
Número de Casos	151	164
Razon Intersexos	0,92	
Porcentajes Del Total De Fallecidos	4,3	4,9
TB X 10 ⁵	53,7	59,6

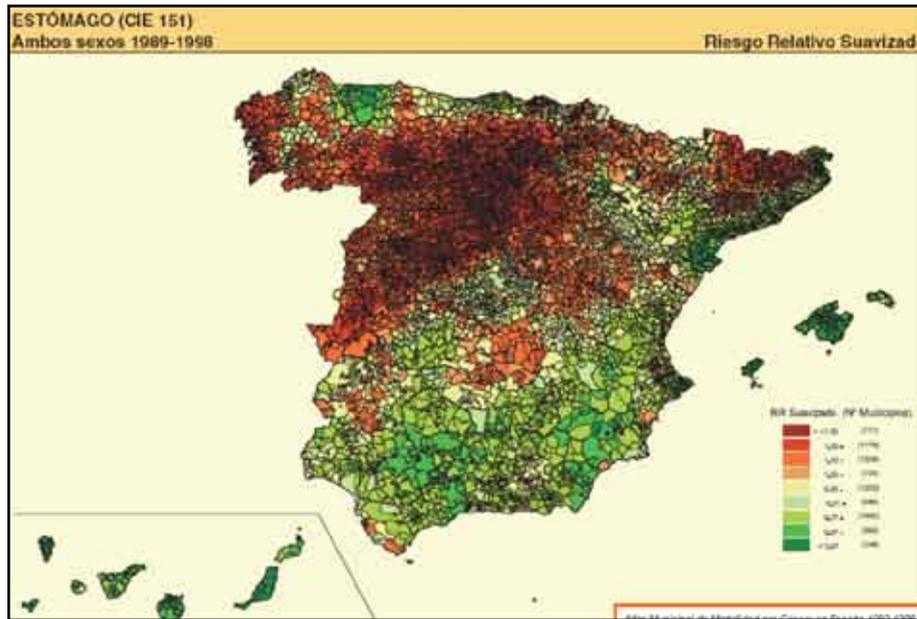
TOTAL NEOS 2008	Población		Total Neoplasias		TBM H	TBM M
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres		
00 Total ESPAÑA	23116988	23628819	64358	39696	278,4	168,0
01 Álava	156418	157401	454	267	290,2	169,6
02 Albacete	201162	199729	559	289	277,9	144,7
03 Alicante/Alacant	958200	958812	2351	1383	245,4	144,2
04 Almería	352395	332031	738	393	209,4	118,4
05 Ávila	86720	84960	314	210	362,1	247,2
06 Badajoz	341912	346865	1028	601	300,7	173,3
07 Balears (Illes)	551079	544347	1261	770	228,8	141,5
08 Barcelona	2703137	2784798	7415	4886	274,3	175,5
09 Burgos	190271	185292	698	426	366,8	229,9
10 Cáceres	205638	207995	743	410	361,3	197,1
11 Cádiz	609984	620610	1531	856	251,0	137,9
12 Castellón/Castelló	303460	298841	803	479	264,6	160,3
13 Ciudad Real	263038	264235	770	478	292,7	180,9
14 Córdoba	395225	408773	1084	655	274,3	160,2
19 Guadaluajara	126608	119543	297	175	234,6	146,4
20 Guipúzcoa	346820	358878	1201	664	346,3	185,0
21 Huelva	255144	258259	705	392	276,3	151,8
22 Huesca	116630	111779	397	252	340,4	225,4
23 Jaén	332517	337265	877	540	263,7	160,1
24 León	244716	255453	973	627	397,6	245,4
25 Lleida	223095	213307	624	415	279,7	194,6
26 Rioja (La)	162173	159529	490	282	302,1	176,8
27 Lugo	172943	182252	720	483	416,3	265,0
28 Madrid	3094874	3292058	7168	4814	231,6	146,2
29 Málaga	786393	806675	1844	1156	234,5	143,3
30 Murcia	731609	714911	1652	1024	225,8	143,2

TOTAL NEOS 2008	Población		Total Neoplasias		TBM H	TBM M
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres		
31 Navarra	315486	315092	887	546	281,2	173,3
32 Ourense	161454	174188	720	434	445,9	249,2
33 Asturias	520916	564373	2211	1400	424,4	248,1
34 Palencia	85950	87356	353	199	410,7	227,8
35 Palmas (Las)	545990	537512	1193	710	218,5	132,1
36 Pontevedra	464365	495399	1472	984	317,0	198,6
37 Salamanca	173512	181096	628	395	361,9	218,1
38 Santa Cruz de Tenerife	506646	513844	1178	719	232,5	139,9
39 Cantabria	288735	300500	993	552	343,9	183,7
40 Segovia	83636	81218	263	175	314,5	215,5
41 Sevilla	932941	967283	2414	1428	258,8	147,6
42 Soria	48286	46815	181	107	374,8	228,6
43 Tarragona	407904	395397	1011	625	247,9	158,1
44 Teruel	75733	71018	260	144	343,3	202,8
45 Toledo	350578	339057	936	517	267,0	152,5
46 Valencia/València	1276238	1299124	3444	2159	269,9	166,2
47 Valladolid	261785	270790	851	503	325,1	185,8
48 Vizcaya	559174	593484	2062	1162	368,8	195,8
49 Zamora	97144	98521	463	289	476,6	293,3
50 Zaragoza	481456	488857	1496	929	310,7	190,0
51 Ceuta	40118	38556	73	57	182,0	147,8
52 Melilla	37244	36216	63	41	169,2	113,2







