

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

**ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA
PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL PERIODO 2006-2008.**

ANTONIO SANTAMARÍA ABAD

2011



**VNIVERSIDAD
D SALAMANCA**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FACULTAD DE MEDICINA**

Avda. Alfonso X el Sabio, s/n 37007 Salamanca
Tfno: 923 294400 Ext: 1885 Fax: 923 294593
www.usal.es/dermed

D. Juan Jesús Cruz Hernández, Catedrático del Departamento de Medicina de la Universidad de Salamanca.

CERTIFICA QUE:

El trabajo doctoral realizado bajo mi dirección por D. Antonio Santamaría Abad titulado "ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL PERIODO 2006-2008", reúne las condiciones de originalidad para optar al grado de Doctor en Medicina por la Universidad de Salamanca.

Y para que así conste, AUTORIZO su presentación y firmo la siguiente certificación en Salamanca en el mes de julio de 2011.

Fdo. Prof. Dr. Juan Jesús Cruz Hernández



VNIVERSIDAD
D SALAMANCA

DEPARTAMENTO DE BIOLOGÍA CELULAR Y
PATOLOGÍA

Facultad de Medicina. Avda. Alfonso X El Sabio s/n
37007 - Salamanca
Tel. 923 29 45 00 Ext. 1853 Fax. (34) 923 29 45 49
e-mail: dpto.bcyp@usal.es

D^a M^a Dolores Ludeña de la Cruz, Catedrático Acreditado de Anatomía Patológica del Departamento de Biología Celular y Patología de la Universidad de Salamanca, Jefe de Sección del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Salamanca.

CERTIFICA QUE:

El trabajo doctoral realizado bajo mi dirección por D. Antonio Santamaría Abad titulado "ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL PERIODO 2006-2008", reúne las condiciones de originalidad para optar al grado de Doctor en Medicina por la Universidad de Salamanca.

Y para que así conste, AUTORIZO su presentación y firmo la siguiente certificación en Salamanca en el mes de julio de 2011.



Fdo. Prof. Dr^a. M^a Dolores Ludeña de la Cruz

DEDICATORIA.

A mis hijos Antonio y Elena

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mis Directores de tesis, los profesores D. Juan Jesús Cruz Hernández, Catedrático de Oncología Médica del Departamento de Medicina de la Universidad de Salamanca, y Dña. María Dolores Ludeña de la Cruz, Catedrático acreditado del Departamento de Biología Celular y Patología de la Universidad de Salamanca, sus labores como Directores de este trabajo, y el apoyo constante que desde el principio me ha mostrado, guiándome por la senda de la metodología científica, compartiendo conmigo sus conocimientos y ayudándome con su experiencia, consejos y recomendaciones en la elaboración de la presente tesis doctoral.

Mi agradecimiento a Marina Pollán Santamaría del Instituto de Salud Carlos III, por sus consejos y asesoramiento en materia de epidemiología.

Mi agradecimiento a María Isolina Santiago Pérez de la Dirección General de Salud Pública de la Xunta de Galicia, por sus consejos y asesoramiento en el manejo del programa informático Epidat 3.0.

Mi agradecimiento a D. Julián Vicente Cascales, David González Martín y a Ruth Sánchez Albarrán por su asesoramiento en temas informáticos.

Mi agradecimiento a Alfonso Escribano Hernández de la Gerencia de Atención Primaria de Salamanca, por haberme facilitado los datos de tarjeta sanitaria de la provincia de Salamanca, con los que he podido elaborar los datos demográficos de la presente tesis doctoral.

INDICE

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 EPIDEMIOLOGÍA –CONCEPTOS-.....	2
1.2. EPIDEMIOLOGÍA Y CÁNCER.....	6
1.2.1 EL CÁNCER EN EL MUNDO.....	6
1.2.2 EL CANCER EN EUROPA.....	11
1.2.3 EL CANCER EN ESPAÑA.....	16
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	26
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	28
3.1 BASE DE DATOS.....	31
3.2 DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.....	34
3.3 TASAS DE INCIDENCIA.....	46
3.4 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	49
4. RESULTADOS.....	50
4.1 PROVINCIA DE SALAMANCA AÑO 2006.....	51
4.1.1 DATOS DEMOGRÁFICOS.....	51
4.1.2 INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA PROVINCIA EN EL AÑO 2006.....	53
4.2 PROVINCIA DE SALAMANCA AÑO 2007.....	61
4.2.1 DATOS DEMOGRÁFICOS.....	61
4.2.2 INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA PROVINCIA EN EL AÑO 2007.....	63
4.3 PROVINCIA DE SALAMANCA AÑO 2008.....	71
4.3.1 DATOS DEMOGRÁFICOS.....	71
4.3.2 INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA PROVINCIA EN EL AÑO 2008.....	73
4.4 COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA PROVINCIA EN EL PERIODO 2006-2008.....	81
COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA DE LOS DISTINTOS TIPOS DE TUMORES SÓLIDOS.....	82
INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA POBLACIÓN GLOBAL (AMBOS SEXOS).....	82
INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN EL SEXO MASCULINO.....	84
INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN EL SEXO FEMENINO.....	86
RAZÓN DE TASAS HOMBRE/MUJER EN LA PROVINCIA EN EL PERIODO 2006-2008.....	88
4.5 SALAMANCA CIUDAD AÑO 2006.....	89
4.5.1 DATOS DEMOGRÁFICOS.....	89
4.5.2 INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA CIUDAD EN EL AÑO 2006.....	91

4.6 SALAMANCA CIUDAD AÑO 2007.....	99
4.6.1 DATOS DEMOGRÁFICOS.....	99
4.6.2 INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA CIUDAD EN EL AÑO 2007.....	101
4.7 SALAMANCA CIUDAD AÑO 2008.....	109
4.7.1 DATOS DEMOGRÁFICOS.....	109
4.7.2 INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA CIUDAD EN EL AÑO 2008.....	111
4.8 COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA CIUDAD EN LOS AÑOS 2006, 2007 y 2008.....	119
COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA DE LOS DISTINTOS TIPOS DE TUMORES SÓLIDOS EN LA CIUDAD.....	120
INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA POBLACIÓN GLOBAL (AMBOS SEXOS).....	120
INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN EL SEXO MASCULINO.....	122
INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN EL SEXO FEMENINO.....	124
RAZÓN DE TASAS DE INCIDENCIA HOMBRE/MUJER EN LA CIUDAD EN EL PERIODO 2006-2008.....	126
4.9 ZONA RURAL EN EL AÑO 2006.....	127
4.9.1 DATOS DEMOGRÁFICOS.....	127
4.9.2 INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2006.....	129
4.10 ZONA RURAL EN EL AÑO 2007.....	137
4.10.1 DATOS DEMOGRÁFICOS.....	137
4.10.2 INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2007.....	139
4.11 ZONA RURAL AÑO 2008.....	147
4.11.1 DATOS DEMOGRÁFICOS.....	147
4.11.2 INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2008.....	149
4.12 COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA ZONA RURAL EN EL PERIODO 2006-2008.....	157
4.12.1 COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA DE LOS DISTINTOS TIPOS DE TUMORES SÓLIDOS EN LA ZONA RURAL.....	158
INCIDENCIA DE CÁNCER EN LA POBLACIÓN GLOBAL (AMBOS SEXOS).....	158
INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN EL SEXO MASCULINO.....	160
INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN EL SEXO FEMENINO.....	162
4.12.2. RAZÓN DE TASAS HOMBRE/MUJER EN LA ZONA RURAL EN EL PERIODO 2006-2008.....	164
4.13 COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS ENTRE LA CIUDAD Y LA ZONA RURAL EN EL PERIODO 2006-2008.....	165
4.14 CÁNCER DE MAMA.....	169
4.15 CÁNCER COLORRECTAL.....	173

4.16 CÁNCER DE PRÓSTATA.....	179
4.17 CÁNCER DE PULMÓN.....	182
4.18 CÁNCER UROTELIAL.....	188
4.19 CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO.....	193
4.20 CÁNCER GÁSTRICO.....	199
4.21 CÁNCER DE ENDOMETRIO.....	204
4.22 CÁNCER DE CÉRVIX.....	207
4.23 CÁNCER DE OVARIO.....	210
4.24 MELANOMA.....	213
4.25 SARCOMAS.....	218
4.26 CÁNCER DE TIROIDES.....	221
4.27 CÁNCER DE RIÑÓN.....	224
4.28 CÁNCER DE ESÓFAGO.....	227
4.29 CÁNCER DE HÍGADO Y VÍAS BILIARES.....	230
4.30 CÁNCER DE PANCREAS.....	233
4.31 CÁNCER DE SISTEMA NERVIOSO.....	236
4.32 CÁNCER DE VULVA.....	239
4.33 CÁNCER DE TESTÍCULO.....	241
4.34 CÁNCER DE INTESTINO DELGADO.....	243
4.35 CÁNCER DE ORIGEN DESCONOCIDO.....	246
4.36 CÁNCER DE LOCALIZACIÓN POCO FRECUENTE.....	249
4.37 CÁNCER DE VAGINA.....	252
4.38 CÁNCER DE PENE.....	254
5. DISCUSIÓN.....	256
5.1 TUMORES SÓLIDOS EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA.....	257
5.2 TUMORES SÓLIDOS EN LA CIUDAD Y EN LA ZONA RURAL.....	265
5.3 CÁNCER DE MAMA.....	268
5.4 CÁNCER DE COLORRECTAL.....	272
5.5 CÁNCER DE PRÓSTATA.....	276
5.6 CÁNCER DE PULMÓN.....	279

<i>5.7 CÁNCER UROTELIAL</i>	286
<i>5.8 CÁNCER DE CABEZA Y CUELO</i>	290
<i>5.9 CÁNCER DE GÁSTRICO</i>	294
<i>5.10 CÁNCER DE ENDOMETRIO</i>	298
<i>5.11 CÁNCER DE CERVIX</i>	300
<i>5.12 CÁNCER DE OVARIO</i>	302
<i>5.13 MELANOMA</i>	304
<i>5.14 SARCOMAS</i>	307
<i>5.15 CÁNCER DE TIROIDES</i>	310
<i>5.16 CÁNCER DE RIÑÓN</i>	314
<i>5.17 CÁNCER DE ESÓFAGO</i>	317
<i>5.18 CÁNCER DE HÍGADO Y VÍAS BILIARES</i>	319
<i>5.19 CÁNCER DE PANCREAS</i>	320
<i>5.20 CÁNCER DE SISTEMA NERVIOSO</i>	321
<i>5.21 OTROS TUMORES</i>	322
6. CONCLUSIONES	323
7. BIBLIOGRAFÍA	327

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla nº 1. Población de la provincia de Salamanca en el año 2006.	37
Tabla nº 2. Población de la provincia de Salamanca en el año 2007.	38
Tabla nº 3. Población de la provincia de Salamanca en el año 2008.	39
Tabla nº 4. Población de la ciudad de Salamanca en el año 2006.....	40
Tabla nº 5. Población de la ciudad de Salamanca en el año 2007.....	41
Tabla nº 6. Población de la ciudad de Salamanca en el año 2008.....	42
Tabla nº 7. Población de la zona rural en el año 2006.	43
Tabla nº 8. Población de la zona rural en año 2007.	44
Tabla nº 9. Población de la zona rural en el año 2008.	45
Tabla nº 10. Población estándar europea y estándar mundial.	47
Tabla nº 11. Indicadores demográficos de la provincia en el año 2006.....	52
Tabla nº 12. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- en la provincia en el año 2006.	53
Tabla nº 13. Incidencia de tumores sólidos en la provincia en el año 2006.....	55
Tabla nº 14. Incidencia de tumores sólidos en hombres en la provincia en el año 2006.	57
Tabla nº 15. Incidencia de tumores sólidos en mujeres es la provincia en el año 2006.....	59
Tabla nº 16. Indicadores demográficos de la provincia en el año 2007.....	62
Tabla nº 17. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- en la provincia en el año 2007.	63
Tabla nº 18. Incidencia de tumores sólidos en la provincia en el año 2007.....	65
Tabla nº 19. Incidencia de tumores sólidos en hombres en la provincia en el año 2007.	67
Tabla nº 20. Incidencia de tumores sólidos en mujeres en la provincia en el año 2007.	69
Tabla nº 21. Indicadores demográficos provincia año 2008.	72
Tabla nº 22. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- provincia año 2008.....	73
Tabla nº 23. Incidencia de tumores sólidos en la provincia en el año 2008.....	75
Tabla nº 24. Incidencia de tumores sólidos en hombres en la provincia en el año 2008 77	77
Tabla nº 25. Incidencia de tumores sólidos en mujeres en la provincia en el año 2008 79	79
Tabla nº 26.T. sólidos con mayor incidencia en la provincia en el periodo 2006-2008 83	83
Tabla nº 27.T. sólidos con mayor incidencia en hombres en la provincia (2006-2008)..... 85	85
Tabla nº 28. Medidas estadísticas con respecto a la edad de diagnóstico en hombres 85	85
Tabla nº 29. T. sólidos con mayor incidencia en mujeres en la provincia (2006-2008) 87	87
Tabla nº 30. Medidas estadísticas con respecto a la edad de diagnóstico en mujeres..... 87	87
Tabla nº 31. Razón de tasas de incidencia hombre/mujer en la provincia de Salamanca 88	88

Tabla nº 32. Indicadores demográficos ciudad año 2006.....	90
Tabla nº 33. Medidas estadísticas -edad de diagnostico- ciudad año 2006.....	91
Tabla nº 34. Incidencia de tumores sólidos en la ciudad en el año 2006	93
Tabla nº 35. Incidencia de tumores sólidos en hombres en la ciudad en el año 2006.....	95
Tabla nº 36. Incidencia de tumores sólidos en mujeres en la ciudad en el año 2006.....	97
Tabla nº 37. Indicadores demográficos ciudad año 2007.....	100
Tabla nº 38. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- ciudad año 2007	101
Tabla nº 39. Incidencia de tumores sólidos en la ciudad en el año 2007	103
Tabla nº 40. Incidencia de tumores sólidos en hombres en la ciudad en el año 2007.....	105
Tabla nº 41. Incidencia de tumores sólidos en mujeres en la ciudad en el año 2007.....	107
Tabla nº 42. Indicadores demográficos ciudad año 2008.....	110
Tabla nº 43. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- ciudad año 2008.....	111
Tabla nº 44. Incidencia de tumores sólidos en la ciudad en el año 2008	113
Tabla nº 45. Incidencia de tumores sólidos en hombres en la ciudad en el año 2008.....	115
Tabla nº 46. Incidencia de tumores sólidos en mujeres en la ciudad en el año 2008.....	117
Tabla nº 47. T. sólidos con mayor incidencia en la ciudad en el periodo 2006-2008.....	121
Tabla nº 48. T. sólidos con mayor incidencia en hombres en la ciudad (2006-2008)	123
Tabla nº 49. Medidas estadísticas con respecto a la edad de diagnóstico en hombres	123
Tabla nº 50. T. sólidos con mayor incidencia en mujeres en la ciudad (2006-2008).....	125
Tabla nº 51. Medidas estadísticas con respecto a la edad de diagnóstico en mujeres.....	125
Tabla nº 52. Razón de tasas de incidencia hombre/mujer en la ciudad	126
Tabla nº 53. Indicadores demográficos zona rural año 2006	128
Tabla nº 54. Medidas estadísticas -edad de diagnostico- zona rural año 2006	129
Tabla nº 55. Incidencia de tumores sólidos en la zona rural en el año 2006.....	131
Tabla nº 56. Incidencia de tumores sólidos en hombres en la zona rural en el año 2006	133
Tabla nº 57. Incidencia de tumores sólidos en mujeres en la zona rural en el año 2006	135
Tabla nº 58. Indicadores demográficos zona rural año 2007	138
Tabla nº 59. Medidas estadísticas -edad de diagnostico- zona rural año 2007	139
Tabla nº 60. Incidencia de tumores sólidos en la zona rural en el año 2007.....	141
Tabla nº 61. Incidencia de tumores sólidos en hombres en la zona rural en el año 2007	143
Tabla nº 62. Incidencia de tumores sólidos en mujeres en la zona rural en el año 2007	145
Tabla nº 63. Indicadores demográficos zona rural año 2008	148
Tabla nº 64. Medidas estadísticas -edad de diagnostico- zona rural año 2008	149
Tabla nº 65. Incidencia de tumores sólidos en la zona rural en el año 2008.....	151

Tabla nº 66. Incidencia de tumores sólidos en hombres en la zona rural en el año 2008	153
Tabla nº 67. Incidencia de tumores sólidos en mujeres en la zona rural en el año 2008	155
Tabla nº 68. T. sólidos con mayor incidencia en la zona rural en el periodo 2006-2008	159
Tabla nº 69. T. sólidos con mayor incidencia en hombres en la zona rural (2006-2008)	161
Tabla nº 70. Medidas estadísticas con respecto a la edad de diagnóstico en hombres	161
Tabla nº 71. T. sólidos con mayor incidencia en mujeres en la zona rural (2006-2008)	163
Tabla nº 72. Medidas estadísticas con respecto a la edad de diagnóstico en mujeres.....	163
Tabla nº 73. Razón de tasas de incidencia hombre/mujer en la zona rural	164
Tabla nº 74. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- hombres ciudad y zona rural	167
Tabla nº 75. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- mujeres ciudad y zona rural	168
Tabla nº 76. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- cáncer de mama	171
Tabla nº 77. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- cáncer de mama ciudad y rural	172
Tabla nº 78. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- cáncer colorrectal.....	177
Tabla nº 79. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- cáncer colorrectal ciudad.	178
Tabla nº 80. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- cáncer colorrectal zona rural.....	178
Tabla nº 81. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- cáncer de próstata.....	181
Tabla nº 82. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- cáncer de próstata ciudad y rural .	181
Tabla nº 83. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- cáncer de pulmón.....	186
Tabla nº 84. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- cáncer de pulmón en la ciudad.....	186
Tabla nº 85. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- cáncer de pulmón en la z. rural	187
Tabla nº 86. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- cáncer urotelial.....	191
Tabla nº 87. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- cáncer de urotelial en la ciudad....	192
Tabla nº 88. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- cáncer de urotelial en la z. rural...	192
Tabla nº 89. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- cáncer de C. y cuello.....	197
Tabla nº 90. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- cáncer de C y C en la ciudad.....	197
Tabla nº 91. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- cáncer de C y C en la z. rural	198
Tabla nº 92. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- cáncer gástrico	202
Tabla nº 93. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- cáncer gástrico en la ciudad.....	203
Tabla nº 94. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- cáncer gástrico en la zona rural....	203
Tabla nº 95. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- cáncer de endometrio	205
Tabla nº 96. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- C. de endometrio ciudad y rural...	206
Tabla nº 97. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- cáncer de cérvix	208
Tabla nº 98. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- cáncer de cérvix ciudad y rural	209
Tabla nº 99. Medidas estadísticas –edad de diagnóstico- cáncer de ovario	211

Tabla nº 100. Medidas estadísticas –edad de diagnostico- cáncer de ovario ciudad y rural..	212
Tabla nº 101. Medidas estadísticas –edad de diagnostico- cáncer melanoma	216
Tabla nº 102. Medidas estadísticas –edad de diagnostico- cáncer melanoma en la ciudad...	217
Tabla nº 103. Medidas estadísticas –edad de diagnostico- cáncer melanoma en la z. rural ..	217
Tabla nº 104. Medidas estadísticas –edad de diagnostico- sarcoma	220
Tabla nº 105. Medidas estadísticas –edad de diagnostico- cáncer de tiroides	223
Tabla nº 106. Medidas estadísticas –edad de diagnostico- cáncer de riñón.....	226
Tabla nº 107. Medidas estadísticas –edad de diagnostico- cáncer de esófago.....	229
Tabla nº 108. Medidas estadísticas –edad de diagnostico- cáncer de hígado y V. biliares....	232
Tabla nº 109. Medidas estadísticas –edad de diagnostico- cáncer de páncreas	235
Tabla nº 110. Medidas estadísticas –edad de diagnostico- cáncer de sistema nervioso	238
Tabla nº 111. Medidas estadísticas –edad de diagnostico- cáncer de vulva	240
Tabla nº 112. Medidas estadísticas –edad de diagnostico- cáncer de testículo.....	242
Tabla nº 113. Medidas estadísticas –edad de diagnostico- cáncer de intestino delgado.....	245
Tabla nº 114. Medidas estadísticas –edad de diagnostico- cáncer de origen desconocido	248
Tabla nº 115. Medidas estadísticas –edad de diagnostico- cáncer de L. P. Frecuente.....	251
Tabla nº 116. Medidas estadísticas –edad de diagnostico- cáncer de vagina.....	253
Tabla nº 117. Medidas estadísticas –edad de diagnostico- cáncer de pene.....	255
Tabla nº 118. Tasas de incidencia en el año 2007 de C. de pulmón en Castilla y León	283

ÍNDICE DE GRÁFICOS.