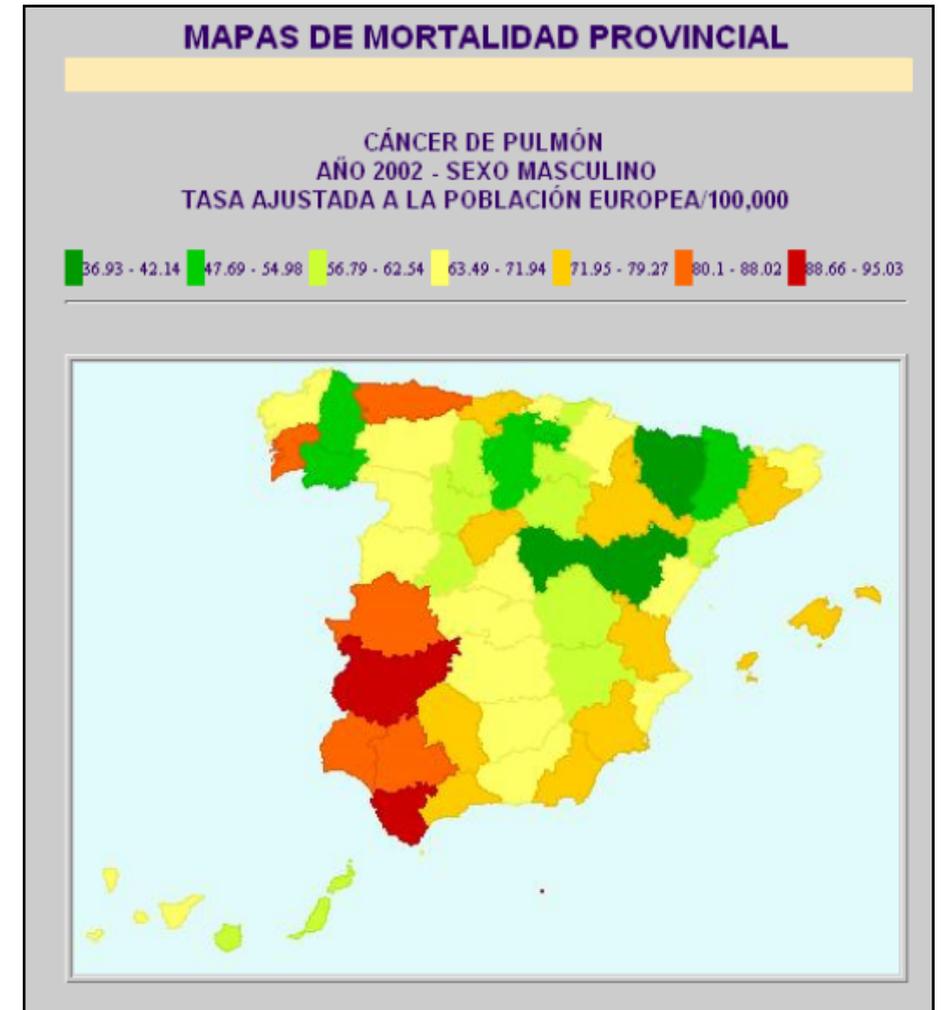


TUMORES EMERGENTES

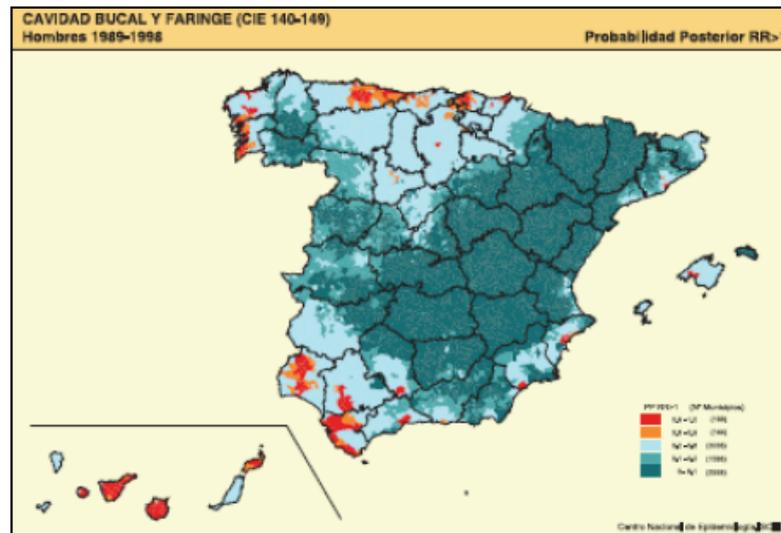
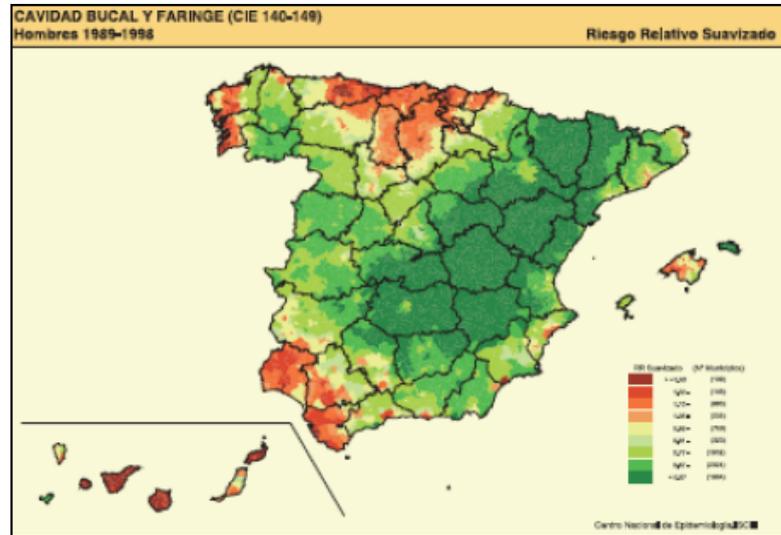
Tendencia relativa anual: Datos de mortalidad

	HOMBRES		MUJERES	
	1952-1996	1982-1996	1952-1996	1982-1996
• PULMÓN (162)	3,4	2,1	0,6	0,1
• MAMA (174)			2,5	1,7
• ESTÓMAGO (151)	-2,3	-2,6	-2,9	-3,5
• PRÓSTATA (185)	1,1	0,9		
• COLORRECTAL (153,154,159,0)	2,2	3,0	0,9	1,2
Cánceres emergentes				
• MELANOMA MALIGNO (172)	8,4	5,6	8,3	5,5
• MIELOMA MÚLTIPLE (203)	6,8	3,2	7,0	4,0
• LINFOMA NO HODGKIN (200+202)	4,7	4,5	5,8	6,0
• CÁNCER DE OVARIO (183)			5,8	4,4
• CÁNCER DE TEJIDO CONJUNTIVO (171)	5,4	2,4	5,5	5,6
• CÁNCER DE FARINGE (146-149)	4,6	5,6		