Gráfico nº 1. Datos demográficos provincia de Salamanca año 2006	51
Gráfico nº 2. Pirámide poblacional provincia de Salamanca año 2006.....	52
Gráfico nº 3. Tumores sólidos en la provincia de Salamanca en el año 2006.....	53
Gráfico nº 4. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos -Salamanca año 2006-	54
Gráfico nº 5. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos en hombres -Salamanca 2006-.....	56
Gráfico nº 6. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos en mujeres -Salamanca 2006-.....	58
Gráfico nº 7. Tasas específicas de tumores sólidos por sexos y edad –Salamanca 2006-.....	60
Gráfico nº 8. Datos demográficos provincia de Salamanca año 2007	61
Gráfico nº 9. Pirámide poblacional provincia de Salamanca año 2007.....	62
Gráfico nº 10. Tumores sólidos en la provincia de Salamanca en el año 2007.....	63
Gráfico nº 11. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos -Salamanca año 2007-	64
Gráfico nº 12. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos en hombres -Salamanca 2007-.....	66
Gráfico nº 13. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos en mujeres -Salamanca 2007-.....	68
Gráfico nº 14. Tasas específicas de tumores sólidos por sexos y edad –Salamanca 2007-.....	70
Gráfico nº 15. Datos demográficos provincia de Salamanca año 2008	71
Gráfico nº 16. Pirámide poblacional provincia de Salamanca año 2008.....	72
Gráfico nº 17. Tumores sólidos en la provincia de Salamanca en el año 2008.....	73
Gráfico nº 18. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos -Salamanca año 2008-	74
Gráfico nº 19. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos en hombres -Salamanca 2008-.....	76
Gráfico nº 20. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos en mujeres -Salamanca 2008-.....	78
Gráfico nº 21. Tasas específicas de tumores sólidos por sexos y edad –Salamanca 2008-.....	80
Gráfico nº 22. Tasas de Incidencia (PE) de tumores sólidos en Salamanca 2006-2008.....	81
Gráfico nº 23. Tasas de Incidencia (PE) de los distintos T. sólidos en Salamanca 2006-2008.....	82
Gráfico nº 24. Tasas de Incidencia (PE) de los distintos T. sólidos en hombres en Salamanca 2006-2008	84
Gráfico nº 25. Tasas de Incidencia (PE) de los distintos T. sólidos en mujeres en Salamanca 2006-2008.....	86
Gráfico nº 26. Datos demográficos ciudad de Salamanca año 2006	89
Gráfico nº 27. Pirámide poblacional ciudad de Salamanca año 2006.....	90
Gráfico nº 28. Tumores sólidos en la ciudad de Salamanca en el año 2006	91
Gráfico nº 29. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos - ciudad año 2006-	92
Gráfico nº 30. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos en hombres - ciudad 2006-	94
Gráfico nº 31. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos en mujeres - ciudad 2006-	96
Gráfico nº 32. Tasas específicas de tumores sólidos por sexos y edad – ciudad 2006-	98
Gráfico nº 33. Datos demográficos ciudad de Salamanca año 2007	99
Gráfico nº 34. Pirámide poblacional ciudad de Salamanca año 2007.....	100

Gráfico nº 35. Tumores sólidos en la ciudad de Salamanca en el año 2007	101
Gráfico nº 36. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos - ciudad año 2007-	102
Gráfico nº 37. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos en hombres - ciudad 2007-	104
Gráfico nº 38. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos en mujeres - ciudad 2007-	106
Gráfico nº 39. Tasas específicas de tumores sólidos por sexos y edad – ciudad 2007-	108
Gráfico nº 40. Datos demográficos ciudad de Salamanca año 2008	109
Gráfico nº 41. Pirámide poblacional ciudad de Salamanca año 2008	110
Gráfico nº 42. Tumores sólidos en la ciudad de Salamanca en el año 2008	111
Gráfico nº 43. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos - ciudad año 2008-	112
Gráfico nº 44. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos en hombres - ciudad 2008-	114
Gráfico nº 45. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos en mujeres - ciudad 2008-	116
Gráfico nº 46. Tasas específicas de tumores sólidos por sexos y edad – ciudad 2008-	118
Gráfico nº 47. Tasas de Incidencia (PE) de tumores sólidos en la ciudad 2006-2008	119
Gráfico nº 48. Tasas de Incidencia (PE) de los distintos T. sólidos en la ciudad 2006-2008.....	120
Gráfico nº 49. Tasas de Incidencia (PE) de los distintos T. sólidos en hombres en la ciudad 2006-2008	122
Gráfico nº 50. Tasas de Incidencia (PE) de los distintos T. sólidos en mujeres en la ciudad 2006-2008	124
Gráfico nº 51. Datos demográficos zona rural año 2006	127
Gráfico nº 52. Pirámide poblacional zona rural año 2006.....	128
Gráfico nº 53. Tumores sólidos en la zona rural en el año 2006.....	129
Gráfico nº 54. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos - zona rural año 2006-.....	130
Gráfico nº 55. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos en hombres - zona rural año 2006-	132
Gráfico nº 56. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos en mujeres - zona rural año 2006-	134
Gráfico nº 57. Tasas específicas de tumores sólidos por sexos y edad – zona rural año 2006-	136
Gráfico nº 58. Datos demográficos zona rural año 2007	137
Gráfico nº 59. Pirámide poblacional zona rural año 2007.....	138
Gráfico nº 60. Tumores sólidos en la zona rural en el año 2007.....	139
Gráfico nº 61. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos - zona rural año 2007-.....	140
Gráfico nº 62. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos en hombres - zona rural año 2007-	142
Gráfico nº 63. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos en mujeres - zona rural año 2007-	144
Gráfico nº 64. Tasas específicas de tumores sólidos por sexos y edad – zona rural año 2007-	146
Gráfico nº 65. Datos demográficos zona rural año 2008	147
Gráfico nº 66. Pirámide poblacional zona rural año 2008.....	148
Gráfico nº 67. Tumores sólidos en la zona rural en el año 2008.....	149
Gráfico nº 68. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos - zona rural año 2008-.....	150
Gráfico nº 69. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos en hombres - zona rural año 2008-	152
Gráfico nº 70. Tasas de incidencia (PE) de tumores sólidos en mujeres - zona rural año 2008-	154
Gráfico nº 71. Tasas específicas de tumores sólidos por sexos y edad – zona rural año 2008-	156

Gráfico nº 72. Tasas de Incidencia (PE) de tumores sólidos en la zona rural 2006-2008.....	157
Gráfico nº 73. Tasas de Incidencia (PE) de los distintos T. sólidos en la zona rural 2006-2008	158
Gráfico nº 74. Tasas de Incidencia (PE) de los distintos T. sólidos en hombres en la zona rural 2006-2008	160
Gráfico nº 75. Tasas de Incidencia (PE) de los distintos T. sólidos en mujeres en la zona rural 2006-2008	162
Gráfico nº 76. Comparación tasas de incidencia de la ciudad y de la zona rural (2006-2008)	165
Gráfico nº 77. Comparación de las tasas de incidencia de hombres de la ciudad y de la zona rural (2006-2008).....	166
Gráfico nº 78. Comparación de las tasas de incidencia de mujeres de la ciudad y de la zona rural (2006-2008).....	167
Gráfico nº 79. Tasas de incidencia de cáncer de mama provincia de Salamanca (2006-2008).....	170
Gráfico nº 80. Tasas de incidencia de cáncer de mama ciudad-zona rural (2006-2008).....	171
Gráfico nº 81. Tasas de incidencia de cáncer colorrectal provincia de Salamanca (2006-2008).....	174
Gráfico nº 82. Tasas de incidencia de cáncer colorrectal ambos sexos Salamanca (2006-2008).....	175
Gráfico nº 83. Tasas de incidencia de cáncer colorrectal ciudad-zona rural (2006-2008)	175
Gráfico nº 84. Tasas de incidencia de cáncer colorrectal hombre-mujer ciudad (2006-2008).....	176
Gráfico nº 85. Tasas de incidencia de cáncer colorrectal hombre-mujer zona rural (2006-2008)	177
Gráfico nº 86. Tasas de incidencia de cáncer de próstata provincia de Salamanca (2006-2008).....	180
Gráfico nº 87. Tasas de incidencia de cáncer de próstata ciudad-zona rural (2006-2008).....	180
Gráfico nº 88. Tasas de incidencia de cáncer de pulmón provincia de Salamanca (2006-2008)	183
Gráfico nº 89. Tasas de incidencia de cáncer de pulmón ambos sexos Salamanca (2006-2008).....	183
Gráfico nº 90. Tasas de incidencia de cáncer de pulmón ciudad-zona rural (2006-2008)	184
Gráfico nº 91. Tasas de incidencia de cáncer de pulmón hombre-mujer ciudad (2006-2008).....	185
Gráfico nº 92. Tasas de incidencia de cáncer de pulmón hombre-mujer zona rural (2006-2008)	185
Gráfico nº 93. Tasas de incidencia de cáncer urotelial en la provincia de Salamanca (2006-2008)	189
Gráfico nº 94. Tasas de incidencia de cáncer urotelial ambos sexos Salamanca (2006-2008)	189
Gráfico nº 95. Tasas de incidencia de cáncer de urotelial ciudad-zona rural (2006-2008)	190
Gráfico nº 96. Tasas de incidencia de cáncer de urotelial hombre-mujer ciudad (2006-2008).....	190
Gráfico nº 97. Tasas de incidencia de cáncer de urotelial hombre-mujer zona rural (2006-2008)	191
Gráfico nº 98. Tasas de incidencia de cáncer de C. cuello provincia de Salamanca (2006-2008).....	194
Gráfico nº 99. Tasas de incidencia de cáncer de C. cuello ambos sexos Salamanca (2006-2008).....	195
Gráfico nº 100. Tasas de incidencia de cáncer de C. cuello ciudad-zona rural (2006-2008)	195
Gráfico nº 101. Tasas de incidencia de cáncer de C. cuello hombre-mujer ciudad (2006-2008).....	196
Gráfico nº 102. Tasas de incidencia de cáncer de C. cuello hombre-mujer zona rural (2006-2008) ...	196
Gráfico nº 103. Tasas de incidencia de cáncer gástrico en la provincia de Salamanca (2006-2008)...	200
Gráfico nº 104. Tasas de incidencia de cáncer gástrico ambos sexos Salamanca (2006-2008).....	200
Gráfico nº 105. Tasas de incidencia de cáncer gástrico ciudad-zona rural (2006-2008).....	201
Gráfico nº 106. Tasas de incidencia de cáncer gástrico hombre-mujer ciudad (2006-2008)	201
Gráfico nº 107. Tasas de incidencia de cáncer gástrico hombre-mujer zona rural (2006-2008).....	202
Gráfico nº 108. Tasas de incidencia de cáncer de endometrio provincia Salamanca (2006-2008)	204

Gráfico nº 109. Tasas de incidencia de cáncer de endometrio ciudad-zona rural (2006-2008)	205
Gráfico nº 110. Tasas de incidencia de cáncer de cérvix provincia de Salamanca (2006-2008)	207
Gráfico nº 111. Tasas de incidencia de cáncer de cérvix ciudad-zona rural (2006-2008)	208
Gráfico nº 112. Tasas de incidencia de cáncer de ovario provincia de Salamanca (2006-2008)	210
Gráfico nº 113. Tasas de incidencia de cáncer de ovario ciudad-zona rural (2006-2008)	211
Gráfico nº 114. Tasas de incidencia de melanoma en la provincia de Salamanca (2006-2008)	214
Gráfico nº 115. Tasas de incidencia de melanoma en ambos sexos Salamanca (2006-2008).....	214
Gráfico nº 116. Tasas de incidencia de melanoma ciudad-zona rural (2006-2008).....	215
Gráfico nº 117. Tasas de incidencia de melanoma hombre-mujer ciudad (2006-2008).....	215
Gráfico nº 118. Tasas de incidencia de melanoma hombre-mujer zona rural (2006-2008)	216
Gráfico nº 119. Tasas de incidencia de sarcomas en la provincia de Salamanca (2006-2008)	218
Gráfico nº 120. Tasas de incidencia de sarcomas en ambos sexos Salamanca (2006-2008)	218
Gráfico nº 121. Tasas de incidencia de sarcomas ciudad-zona rural (2006-2008).....	219
Gráfico nº 122. Tasas de incidencia de sarcomas hombre-mujer ciudad (2006-2008)	219
Gráfico nº 123. Tasas de incidencia de sarcoma hombre-mujer zona rural (2006-2008)	220
Gráfico nº 124. Tasas de incidencia de cáncer de tiroides en Salamanca (2006-2008)	221
Gráfico nº 125. Tasas de incidencia de cáncer de tiroides ambos sexos Salamanca (2006-2008).....	221
Gráfico nº 126. Tasas de incidencia de cáncer de tiroides ciudad-zona rural (2006-2008)	222
Gráfico nº 127. Tasas de incidencia de cáncer de tiroides hombre-mujer ciudad (2006-2008)	222
Gráfico nº 128. Tasas de incidencia de cáncer de tiroides hombre-mujer zona rural (2006-2008).....	223
Gráfico nº 129. Tasas de incidencia cáncer de riñón en la provincia de Salamanca (2006-2008)	224
Gráfico nº 130. Tasas de incidencia cáncer de riñón en ambos sexos Salamanca (2006-2008).....	224
Gráfico nº 131. Tasas de incidencia cáncer de riñón ciudad-zona rural (2006-2008).....	225
Gráfico nº 132. Tasas de incidencia cáncer de riñón hombre-mujer ciudad (2006-2008)	225
Gráfico nº 133. Tasas de incidencia cáncer de riñón hombre-mujer zona rural (2006-2008).....	226
Gráfico nº 134. Tasas de incidencia cáncer de esófago en la provincia de Salamanca (2006-2008) ...	227
Gráfico nº 135. Tasas de incidencia cáncer de esófago en ambos sexos Salamanca (2006-2008).....	227
Gráfico nº 136. Tasas de incidencia cáncer de esófago ciudad-zona rural (2006-2008).....	228
Gráfico nº 137. Tasas de incidencia cáncer de esófago hombre-mujer ciudad (2006-2008)	228
Gráfico nº 138. Tasas de incidencia cáncer de esófago hombre-mujer zona rural (2006-2008).....	229
Gráfico nº 139. Tasas de incidencia C. de hígado y V.B. provincia de Salamanca (2006-2008).....	230
Gráfico nº 140. Tasas de incidencia C. de hígado y V.B. ambos sexos Salamanca (2006-2008)	230
Gráfico nº 141. Tasas de incidencia C. de hígado y V.B. ciudad-zona rural (2006-2008).....	231
Gráfico nº 142. Tasas de incidencia C. de hígado y V.B. hombre-mujer ciudad (2006-2008)	231
Gráfico nº 143. Tasas de incidencia C. de hígado y V.B. hombre-mujer zona rural (2006-2008).....	232
Gráfico nº 144. Tasas de incidencia de páncreas en la provincia de Salamanca (2006-2008)	233
Gráfico nº 145. Tasas de incidencia cáncer de páncreas en ambos sexos Salamanca (2006-2008).....	233

Gráfico nº 146. Tasas de incidencia cáncer de páncreas ciudad-zona rural (2006-2008)	234
Gráfico nº 147. Tasas de incidencia cáncer de páncreas hombre-mujer ciudad (2006-2008).....	234
Gráfico nº 148. Tasas de incidencia cáncer de páncreas hombre-mujer zona rural (2006-2008)	235
Gráfico nº 149. Tasas de incidencia cáncer de S. nervioso provincia de Salamanca (2006-2008)	236
Gráfico nº 150. Tasas de incidencia cáncer de S. nervioso ambos sexos Salamanca (2006-2008).....	236
Gráfico nº 151. Tasas de incidencia cáncer de S. nervioso ciudad-zona rural (2006-2008)	237
Gráfico nº 152. Tasas de incidencia cáncer de S. nervioso hombre-mujer ciudad (2006-2008).....	237
Gráfico nº 153. Tasas de incidencia cáncer de S. nervioso hombre-mujer zona rural (2006-2008)	238
Gráfico nº 154. Tasas de incidencia de cáncer de vulva provincia de Salamanca (2006-2008).....	239
Gráfico nº 155. Tasas de incidencia de cáncer de vulva ciudad-zona rural (2006-2008).....	239
Gráfico nº 156. Tasas de incidencia de cáncer de testículo provincia de Salamanca (2006-2008).....	241
Gráfico nº 157. Tasas de incidencia de cáncer de testículo ciudad-zona rural (2006-2008).....	241
Gráfico nº 158. Tasas de incidencia de C. de I. delgado en la provincia de Salamanca (2006-2008)..	243
Gráfico nº 159. Tasas de incidencia cáncer de I. delgado ambos sexos Salamanca (2006-2008).....	243
Gráfico nº 160. Tasas de incidencia cáncer de I. delgado ciudad-zona rural (2006-2008)	244
Gráfico nº 161. Tasas de incidencia cáncer de I. delgado hombre-mujer ciudad (2006-2008).....	244
Gráfico nº 162. Tasas de incidencia cáncer de I. delgado hombre-mujer zona rural (2006-2008)	245
Gráfico nº 163. Tasas de incidencia de cáncer de origen desconocido en la provincia de Salamanca (2006-2008).....	246
Gráfico nº 164. Tasas de incidencia cáncer de origen desconocido en ambos sexos Salamanca (2006-2008).....	246
Gráfico nº 165. Tasas de incidencia cáncer de origen desconocido ciudad-zona rural (2006-2008)	247
Gráfico nº 166. Tasas de incidencia cáncer de origen desconocido hombre-mujer ciudad (2006-2008).....	247
Gráfico nº 167. Tasas de incidencia cáncer de origen desconocido hombre-mujer en la zona rural (2006-2008).....	248
Gráfico nº 168. Tasas de incidencia de L. P. F. en la provincia de Salamanca (2006-2008)	249
Gráfico nº 169. Tasas de incidencia cáncer de L. P. F. ambos sexos Salamanca (2006-2008).....	249
Gráfico nº 170. Tasas de incidencia cáncer de L. P. F. ciudad-zona rural (2006-2008)	250
Gráfico nº 171. Tasas de incidencia cáncer de L. P. F. hombre-mujer ciudad (2006-2008).....	250
Gráfico nº 172. Tasas de incidencia cáncer de L. P. F. hombre-mujer zona rural (2006-2008).....	251
Gráfico nº 173. Tasas de incidencia de cáncer de vagina provincia de Salamanca (2006-2008).....	252
Gráfico nº 174. Tasas de incidencia de cáncer de vagina ciudad-zona rural (2006-2008).....	252
Gráfico nº 175. Tasas de incidencia de cáncer de pene provincia de Salamanca (2006-2008).....	254
Gráfico nº 176. Tasas de incidencia de cáncer de pene ciudad-zona rural (2006-2008).....	254
Gráfico nº 177. Tasas específicas de incidencia de cáncer de mama provincia (2006-2008)	271

ÍNDICE DE MAPAS.

Mapa nº 1. Registros poblacionales de cáncer españoles.....	22
Mapa nº 2. Tasas de incidencia de tumores sólidos en hombres.....	262
Mapa nº 3. Tasas de incidencia de tumores sólidos en mujeres.....	264
Mapa nº 4. Cáncer de mama en mujeres	269
Mapa nº 5. Cáncer colorrectal en hombres.....	273
Mapa nº 6. Cáncer colorrectal en mujeres.....	275
Mapa nº 7. Cáncer de próstata.....	277
Mapa nº 8. Cáncer de pulmón en hombres.....	281
Mapa nº 9. Cáncer de pulmón en mujeres.....	282
Mapa nº 10. Cáncer urotelial en hombres	288
Mapa nº 11. Cáncer urotelial en mujeres	289
Mapa nº 12. Cáncer de cabeza y cuello en hombres	291
Mapa nº 13. Cáncer de cabeza y cuello en mujeres	292
Mapa nº 14. Cáncer gástrico en hombres	295
Mapa nº 15. Cáncer gástrico en mujeres	296
Mapa nº 16. Cáncer de endometrio	299
Mapa nº 17. Cáncer de cérvix	301
Mapa nº 18. Cáncer de ovario	303
Mapa nº 19. Cáncer melanoma en hombres	305
Mapa nº 20. Cáncer melanoma en mujeres	306
Mapa nº 21. Sarcomas en hombres	308
Mapa nº 22. Sarcomas en mujeres.....	309
Mapa nº 23. Cáncer de tiroides en hombres.....	311
Mapa nº 24. Cáncer de tiroides en mujeres	312
Mapa nº 25. Cáncer de riñón en hombres	315
Mapa nº 26. Cáncer de riñón en mujeres.....	316
Mapa nº 27. Cáncer de esófago en hombres	318

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1 EPIDEMIOLOGÍA –CONCEPTOS–.

La epidemiología es, en la aceptación más común, el estudio de las epidemias. El significado etimológico deriva del griego Epi (sobre) Demos (Pueblo) y Logos (Ciencia) (Rada G. 2007).

Una definición técnica de este concepto diría que la epidemiología es “el estudio de de la distribución y determinantes de enfermedades en la población humana” es decir, estudia la manera en que los problemas de salud y enfermedad se distribuyen en la población, e investiga los factores que hacen que la salud y la enfermedad se repartan de una manera determinada en los distintos grupos de población (Rada G. 2007).

El padre de la epidemiología moderna fue John Snow, este científico con el empleo del método científico, apporto importantes investigaciones para el control de las epidemia de cólera que asolaron Londres en el S-XIX (Jaime Cerda L. y Gonzalo Valdivia C., 2007).

La epidemiología nació en relación al estudio de las grades enfermedades epidémicas que azotaron a la humanidad en siglos pasados, tales como la peste, el cólera, la viruela, etc., Es decir, surgió para el estudio de las enfermedades trasmisibles, aunque una vez que estas enfermedades fueron erradicadas o controladas, la epidemiología, se dedicó al estudio de otros grandes problemas de salud, tales como: los accidentes de tráfico, las enfermedades crónicas, nuevas enfermedades infecciosas surgidas en el siglo XX, y por supuesto, para el estudio del cáncer (López Moreno S, y cols. 2000).

En la actualidad, se define a la epidemiología, como la disciplina que estudia la enfermedad en las poblaciones humanas siendo por lo tanto es una disciplina de las ciencias de la salud (Rada G. 2007).

El método epidemiológico consta de cinco fases:

- Una primera fase que observa y describe el fenómeno a estudiar y que a su vez requiere un buen sistema de recogida de datos que permita dar una información veraz sobre la distribución de una enfermedad en una población determinada.
- En una segunda fase, se clasifican los datos obtenidos mediante la elaboración de tablas y gráficos, para así, obtener una información ordenada y proceder a su análisis (epidemiología descriptiva).
- En una tercera fase se elabora una hipótesis que consiste en emitir una opinión de los motivos por el que se ha producido el suceso que se está estudiando (epidemiología analítica).
- En una cuarta fase se verifica la hipótesis (epidemiología experimental)
- En una quinta y última fase, se emite un informe una vez que ha sido verificada la hipótesis.