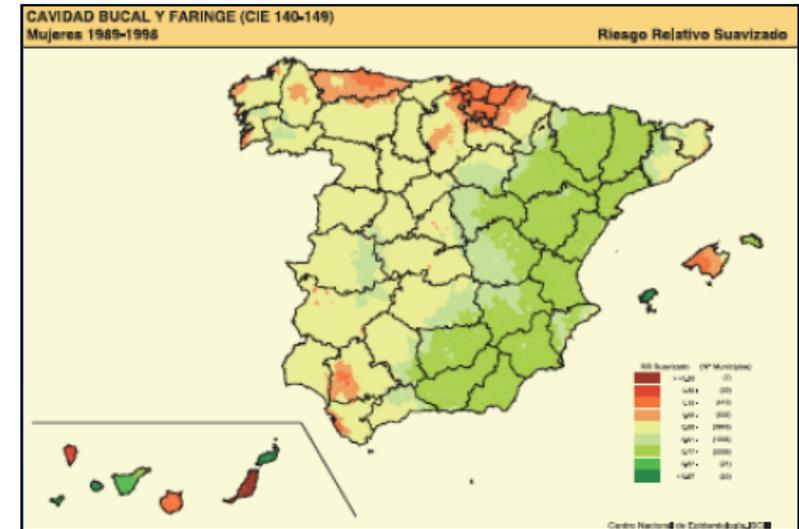
Informe sobre cáncer en España 2002. CNE <http://cne.isciii.es/cancer/salud-cancer.pdf>



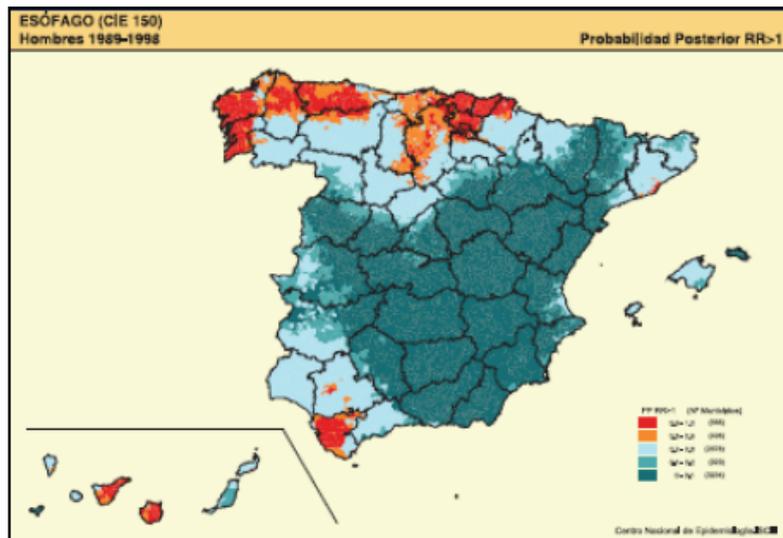
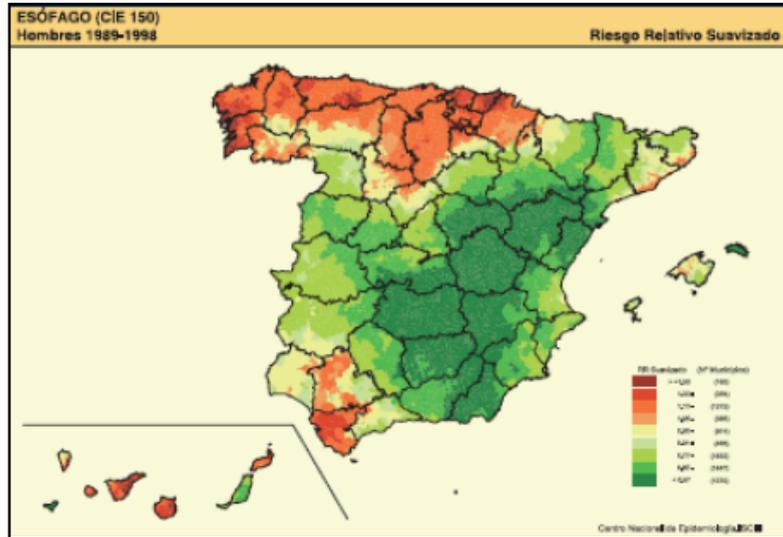
CAVIDAD BUCAL Y FARINGE