Dentro de las herramientas a utilizar dentro de la epidemiología, tenemos los distintos tipos de medidas a emplear y en concreto vamos a definir las principales medidas de frecuencia y que tienen por objeto cuantificar la ocurrencia de enfermedades u otras características en relación a la salud de una población.

Para ello, podemos usar valores absolutos, que sería el recuento de los casos de una determinada enfermedad, o valores relativos que consiste en relacionar los casos cuantificados, con la población de la que se han obtenido, llegando de esta manera, al

concepto de “tasa” y que se define como una forma de proporción que tienen en cuenta el factor tiempo.

Dentro de la epidemiología descriptiva se utilizan principalmente la tasa de incidencia, la tasa de prevalencia y la tasa de mortalidad:

- Tasa de incidencia: Número de casos nuevos que aparecen en una determinada comunidad en un periodo de tiempo establecido, en relación con la población total viva en ese mismo periodo de tiempo.
- Tasa de prevalencia: Número de personas que padecen una enfermedad en un determinado momento en relación con la población total viva.
- Tasa de mortalidad: Número de muertes como consecuencia de una enfermedad durante un periodo de tiempo en relación con la población total viva en ese mismo periodo de tiempo.

Una vez que se conocen las distintas tasas, una de las actividades más frecuentes que se encuentran en los estudios epidemiológicos, es el ajuste de tasas.

Si queremos comparar dos poblaciones, la comparación de sus tasas brutas sería engañosa, debido a que la distribución de estas poblaciones no son similares, es decir, la distribución de los individuos de los distintos grupos de edad que componen su pirámide poblacional no son homogéneos. De tal manera que si comparásemos las tasas brutas de dos poblaciones, el hecho de que una de ellas presente una tasa de incidencia mayor que otra, no quiere decir que tenga una incidencia mayor –podría incluso tenerla inferior- (Choi B.C.K., 1999).

Para resolver este problema en el siglo XIX se desarrollan los métodos de ajuste de tasas. La tasa ajustada es una medida que resume las tasas específicas en los distintos estratos de la variable como puede ser por ejemplo la edad. La tasa ajustada es una media ponderada de las tasas específicas de la población en estudio donde los pesos de los distintos estratos de la población, proceden de una población de referencia llamada estándar (Choi B.C.K., 1999).

Las distintas razones para el ajuste de tasas, se basan en que un único índice resumen para una población es más fácilmente comparable con otro índice resumen de otra población. Igualmente, hay que considerar que si algunos estratos de la población en estudio está compuesto por un pequeño número de individuos, las tasa específicas correspondientes, pueden ser no fiables para compararlas (Fleiss JL., 1981).

Para el ajuste de tasas por edad se recurre a dos métodos:

El método directo, que consiste en aplicar las tasas específicas de las poblaciones en estudio a una misma población hipotética llamada estándar. Y el método indirecto, que compara el número observado de casos en una población, con el número esperado que se obtiene al aplicar las tasas específicas de una población de referencia a cada uno de los estratos de población de la población a estudiar (Silva Aycaguer L.C., y cols., 2003).

Para estandarizar tasas se utilizan poblaciones estándar de dos tipos: internas y externas. Las poblaciones estándar internas se obtienen de los propios datos que se van a utilizar en el análisis, por ejemplo, la media de todas las poblaciones cuyas tasas brutas se van a ajustar pero, tiene como inconveniente, que las tasas ajustadas que se obtendrían no se podrían compara con tasas ajustadas usando otras poblaciones estándar. Las poblaciones estándar externas son aquellas obtenidas de fuentes ajenas a los datos del análisis y principalmente se utilizan las propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las propuestas por la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC), (Choi BCK., 1999).

1.2. EPIDEMIOLOGÍA Y CÁNCER.

1.2.1 EL CÁNCER EN EL MUNDO.

Según un informe emitido por la Organización Mundial de la Salud, el cáncer es la principal causa de muerte en el mundo y el número total de nuevos casos a nivel mundial va en aumento (OMS 2009).

La incidencia del cáncer en el mundo podría aumentar un 50% y pasar de 10 millones de casos nuevos en el año 2000 a 15 millones en el año 2020.

Entre 2007 y 2030, se prevé que las muertes por cáncer aumenten un 45%, y se pase de 7,9 millones de muertes a 11,5 millones, esto es debido en parte, al envejecimiento de la población mundial. Es por tanto, que el cáncer constituye uno de los mayores problemas de salud del mundo, constituyendo una verdadera epidemia de nuestros tiempos (OMS 2009).

En muchos países desarrollados, el cáncer es la primera causa de muerte seguida de las enfermedades cardiovasculares y en los países en desarrollo la incidencia de esta enfermedad va en aumento conformando más de la mitad de los casos de cáncer a nivel mundial (53%).

En los países desarrollados y atendiendo a la población global, el cáncer más frecuente es el de pulmón, seguido del cáncer de mama y el colorrectal. En hombres el más frecuente es el de pulmón y en mujeres el de mama.

En los países subdesarrollados el cáncer más frecuente es el de pulmón, seguido del de estómago, el de mama y el hepático.

Según el informe de la OMS la posibilidad de desarrollar cáncer en los países desarrollados es más del doble que en los que se encuentran en desarrollo, pero en los países desarrollados, la tasa de mortalidad de cáncer es del 50% mientras que, en los países en desarrollo, la mortalidad es del 80% debido a que estos cánceres son diagnosticados en fase tardías e incurables. A esto se suman los programas de detección precoz para algunos tipos de cáncer con los que cuentan los países desarrollados que ha contribuido a que determinados

tipos de cáncer hayan reducido su mortalidad. En cambio, en países en vías de desarrollo la mortalidad de estos cánceres sigue aumentando.

Como contrapunto, tenemos que en un país desarrollado como es Estados Unidos, las tasas de supervivencia una vez diagnosticado el cáncer, son menores entre hombres y mujeres de origen africano que entre los otros grupos; el diagnóstico de cáncer en estadios tempranos es menos frecuente entre los descendientes de africanos que entre la población blanca. Además, los individuos de origen africano y los hispanos tienen una menor tasa de supervivencia a cinco años desde el momento que es diagnosticada la enfermedad que los de raza blanca, lo que puede indicar que hay una falta de homogeneidad en el acceso de estos grupos a una atención médica de buena calidad (Jemal A, y cols., 2004).

En EE.UU. la incidencia del cáncer y la tasa de mortalidad han disminuido por primera vez en la última década, como así lo asegura el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (NCI) en el informe anual a la nación, sobre los índices generales de cáncer entre los años 1975-2006 (Edwards BK, y cols., 2009).

En Estados Unidos se ha producido una disminución de las tasas de incidencia y de mortalidad en los hombres y mujeres en general y en la mayoría de las poblaciones raciales y étnicas. Estas disminuciones se deben principalmente a la disminución de la incidencia y de la mortalidad para los tres tipos de cáncer más común en hombres (pulmón, colorrectal y de próstata) y para dos de los tres principales tipos de cáncer en las mujeres (mama y colorrectal), añadido todo ello a una estabilización de las muertes por cáncer de pulmón, aumentando tan sólo las tasa de mortalidad por cáncer en aquellos estados donde existe una fuerte prevalencia del tabaquismo (Ahmedin J, y cols., 2008).

Con respecto a la supervivencia de las personas que padecen cáncer, se ha realizado el estudio CONCORD, que proporciona estimaciones de supervivencia de 1,9 millones de personas (mayores de 15 años) de 31 países. Este estudio analiza la supervivencia a cinco años de pacientes que les fueron diagnosticados de cáncer de mama, recto, colon y próstata en el periodo 1990-1994 y fueron seguidos hasta 1999, apreciando una variación de la supervivencia de cáncer muy variable entre los distintos países y que fue generalmente más alta en países como EE.UU., Australia, Japón y el norte, oeste y sur de Europa y menor en Argelia, Brasil y Europa Oriental (Coleman M, y cols., 2008).

Según el estudio CONCORD la supervivencia es más alta en EE.UU., pero, ¿estas cifras son reales?. Este estudio cubre el 42% de la población de Estados Unidos, pero de todos es sabido de las desigualdades de la cobertura sanitaria en este país. El gasto sanitario “per capita” es en EE.UU. de los más elevados del mundo, e igualmente, el gasto en investigación sobre el cáncer es muy elevada en relación a otros países desarrollados, pero por el contrario su sistema de salud se basa en la cobertura mediante seguros privados muy costosos que hace imposible la accesibilidad a un sistema de salud de calidad a muchos millones de norteamericanos y la supervivencia en pacientes con cáncer tiene una relación muy directa con el gasto sanitario.

Así y según el estudio CONCORD la supervivencia por cáncer es claramente menor en personas de raza negra en los 16 estados y 6 regiones metropolitanas en las que se realizó el estudio dentro de los EE.UU (Coleman M, y cols., 2008).

Las diferencias entre la cobertura sanitaria entre los países del norte, sur y oeste de Europa y EE.UU. explican las diferencias de la supervivencia por cáncer entre los Estados Unidos (mayor) y los países de Europa antes mencionados (Coleman M, y cols., 2008).

Para evaluar el impacto del cáncer en una población, hay que vigilar los cambios en la incidencia, la mortalidad y la supervivencia, y de esta manera establecer prioridades para mejorar la prevención y el tratamiento del cáncer (Borras J.M. y Baselga J., 2010).

Desde el siglo pasado han cobrado gran importancia en la investigación del cáncer los registros poblacionales. Estos registros, no sólo evalúan la eficacia de los sistemas de salud, sino que también constituyen un importante instrumento para predecir las tendencias de la incidencia y la prevalencia y de esta forma ordenar los recursos sanitarios (Borras J.M., Baselga J., 2010).

Los distintos registros que han surgido en muchos países del mundo, nos dan una información de suma importancia, pero estos registros para ser fiables deben recoger los datos de forma continua y sistemática, tratar adecuadamente esta información y elaborar los resultados.

Un registro de cáncer, se puede definir, como un sistema de recolección individualizada, continua y sistemática, de los datos inherentes a los casos de cáncer que ocurren en una población, constituyendo, una herramienta fundamental para la epidemiología y es a su vez, un instrumento relativamente económico para conocer la situación epidemiológica del cáncer en una población, ayudando a conocer los factores de riesgo, e identificando grupos de individuos con tasas elevadas y, a su vez, ofrecer soporte para el desarrollo de las hipótesis etiológicas (Capote Negrín L. G., 2005).

Podemos distinguir dos tipos de registros: Los registros de incidencia de cáncer y los registros de mortalidad.

De esta forma, desde principios del siglo pasado, empezaron a constituirse en algunos países, los primeros registros del cáncer.

En EE.UU. se inicia en 1935 el primer registro de cáncer, en concreto comenzó en el estado de Connecticut (Capote Negrín L. G., 2005).

Igualmente en los Estados Unidos de Norteamérica se realizó en 1937-1938 la primera encuesta nacional de casos de cáncer, repitiéndose en 1947-1971 y en 1969-1971. A partir de esta tercera encuesta se reconocen las limitaciones de estas encuestas y se llega a la conclusión de que los registros continuos son indispensables para la evaluación epidemiológica de los casos de cáncer (Capote Negrín L. G., 2005).

Pero el impulso más importante para la implantación de los registros de cáncer a nivel internacional, tuvo lugar en Copenhague en 1946, donde se realizó la Conferencia Internacional, que podría señalarse como la primera reunión internacional de registros de cáncer y en donde se propuso recomendar a la OMS la implantación de registros de cáncer a nivel mundial (Capote Negrín L. G., 2005).

Desde 1950 la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio recomendaciones para el establecimiento de registros de cáncer epidemiológicos.

En 1966 en Tokio se funda la International Agency for Research on Cancer (AIRC) con sede en Lyon (Francia), por una decisión del IX Congreso Internacional del Cáncer.

En EE.UU., la Sociedad Americana del Cáncer, los Centros para el Control de Enfermedades y la Prevención de Enfermedades (CDC), el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), y la Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer (NAACCR) colaboran cada año para proporcionar información actualizada sobre la distribución geográfica del cáncer y las tendencias en los Estados Unidos (Ahmedin J, y cols., 2008).

Igualmente, en distintos países de Latinoamérica, Asia, África y Oceanía además de Europa, existen registros de cáncer.

A nivel mundial existe desde hace años el proyecto GLOBOCAM cuyo objetivo es proporcionar estimaciones actuales de la incidencia y de la mortalidad causada por cáncer en 182 países del mundo. Estas estimaciones se basan en los datos mas recientes disponibles en IARC y la información disponible en Internet. Así y según este estudio, en el año 2008 murieron de cáncer en el mundo 7,6 millones de personas y fueron diagnosticados alrededor de 12,7 millones de nuevos casos. Siendo el cáncer de pulmón el más diagnosticado con 1,61 millones de casos, seguido del de mama con 1,38 millones y el colorrectal con 1,23 millones de casos. Las estimaciones para el año 2030, es que mueran de cáncer 13,2 millones de personas, casi el doble que en el año 2008 (Ferlay J., y cols., 2010).

En cuanto a la publicación de los resultados, existe una publicación internacional de gran prestigio que recoge los datos de incidencia de todos los registros de cáncer en el mundo, que cumplen, una serie de estándares internacionales para distintos periodos de tiempo. Este trabajo cuenta con varios volúmenes y se denomina: “Cancer Incidence in Five Continents” y en su volumen IX, recoge datos de 12 millones de casos de cáncer sacados de los registros existentes en 60 países de todo el mundo con excelentes parámetros de calidad y comparabilidad, recogiendo los tumores diagnosticados entre 1996 y 2002 (Curado M.P. y cols., 2007).

1.2.2 EL CANCER EN EUROPA.

En un contexto de aumento de las tasas de mortalidad por cáncer a mediados de la década de 1980. “Europa contra el Cáncer” supuso la respuesta de la Comunidad Europea para reducir la mortalidad por cáncer, mediante un ambicioso proyecto que pretendía reducir en un 15% esta mortalidad en el año 2000. Este ambicioso proyecto, recogía un programa de actividades y de investigación, que se centraba en la prevención (especialmente el control del tabaco), la investigación y la educación (Boyle P, y cols., 2003).

El Examen de las tendencias de la mortalidad por cáncer en Europa durante los últimos 30 años ha demostrado que, después de elevarse a largo plazo, la mortalidad de los cánceres más comunes, han disminuido desde finales de 1980 (Quin MJ y cols., 2003).

En la Unión Europea la mortalidad por cáncer, alcanzó su máxima cifra a finales de 1980 y fue disminuyendo en años sucesivos (Bossetti C. y cols., 2008).

En general, la mortalidad por cáncer en hombres, se estabilizó a partir de 1988 y empezó a disminuir en 1993-2003. En mujeres se ha producido una constante disminución desde principios de 1970. La disminución de la mortalidad por cáncer en hombres ha sido impulsada por la estabilización de los casos de cáncer de pulmón, producida desde finales de 1980, para disminuir a partir de ese año. Igualmente, han ido disminuyendo en años posteriores la mortalidad producida por cánceres relacionados con el tabaco como los cánceres de cabeza y cuello, esófago y vejiga. En mujeres, la mortalidad por cáncer de mama se estabilizó desde principios de 1990 y disminuyó a continuación. La mortalidad femenina disminuyó durante el periodo 1970-2003 para el cáncer colorrectal y de útero, mientras que aumentó en los últimos tres decenios para el de pulmón. En ambos sexos, la mortalidad disminuyó en 1970-2003 para el cáncer de estómago (Bossetti C. y cols., 2008).

En la Unión Europea se ha constatado en el periodo 1997-2002 una disminución de la mortalidad por cáncer colorrectal en hombres y en mujeres, así como la mortalidad por cáncer de mama en mujeres y de próstata en hombres. Pero, por el contrario, se ha encontrado un aumento de la mortalidad producida por cáncer de pulmón en mujeres. No obstante, en general, las tendencias recientes de mortalidad por cáncer en la Unión Europea son

alentadoras e indican que una reducción del 11% de la mortalidad total del cáncer desde el año 2000 hasta el 2015 es realista y posible (Levi F, y cols., 2007).

Con pocas excepciones, la mayoría de los países están experimentando una tendencia descendente en las tasas de mortalidad por cáncer, lo que parece que va a continuar en un futuro próximo. La continuidad de las labores de prevención, favorecerá el continuo descenso de las tasa de mortalidad en el futuro (Boyle P, y cols., 2003).

Según P. Boyle, las tasas de mortalidad en general tanto para hombres como para mujeres han descendido en la Unión Europea (cifras de 26 países, menos Chipre, que no tenía datos disponibles). Po este motivo, se puede hacer más énfasis en lugares, que aunque constituyen una excepción, la mortalidad para algunos tipos de cáncer, sigue aumentando tanto en hombres como en mujeres, como es el caso del cáncer de hígado para mujeres y el cáncer de páncreas para hombres y mujeres y, por supuesto, los aumentos de cáncer de pulmón en el sexo femenino, por lo que, estas tendencias en alza, son ahora más importantes, debido a que la mortalidad global por cáncer, está disminuyendo (Boyle, P. 2008).

En los últimos años, con la incorporación a la Unión Europea de países del este, se ha percibido un repunte de la mortalidad producida por algunos tipos de cánceres, debido a la incorporación de los datos epidemiológicos de estos países, como así lo avalan estudios recientes.

En un estudio, en el que se analiza la mortalidad de 17 tipos de cáncer en 21 países europeos desde mediados de la década de 1990, se verifica, una disminución general de los casos de muerte por cáncer en toda Europa. En cuanto a los cánceres relacionados con el tabaquismo, la mortalidad se reduce entre los hombres de los países del Norte, Oeste y Sur de Europa, pero aumentan tanto en hombres como en mujeres en Europa Central (Karim-Koss SE, y cols., 2008).

Otro estudio realizado en 34 países europeos y que analizó la mortalidad por cáncer en esos países durante el periodo 2000-2004 con una visión general de las tendencias de 1975-2004 y con los datos aportados por la Organización Mundial de la Salud, indica que se ha producido una disminución de la mortalidad por cáncer en todos los países estudiados, incluida Rusia, menos en Rumania. Este descenso de debe a la caída de la mortalidad por

cáncer de pulmón y otros cánceres relacionados con el hábito de fumar en los hombres, junto a los descensos del cáncer gástrico y colorrectal, y en mujeres por los descensos del cáncer de cérvix y de mama, principalmente en el Norte y Oeste de Europa (La Vecchia y cols., 2009).

Las diferencia de tasas de mortalidad entre la antigua Unión Europea de los 15 (Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, España, Suecia y Reino Unido) y los nuevos países incorporados más recientemente (Bulgaria, República Checa, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia, Rumania, Eslovaquia y Eslovenia), son una imagen de la diferencia entre sus sistemas de salud, como a sí lo atestigua el profesor Witold Zatonski (Varsovia) en un estudio realizado en la Europa Central y Oriental. Por todo ello, es necesaria una intervención que acabe con estas diferencias dentro de la actual Unión Europea (Boyle P., 2008).

Un importante proyecto europeo de investigación epidemiológica a gran escala y que comenzó en 1989 con el fin de cuantificar y evaluar la supervivencia por cáncer en Europa, es el proyecto EUROCORE (European Cancer Registry Study of Survival and Care of Cancer Patients). Este estudio se basa en una colaboración establecida en 1989 entre el Instituto Nazionale Tumori (Milán, Italia), el Instituto Superiore di Sanità (Roma, Italia) y gran número de registros poblacionales de cáncer, de 12 países europeos, con los datos disponibles de incidencia y supervivencia (Berrino F, y cols., 1995).

Del proyecto EUROCORE se han desarrollado hasta el momento cuatro estudios:

En el EUROCORE-1 se ha analizado la supervivencia de 800.000 pacientes que fueron diagnosticados de cáncer entre 1978 y 1985, haciendo un seguimiento de su evolución, hasta 1990. Los datos fueron obtenidos de 30 registros poblacionales de cáncer de 12 países europeos (Berrino F, y cols., 1995).

En el EUROCORE-2, se analizó la supervivencia de 1,3 millones de pacientes diagnosticados de cáncer entre 1985 y 1989 y que fueron seguidos hasta 1994. Estos datos provenían de 45 registros poblacionales de 17 países europeos (Berrino F, y cols., 1999).

En el EUROCORE-3 se analizan 1,8 millones de adultos y 24.000 niños diagnosticados de cáncer durante los años 1990-1994 y que fueron seguidos hasta 1999. Los

datos obtenidos en el caso de los adultos, fueron los provenientes de 56 registros de cáncer de 20 países europeos (Michelli A, y cols., 2003).

En el EURO CARE-4, participan 83 registros de cáncer de 23 países, y se analizan 2.700.000 pacientes diagnosticados entre 1995 y 1999, presentándose los datos de cada país participante y para Europa en su conjunto, en relación a la supervivencia para ocho tipos de tumores (testículo, melanoma, linfoma de Hodgkin, mama, próstata, colorrectal, ovario y pulmón) (Berrino y cols., 2007).

Según estos estudios, la supervivencia al cáncer a lo largo de los años ha ido aumentando en todos los países europeos, pero todavía se encuentran importantes diferencias entre los distintos países, sobretodo, en aquellos tumores que tienen una incidencia mayor. Esta diferencia se hace más evidente entre los países de Europa del este y los países nórdicos y de Europa occidental, debido a una mayor disposición en los países del norte y oeste de Europa de sistemas de detección precoz y de una mayor disponibilidad de tratamientos más eficaces.

Pero en Europa, si bien la mortalidad por cáncer en términos generales, y hasta el momento actual, ha ido disminuyendo y la supervivencia va aumentando, la incidencia producida por esta enfermedad, esta aumentando. Así, desde el año 2004 al 2006, los casos de cáncer han aumentado en 300.000, con un total de 3,2 millones de nuevos casos (el 53% en hombres y el 47% en mujeres) (Ferlay j, y cols., 2007).

El cáncer sigue siendo un importante problema de salud pública en Europa, y el envejecimiento de la población europea, hará que estos números, continúen aumentando (Ferlay j, y cols., 2007).