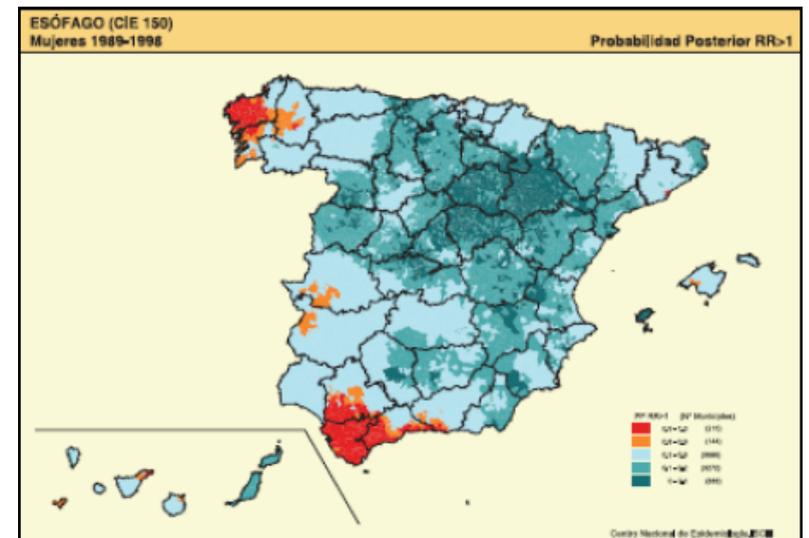
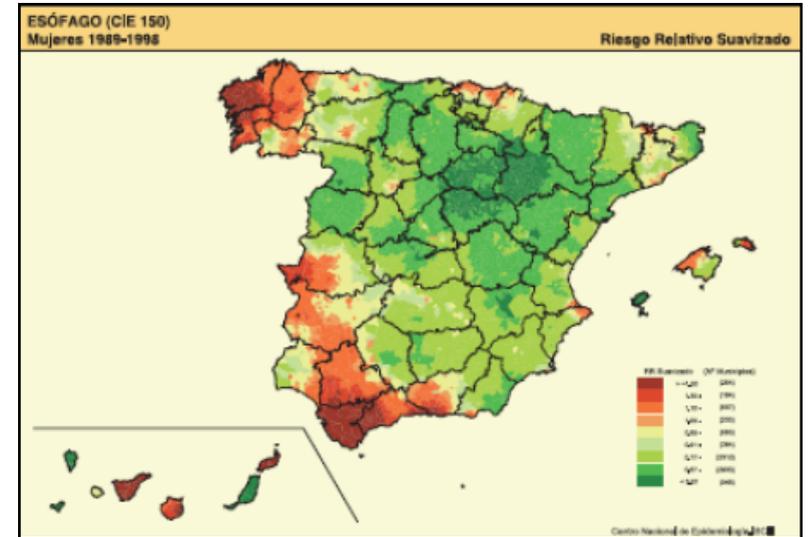
CAVIDAD BUCAL Y FARINGE



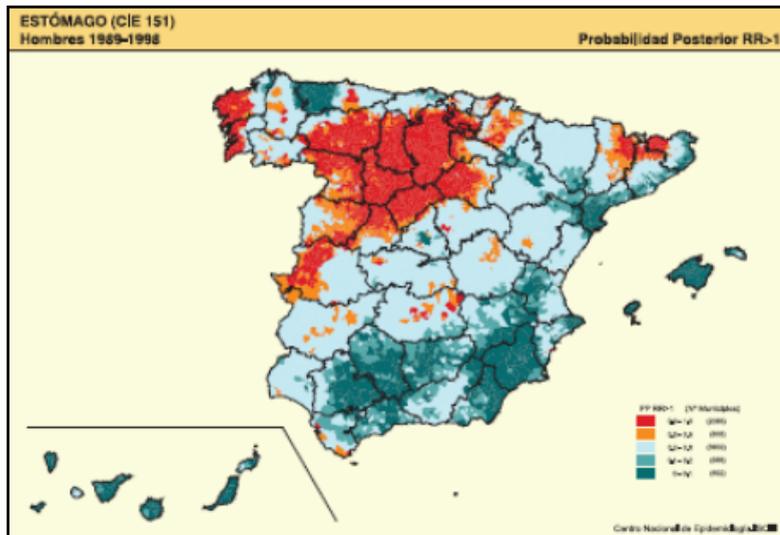
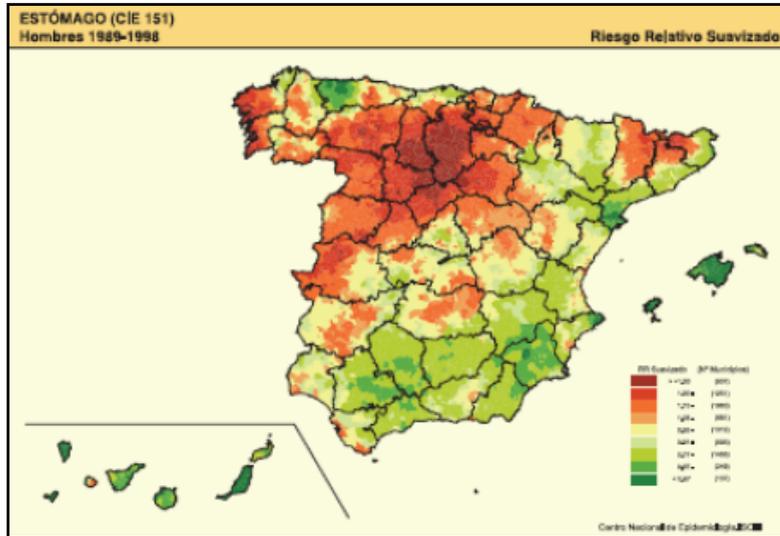
CÁNCER DE ESÓFAGO



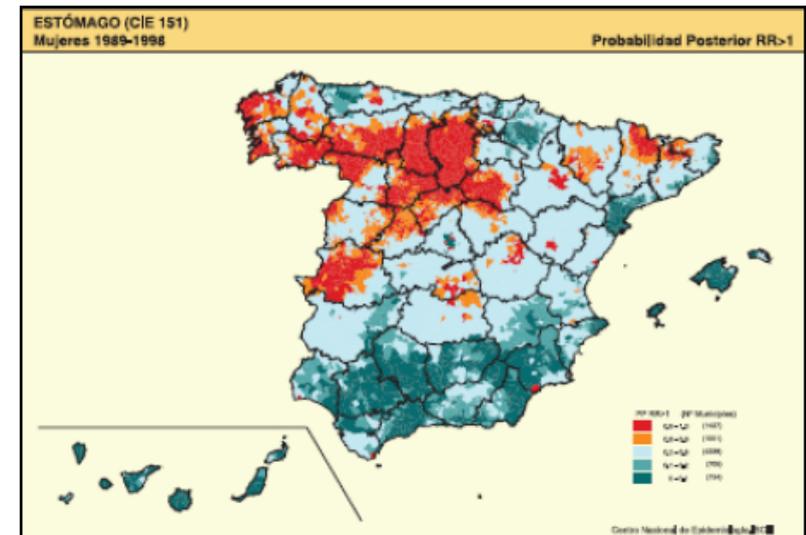
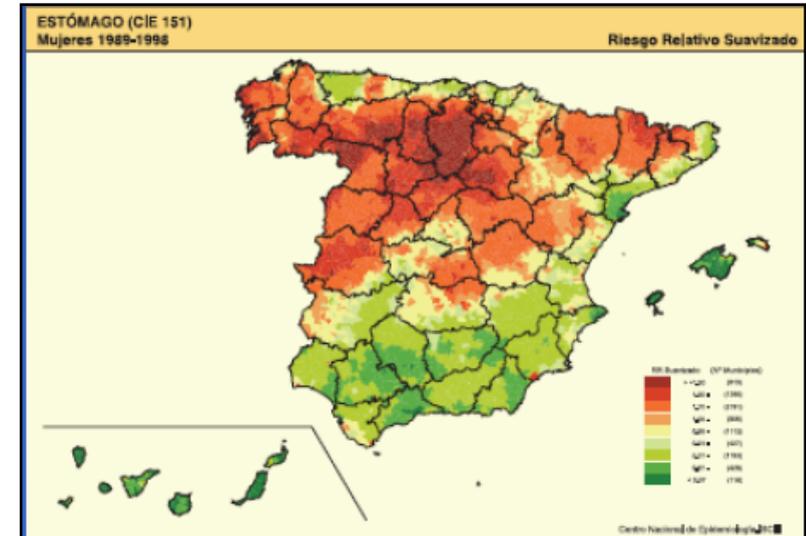
CÁNCER DE ESÓFAGO



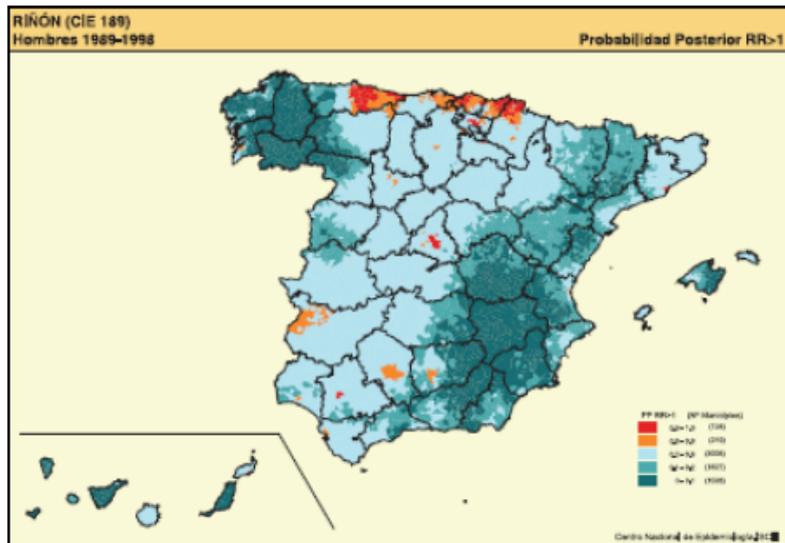
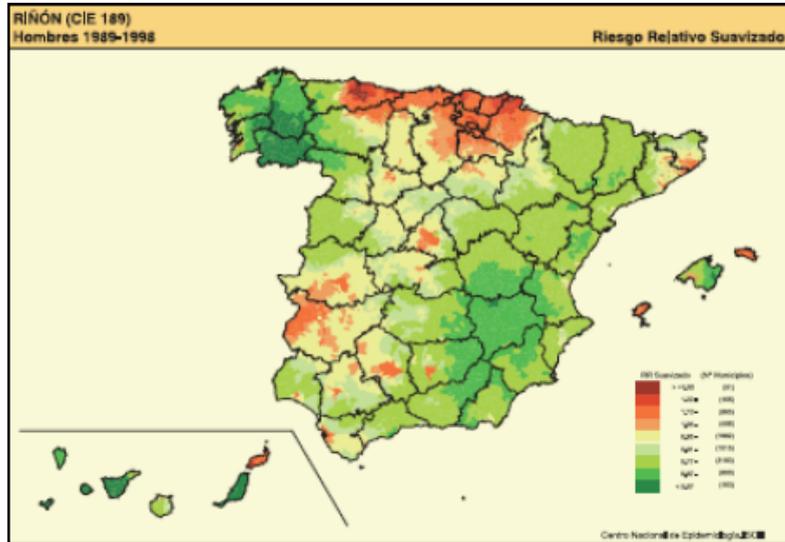
CÁNCER DE ESTÓMAGO



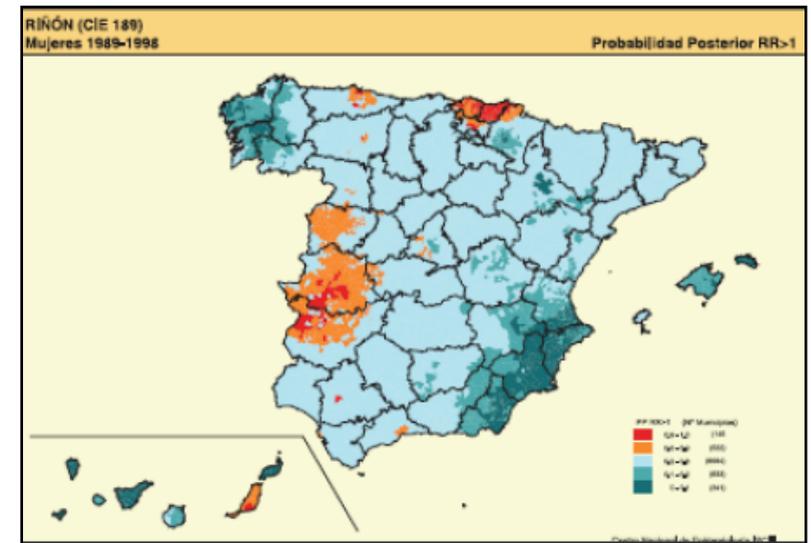
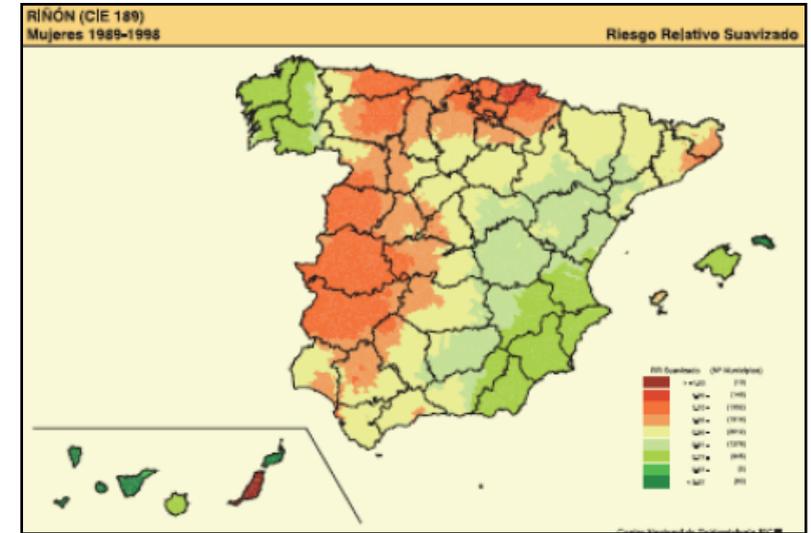
CÁNCER DE ESTÓMAGO