De todos los cánceres diagnosticados en el mundo, el 25% son diagnosticados en Europa, con el agravante de que la población europea, tan sólo supone el 10% de la población mundial, pero también debemos considerar que más de un tercio de la población anciana reside en Europa (Cruz Hernández J.J, y cols., 2008).

Europa es una de las zonas a nivel mundial en la que se produce una destacada incidencia de cáncer, aunque por otro lado, cuenta con numerosos registros de cáncer que dan

datos fiables de la evolución de esta enfermedad. No obstante, la implantación de estos registros ha sido desigual en los distintos países europeos.

El primer registro europeo de cáncer, se intentó en Londres en 1728 y en 1900. Se trató, también sin éxito, de hacer un registro en Alemania de todos los pacientes en tratamiento de cáncer (Jensen O.M, y cols., 1995).

En Alemania, en la ciudad de Hamburgo se estableció en 1926 el primer registro moderno de cáncer, aunque hasta 1929 no fue reconocido oficialmente por el departamento de salud pública de la ciudad (Capote Negrín L. G., 2005).

El primer registro europeo de extensión nacional se estableció en Dinamarca en 1942, por iniciativa de J. Clemmesen (Capote Negrín L. G., 2005).

En el año 1990, se puso en marcha en la Unión Europea, la “Red Europea de Registros de Cáncer” que tiene como fin, mejorar la comparabilidad de los datos de registro de cáncer y ampliar a todos los países de la UE estos registros, con el fin, de crear una base sólida para el estudio epidemiológico de esta enfermedad en toda la Unión Europea. Aportando datos sobre la incidencia y mortalidad de los distintos tipos de cáncer por grupos de edad y sexo.

Según el estudio GLOBOCAN 2008, que recoge datos sobre incidencia y mortalidad. En Europa en el año 2008, murieron un total de 1.721.828 personas como consecuencia del cáncer y fueron diagnosticados de esta enfermedad 3.223.840 personas de ambos sexos. El tipo de cáncer que más se diagnosticó si sumamos los casos diagnosticados en hombres y mujeres, fue el cáncer colorrectal con 431.278 casos, seguido del cáncer de mama con 424.755 nuevos casos, el de pulmón con 389.382 y el cáncer de próstata con 389.382. Si consideramos los dos sexos por separado, en hombres, el más incidente fue el cáncer de próstata con 385.308 casos, seguido del de pulmón con 289.308 y el colorrectal con 229.030 casos. En relación al sexo femenino, el cáncer con más incidencia fue el de mama con 424.755 casos, el colorrectal con 202.248 casos, el de pulmón con 100.074 y el de cuerpo de útero con 86.746 nuevos casos (Ferlay J., y cols., 2010).

1.2.3 EL CANCER EN ESPAÑA.

En el año 2008 la segunda causa de muerte en España, fueron los tumores, con 103.999 fallecimientos, lo que supone el 26, 92% del total (INE 2008).

En hombres la primera causa de muerte en 2008 fue el cáncer. Dentro de los distintos tumores, el que más muertes produjo fue el de bronquio y pulmones con 17.146 muertos (0,2% menos que en el 2007), seguido del cáncer colorrectal con 5.973 fallecidos (un aumento del 1%) y el de próstata con 5.464 muertes (un 2,1 % menos que el año anterior) (INE 2008).

Entre las mujeres, las defunciones debidas a tumores malignos, ocuparon el segundo lugar de todas las causas de muerte, siendo el cáncer de mama el que más mortalidad produjo, con 6.041 fallecimientos (un 1,1% más que en el año 2007), seguido del cáncer colorrectal con 4.629 fallecimientos, el de pulmón y bronquios con 3.049 y el de páncreas con 2.454 (INE 2008).

En el año 2007 murieron como causa de algún tipo de tumor, un total de 99.736 personas, de las que 62.430 eran hombres y 37.333 eran mujeres (Fuente: Centro Nacional de Epidemiología del Instituto Carlos III).

Con respecto al sexo masculino en el año 2007 el tumor que causó más muertes, fue el cáncer de pulmón, seguido del colorrectal y el de próstata. En cuanto al sexo femenino, el tumor más mortal sigue siendo el de mama, seguido en segundo lugar por el cáncer colorrectal (Fuente: Centro Nacional de Epidemiología del Instituto Carlos III).

En el año 2006 el cáncer constituye la segunda causa de muerte en nuestro país. Las defunciones globales por tumores representaron el 26, 5% del total de muertes y si atendemos a los distintos sexos, supusieron el 31,6% en hombres y el 20,8% en mujeres.

En 2005 murieron en España 96.499 personas de cáncer, de las que 60.701 eran hombres y 35.789 eran mujeres (Fuente: Asociación Española Contra el Cáncer).

El estudio de la mortalidad es una herramienta muy utilizada para analizar las tendencias temporales de distintas enfermedades, entre ellas el cáncer. Estudiar la mortalidad es un instrumento válido, debido a la universalidad de sus registros, la estabilidad a largo plazo de los criterios de clasificación y codificación y por la disponibilidad de los datos (López-Abente G y cols., 2002).

Los datos de los estudios de mortalidad provienen del certificado de defunción, que se genera siempre y sobre el que existen normas protocolizadas de codificación comunes para todos los países (Clasificación Internacional de Enfermedades) (López-Abente y cols., 1996).

En España desde hace años se han realizado importantes estudios epidemiológicos sobre mortalidad por cáncer basándose como hemos mencionado anteriormente, en los datos del certificado de defunción y también en los datos del Boletín Estadístico de Defunción.

Ya a principios del S-XX se inició en España la lucha contra el cáncer: La Corona Española decidió comenzar una campaña contra el cáncer. Se constituyó en 1922 el Instituto Príncipe de Asturias que más tarde se convertiría en el Instituto Nacional del Cáncer, y se puso como director a José Capdevilla Goyanes (Barros J.L., 1965).

José Capdevilla Goyanes realizó un estudio que fue publicado en 1925 titulado: “La mortalidad por cáncer en España durante los veinte primeros años del siglo actual” (Goyanes Capdevilla J, Die y Mas J., 1925).

Los datos sobre defunciones son una fuente de información universal y accesible, y por este motivo desde principios del siglo pasado se han realizado estudios epidemiológicos, basados en datos de mortalidad.

Estos trabajos tuvieron especial relevancia desde mediados del siglo pasado como los estudios realizados por Prieto Lorenzo sobre la mortalidad por tumores malignos en España (1951-1970) (Prieto Lorenzo A. 1976), o el estudio realizado por el mismo autor sobre la mortalidad por tumores malignos en España (1961-1970), pero haciendo referencia por provincias (Prieto Lorenzo A, Molina Mula. 1976).

También se han realizado estudios más completos sobre mortalidad por cáncer a nivel nacional en el periodo que va desde 1952 a 1986, pero estudiando el efecto de la edad, de la cohorte de nacimiento y del periodo de muerte (López Abente G, y cols., 1992).

Desde mediados de los años 70, se han elaborado en nuestro país algunos atlas de cáncer como el “Atlas del Cáncer en España” que fue publicado por López- Abente y cols. en el año 1984 y recogía la distribución provincial de los índices de mortalidad estandarizada en los años 1975, 1976 y 1977 (López-Abente y cols., 1996).

En el año 2001 se publica el “Atlas de mortalidad por cáncer y otras causas en España”, en el que se recogen la distribución provincial de la mortalidad producida en hombres y mujeres por 51 causas incluidas el cáncer, en el periodo 1978-1992 (López-Abente y Cols., 2001).

Estos estudios de mortalidad, han permitido observar, la evolución de la mortalidad producida por los distintos tumores, con el fin de contrastar las distintas zonas de nuestra geografía en la que se producen agrupamientos de los casos de cáncer.

Los estudios de mortalidad, nos permiten contrastar, como el cáncer es más frecuente en unas áreas que en otras, y en términos teóricos, es posible hacer descender la mortalidad hasta los niveles de las zonas con menores tasas de esta enfermedad. Por lo tanto, el objetivo esta en hallar las razones de estas diferencias y demostrarlas científicamente (López-Abente y cols., 1996).

En el año 2007 fue publicado el primer Atlas municipal de mortalidad por cáncer de nuestro país, que analizaba la mortalidad por los distintos tipos de cáncer en el decenio 1989-1998. En este estudio, realizado por el Instituto Nacional de Epidemiología del Instituto Carlos III, se describen agrupaciones de casos en zonas de Cádiz, Huelva y Cataluña, Asturias y País Vasco y que sólo se explican por la contaminación industrial, siendo hasta tres veces mayor, la posibilidad de contraer cáncer de pulmón, cabeza y cuello y tejido conjuntivo en estas zonas, que en otros lugares de la geografía española (López-Abente G, y cols., 2007).

En cambio, y según los datos obtenidos en este estudio, los tumores de útero aparecen con más frecuencia en la zona del mediterráneo, relacionándolo los investigadores con la

promiscuidad sexual. En Castilla y León aparecen más casos de cáncer gástrico, relacionándolo con el tipo de dieta (López-Abente G, y cols., 2007).

En los distintos estudios epidemiológicos sobre el cáncer, los estudios sobre mortalidad han sido hasta hace pocos años los que con sus análisis, marcaban las tendencias de la enfermedad, pero desde hace varios años han cobrado especial relevancia los estudios sobre incidencia, que son los que realmente nos dan datos sobre la evolución del cáncer en la población y nos ayuda a contrastar la eficacia de los programas de prevención, que se basan en la detección precoz, así como la eficacia de las medidas terapéuticas.

Los estudios epidemiológicos sobre mortalidad, pueden dar una falsa esperanza, debido, a que la mortalidad puede verse disminuida para muchos tumores como consecuencia de los avances terapéuticos, pero por el contrario la incidencia sigue aumentando (López-Abente y cols., 2002).

Según el estudio EURO CARE-4, el 46% de los hombres y el 58% de las mujeres que son diagnosticados de cáncer en nuestro país (en el periodo 1995-1999), sobreviven más de 5 años. La supervivencia del cáncer en España, esta en la media europea, pero para algún tipo de cáncer se sitúa por encima de esta media (Verdecchia A, y cols., 2007).

En el informe EURO CARE-4, se indica que en España la supervivencia ha mejorado para los distintos tipos de cáncer, con respecto al informe EURO CARE-3 que estudiaba los casos diagnosticados entre 1990 y 1994 (Verdecchia A, y cols., 2007).

En los estudios de epidemiología descriptiva, la incidencia, es la mejor medida para conocer las tendencias del riesgo de padecer cáncer en una población. Los datos obtenidos sobre incidencia constituyen un arma bastante fiable para movilizar los recursos necesarios basados en una detección precoz de los distintos tumores, y a su vez poder, ser diagnosticados en estadios más tempranos. Esto hará más efectivos sus tratamientos, produciendo un abaratamiento de los costes terapéuticos y ayudando a investigar las causas de los posibles agrupamientos de los casos de cáncer que se puedan producir en las distintas poblaciones, así como en sus grupos de edad o en relación al sexo.

En los estudios epidemiológicos de incidencia, cobran especial importancia los registros poblacionales de cáncer, que son imprescindibles para el conocimiento de la

incidencia y de la prevalencia del cáncer, así como para evaluar la supervivencia de los pacientes y permitir contrastar la eficacia de los programas de diagnóstico precoz (López-Abente G y cols., 2004).