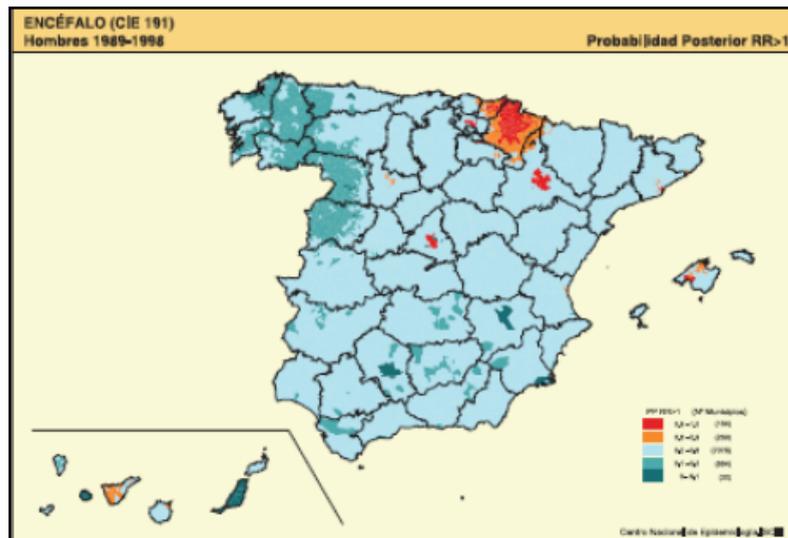
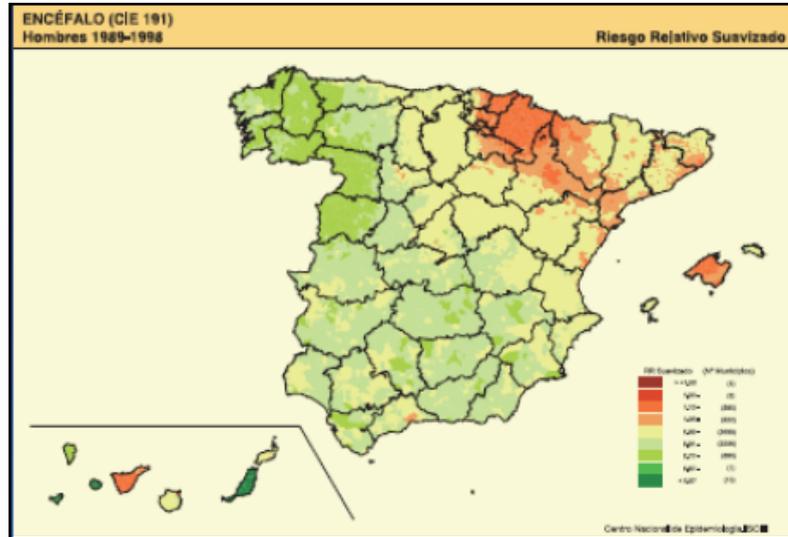
CÁNCER DE RIÑÓN



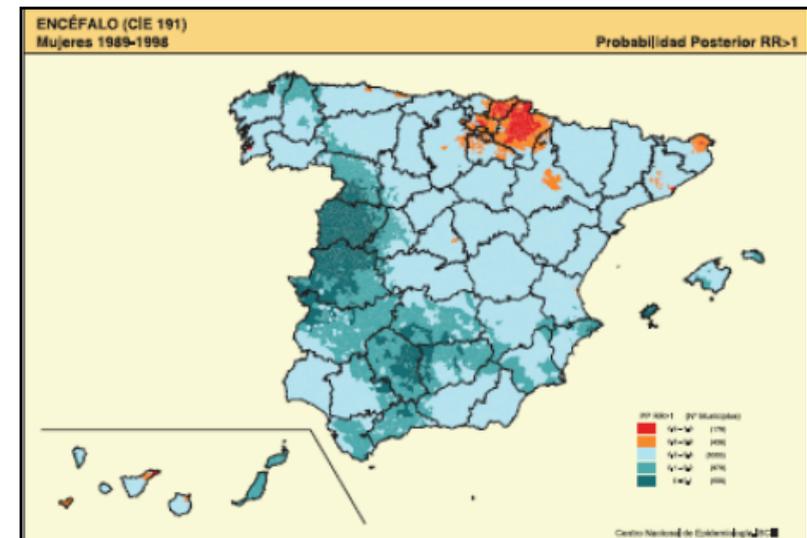
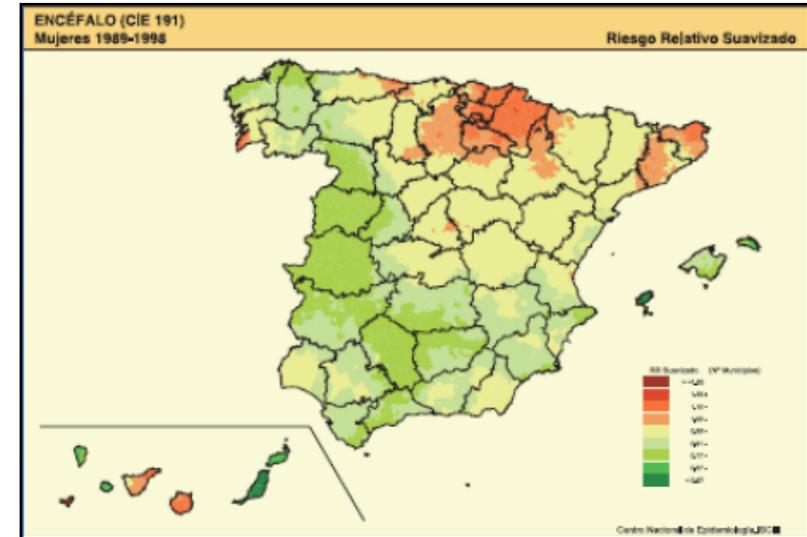
CÁNCER DE RIÑÓN



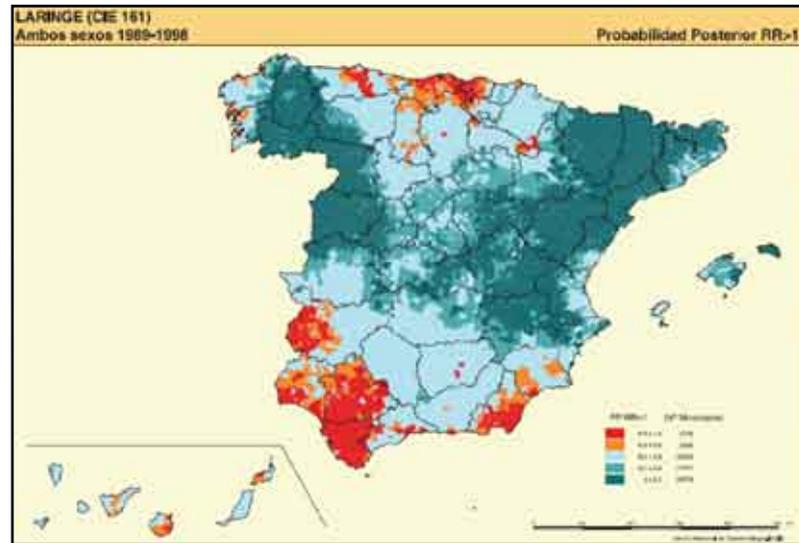
CÁNCER DE ENCÉFALO



CÁNCER DE ENCÉFALO

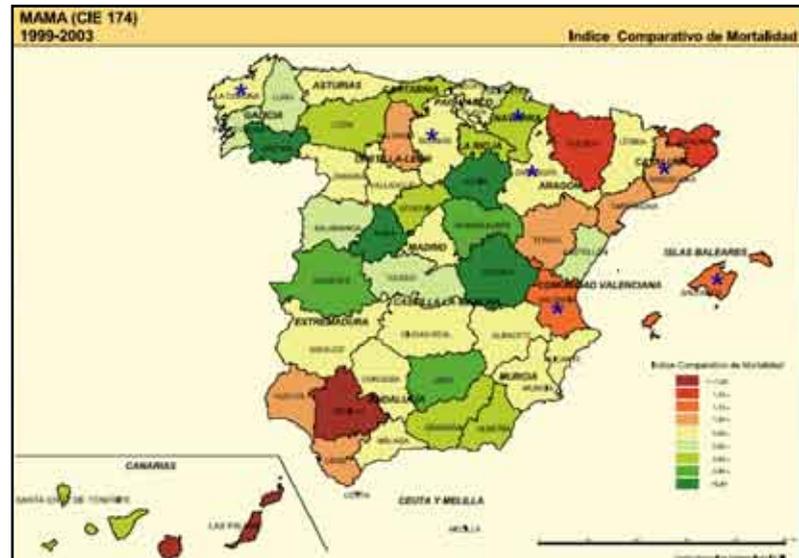


CÁNCER DE LARINGE



"1960: Casa Mandarria en la Calle Real"

PROYECTO FIS: DDM



"1960: Casa Mandarria : taberna"

Epílogo

Epílogo

Jean Dausset, Premio Nóbel de Medicina 1980 por sus descubrimientos bioquímicos que permitieron iniciar los trasplantes en humanos y Santiago Grisolía Premio Príncipe de Asturias de Investigación, Padrinos de la FCCR



Tan sólo la amistad que me une hace ya muchos años al Dr. Juan Manuel Ruiz Liso ha sido el motivo de que me honrara pidiéndome el epílogo de este interesante libro fruto del esfuerzo de muchos profesionales, pero resultado ante todo de su tesón y constancia inigualable a lo largo de muchos años. Por mi trayectoria profesional, desde siempre volcada en la medicina asistencial, valoro enormemente la recogida de datos epidemiológicos que constituyen la única forma de poder adoptar decisiones serias y argumentadas en problemas relevantes de salud. En este sentido, me atrevo a decir que la enorme labor desarrollada por el Dr. Ruiz Liso ha sido providencial para la provincia de Soria porque le ha permitido disponer de datos de enorme interés y profundidad.

Como muy bien dice, el cáncer es junto con las enfermedades cardiovasculares la mayor causa de mortalidad en los países desarrollados y como responsable del Servicio de Anatomía Patológica del hospital que concentra la atención sanitaria de la provincia se ha encontrado en una posición de verdadero privilegio para hacer un análisis sosegado de la evolución de esta enfermedad y de los posibles factores que pueden influir en su desarrollo.

A su vez, los enormes esfuerzos desarrollados para poner en valor las virtudes de la dieta mediterránea a través de las iniciativas de "Soria Saludable" permiten contemplar algunos de los datos no tan solo desde el punto de vista meramente contemplativo sino como resultado de unas actuaciones en salud que se traducen en ventajas evidentes para la población. Es más que probable que el hecho de que la provincia de Soria sea la de menor mortalidad por diabetes mellitus de toda España tenga una relación con estas actividades y lo mismo cabe decir de la reducción de incidencia y mortalidad por cardiopatía isquémica.

No podría finalizar estas líneas sin aludir a la que ha sido durante muchos años mi principal objeto de interés dentro de la medicina: la donación de órganos. Estudios como éste en los que se analizan las distintas causas de muerte nos permiten igualmente conocer las potencialidades de la donación, sus causas excluyentes, aquellas circunstancias que la hacen posible y sobre todo: la idea básica de que hay vida después de la muerte a través de la donación y el trasplante.

RAFAEL MATESANZ

Director de la Organización Nacional de Trasplantes

Fundación Científica Caja Rural



FUNDACION CIENTIFICA CAJA RURAL DE SORIA

La Fundación Científica de Caja Rural de Soria se crea por aclamación en Asamblea General de 500 representantes de sus más de 16.000 socios –entonces- el día 1 de Junio de 1995, para “el “estudio y prevención de las enfermedades degenerativas en la provincia de Soria.

Hoy, la *Escuela de Salud y Humanidades, la Escuela de la Abuela Madre, los Encuentros con el Pediatra y el Ginecólogo, los Cuadernos de Salud, El servicio de Medicina Preventiva Deportiva, los encuentros con la Mujer Soriana en el siglo XXI, la Biblioteca Científica Calvo Melendro-Sala de Pablo, los Cursos de Primeros Auxilios, los Estudios Epidemiológicos realizados y publicados, la introducción de la Dieta y Cultura Mediterránea y su Decálogo, nuestra página web*, la más reciente **Biblioteca de temas sorianos de Miguel Moreno Moreno** –única en su género sorianista- y por su trascendencia, el ciclo de **Soria Saludable- Mes de la Salud**, con los galardones anuales que entrega, son referentes nacionales que han tenido su reflejo con la concesión de los premios nacionales por parte de **EDIMSA en 2004** y de **FARMAINDUSTRIA** en 2006 y los provinciales de **CAMINANTE 2007** –del Centro Comercial Abierto- y el de **Presidente Junta de Castilla y León 2006** “a la trayectoria profesional” de la Cámara de Comercio de Soria



Deporte y Salud



Alimentación y Salud

a título personal, sin olvidar el reconocimiento de la **Casa de Soria en Madrid**, como entidad cultural soriana del año **2003**.

73 personas componen nuestro equipo humano: **MÉDICOS, HISTORIADORES, ABOGADOS, ETNÓLOGOS, GEÓGRAFOS, ENFERMERAS, PSICÓLOGOS, VETERINARIOS, FARMACEÚTICOS**, y ante todo, son 73 humanistas.

Por nuestras Aulas de Formación en **Soria Saludable** han pasado ponentes de la máxima categoría profesional y humana. **Premios Nóbel (en 1980) como el Profesor Jean Dausset ó Príncipes de Asturias como el Profesor Santiago Grisolia fueron nuestros padrinos.** Directores –**Profesores Dr. Manuel Díaz Rubio e Hipólito Durán Sacristán-** y Académicos Nacionales de las Reales Academias, Catedráticos de Universidad, Directores e Investigadores de Centros Nacionales de Investigación en Biomedicina, Presidentes de Comunidades Autónomas como **Juan José Lucas y Santiago Lanzuela** (Aragón) y muchos de sus Consejeros. Presidentes del Consejo General de Colegios de Médicos, Presidente Ejecutivo del INSALUD –**D. Alberto Núñez Feijóo-** hoy **Presidente de la Xunta de Galicia-**, Secretario General de CC.OO – **D. Jose María Fidalgo-**, grandes entrenadores y deportistas nacionales como **Juan de Dios Román** –hoy Presidente de la Federación Española de Balonmano-, y nuestro trío olímpico: **Cacho-Antón- Pascual Oliva,**



Valores Humanos (Ortega Lara)

periodistas como **Ernesto Sáenz de Buruaga** y un gran elenco de personas que por problemas de espacio nos es imposible reflejar aunque constan en nuestra página web con nuestro reconocimiento más sincero (www.fundacioncajarural.net). También perdimos en el camino de la salud, a personas de la talla de **Avelino Hernández y José Luis Argente Oliver**, que hoy prestigian con su nombre nuestros galardones más importantes.

Fuimos los primeros en introducir **Los desayunos de la Dieta Mediterránea** en los centros escolares de Soria, que en la actualidad se realizan como actividad oficial programada por la Junta de Castilla y León.

Hemos reconocido a los mejores **Sorianos Saludables**, a los mejores de los nuestros en **Valores Humanos** y a los **Escolares Saludables**, sin olvidar a **las Instituciones y Personas** que realizan un **Trabajo y Desarrollo** que merecen también el adjetivo de saludable y que también puede verse y valorarse su relación en nuestra página web, ya citada.

El **Premio Nacional de Investigación** que financia con 12.000 Euros nuestra Diputación Provincial con un carácter bienal actualmente, es uno de los más prestigiados en la Comunidad Científica Nacional, avalado por la Real Academia Nacional de Medicina y el Consejo General de Colegios de Médicos. Cada uno de los galardonados forma parte de nuestra historia



Sorianos e Instituciones Saludables

fundacional que pone un punto y seguido con los concedidos en los últimos años al **Profesor Dr. Jesús San Miguel Izquierdo** y al **Dr. Pedro Alonso**, por sus trabajos en los Mielomas y en la prevención de la Malaria..

Resaltar finalmente la satisfacción de nuestra FCCR, como entidad promotora y coordinadora en España y de las cerca de 200 asociaciones de Soria que comprometieron su desarrollo por el éxito en la inclusión de la **Dieta Mediterránea** por la UNESCO, como **Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad** y Soria su **“comunidad emblemática” (16-XI-2010)**.

SORIA CARDIOPROTEGIDA, ha sido y es un proyecto pionero a nivel internacional cuyo desarrollo se encuentra en la página 216.



2010: La Real Academia de Medicina y su Presidente Profesor Manuel Díaz Rubio apoyando todos los Proyectos de la FCCR

*La peor decisión
es la indecisión*



1982. Plaza de las Ventas. En los toros y en la vida hay que vencer a los "vitorinos" de la enfermedad para triunfar.

*Este libro se terminó de escribir el 11/1/11
llevando en proceso de escritura desde
el 15/5/1985
finalizándose la impresión en
Ochoa Impresores el 25 de febrero de 2011*