Los registros poblacionales constituyen un importante sistema de vigilancia, proporcionando información para el estudio de problemas relacionados con exposiciones ambientales que generan alarma social en nuestro país y que se han echado en falta recientemente en muchas ocasiones (López-Abente G y cols., 2004).

En España, los registros poblacionales de cáncer se distribuyen de forma heterogénea a lo largo de la geografía española, quedando gran parte de la población fuera de la cobertura de cualquier registro poblacional, incluso en zonas en donde la incidencia y mortalidad de ciertos tumores demuestran una importante carga. No obstante, en los últimos años se han empezado a crear en distintas comunidades estos registros, aunque todavía no han aportado datos.

El primer registro poblacional de cáncer que se creó en España, fue el de Zaragoza en el año 1960 y que hoy en día continúa su labor (Zubiri Vidal A. 1997).

En 1970 empezó a funcionar el registro de Navarra (Fuente: Primer Libro Blanco de la Ontología Médica en España).

En 1974, la Fundación Científica de la Asociación Española contra el cáncer creó el Departamento de Estadística y Epidemiología, bajo la dirección de Antonio Zubiri (Zubiri Vidal A. 1997).

En 1978 inició su andadura el registro de Asturias y en 1979 el de Tarragona, en 1981 el registro de cáncer de Murcia, en 1985 el de Granada, en 1986 el del País Vasco, en 1990 el de Albacete, en 1993 el Registro Poblacional de Canarias y el de Cuenca. Todos estos registros además de los de Zaragoza y Navarra, están homologados por la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) (Cabanes Domenech A, y cols., 2009).

Junto a los mencionados anteriormente, existe un registro poblacional que también está homologado por la IARC y que recoge datos exclusivamente de tumores infantiles, dicho

registro esta ubicado en Valencia y empezó a funcionar en 1986, aunque recoge información desde 1983 (López-Abente G, y cols., 2004).

En España existen otros registros de cáncer, unos a nivel provincial como: el registro de cáncer de Guipuzcoa, Málaga, Toledo, Guadalajara y, otros a nivel autonómico como el de Cantabria, Andalucía, La Rioja y el registro de cáncer de Galicia creado en el año 2009, aunque algunos de estos registros hasta el momento no han aportado datos (Cabanes Domenech A, y cols., 2009).

Otros registros se crearon como registros monográficos, como es el caso del registro de cáncer de Girona, que empezó como registro monográfico de cáncer genital femenino y de mama recogiendo casos de 1980 a 1990 y de 1993 hasta la actualidad, o el registro de cáncer de mama de Castellón.

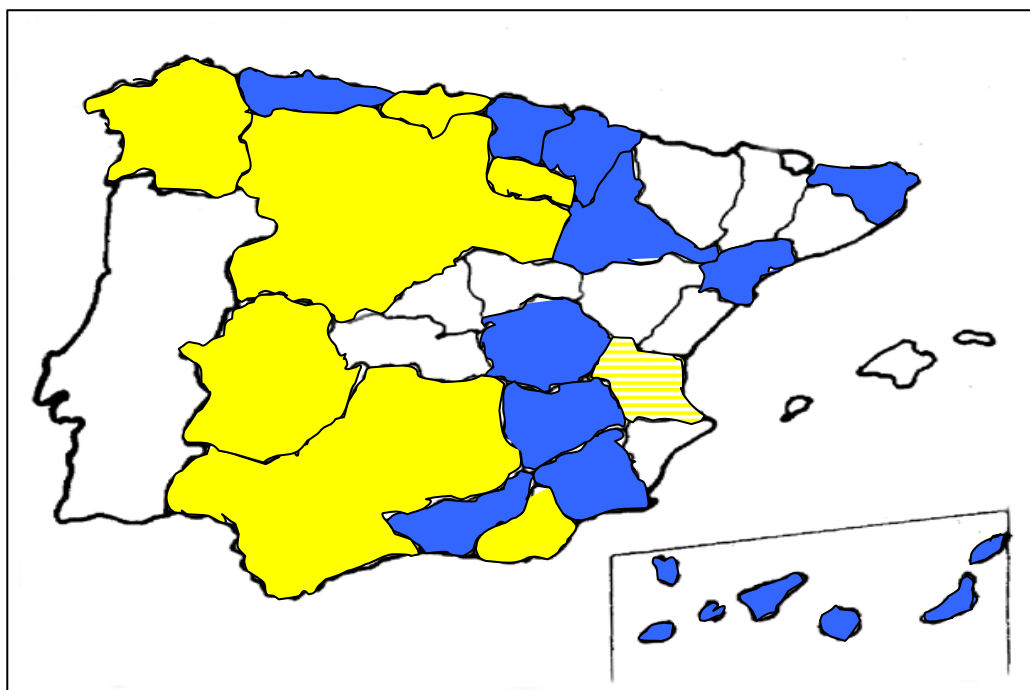
El registro de cáncer de Mallorca empezó en 1982 como registro monográfico de cáncer colorrectal, y en 1989 comenzó a recoger información de todo tipo de tumores.

En el año 2001 se creó el registro de tumores de Extremadura.

Por Orden SAN/205/2005 de 8 de febrero (BOCyL nº 36 de 22-2-2005), se creó en el año 2005 el registro poblacional de tumores de Castilla y León, que inició su actividad, recopilando datos de las provincias de León, Valladolid y Salamanca, por ser las más pobladas de Castilla y León e instaurándose paulatinamente al resto de las nueve provincias de la Comunidad.

Al día de hoy tan sólo el 26,5 % de la población española esta cubierto por un registro de cáncer (Navarro C, y cols. 2010).

MAPA Nº 1. REGISTROS DE CANCER ESPAÑOLES



AZUL (REGISTROS DE CANCER HOLOGADOS POR LA IARC)
AMARILLO (OTROS REGISTROS DE CÁNCER)

Los registros de cáncer nos proporcionaran una información tanto más valiosa cuanto mayor sea su tiempo de funcionamiento (Muir y cols., 1985).

Es importante reseñar el incremento de la incidencia de cáncer registrada en todos los registros españoles. Si consideramos los registros de Zaragoza y Navarra, que son los más antiguos de nuestro país y nos muestran mas ampliamente la evolución de la incidencia de cáncer, encontramos, que las tasas de incidencia ajustadas a la población europea para el conjunto de tumores (excepto piel, pero incluyendo melanomas) han aumentado entre los períodos 19983-1986 y 1993-1997 un 21,6% en hombres y 15,4% en mujeres y en la misma medida en Zaragoza (19% en ambos sexos) (López-Abente y cols., 2004).

En los datos más recientes, obtenemos que la mayor incidencia de cáncer en hombres en nuestro país, se encuentra en el País vasco (511,44), Girona (486,46), Navarra (471,91) y Murcia (433,90) con tasa ajustadas a la población europea, alrededor de los 500 casos por 100.000 habitantes y año, encontrando una incidencia menor en los registros de Cuenca

(323,96) y Albacete (363,53), estando en ambos casos por debajo de los 350 casos por 100.000 habitantes y año (Cabanes Domenech A, y cols., 2009).

En relación al sexo femenino, las tasa de incidencia más altas, ajustadas por 100.000 habitantes y año, se registran en Girona (286,33), Navarra (279,37), Tarragona (274,93), Murcia (256,72), Granada (239,58); y las más bajas en Cuenca (204,15) y Albacete (217,59) (Cabanes Domenech A, y cols., 2009).

En el caso de los hombres, los tumores más frecuentes en todos los registros poblacionales son los de próstata, pulmón y vejiga. Siendo el de próstata el más frecuente en los registros de Albacete, País Vasco, Canarias, Cuenca, Girona y Navarra, y en los registros de Asturias, Granada, Murcia y Zaragoza, el tumor más frecuente es el de pulmón (Cabanes Domenech A, y cols., 2009).

En el sexo femenino, en todos los registros españoles, el tumor más frecuente es el cáncer de mama, seguido del cáncer de colón y de cuerpo de útero (Cabanes Domenech A, y cols., 2009).

Según el estudio GLOBOCAN 2008, que recoge datos de registros poblacionales de cáncer de nuestro país, aunque no cubre toda la geografía española, en España en el año 2008 fueron diagnosticadas de cáncer 196.902 personas y murieron por causa de esta enfermedad 104.156 personas. En relación a la incidencia y sumando ambos sexos, el tumor con más casos diagnosticados, fue el colorrectal con 28.551 nuevos casos, seguido del cáncer de próstata con 25.231, el de pulmón con 23.211 y el de mama con 22.227 casos. En relación al sexo masculino el tumor más frecuente fue el de próstata con 25.231 nuevos casos, seguido del de pulmón con 20.085, el colorrectal con 16.668 y el de vejiga con 11.227 casos. En el sexo femenino, el tumor más frecuentemente diagnosticado es el de mama con 22.027 casos, seguido del colorrectal con 11.883 y el de útero con 4.385 nuevos casos (Ferlay J., y cols., 2010).

En relación a los países de nuestro entorno, en hombres, España presenta unas tasas de incidencia ajustadas, superiores a las del promedio de la Unión Europea, situándose en 5º lugar, mientras que en el sexo femenino España tiene junto a Grecia las tasas de incidencia más bajas de toda la Unión Europea (López-Abente y cols., 2005).

No obstante, a pesar de que los registros poblacionales de tumores, suponen un importante arma para la investigación epidemiológica del cáncer, en nuestro país, estos registros no cubren a gran parte de la población, en unos casos por que no han sido creados y por lo tanto dejan sin cubrir muchas áreas geográficas y en otros casos, porque la corta vida de muchos de estos registros hace difícil investigar la evolución de la incidencia de esta enfermedad.

A diferencia de la mortalidad, no hay un registro sistemático y continuo de todos los nuevos casos de cáncer que aparecen anualmente en España. Nuestro país carece de un Registro de Cáncer de Población a nivel Nacional. Pero por el contrario hay varios registros a nivel provincial o autonómico, que en conjunto recopilan la incidencia de los distintos tumores de un 25% de la población (Parkin D.M, y cols., 2002).

En España aunque existen en la actualidad registros poblacionales de cáncer que llevan recopilando datos desde hace más de 30 años, no es menos cierto que nuestro país carece de registros poblacionales de cáncer en al menos la mitad de las 52 provincias de nuestra geografía, lo que supone que poco más del 28% de la población esta cubierto en los últimos años, por estos registros, que son de suma importancia para la investigación epidemiológica del cáncer.

Para la jefa de de epidemiología descriptiva del la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), la Sra. Paola Pisani, los registros poblacionales de cáncer de nuestro país no son representativos, debido a que si bien, el Norte de España esta bien cubierto, en el sur hay pocos puntos supervisados y existe una gran área del centro de nuestro país, que incluye a Madrid que también carece de información (Fuente: El País 19-8-2005-Prensa-).

Los estudios sobre incidencia de cáncer en la población, constituyen un instrumento muy importante para conocer como afectan los factores de riesgo en la aparición de nuevos casos. Por esta razón, los estudios epidemiológicos sobre incidencia cobran cada vez mayor fuerza y por lo tanto, los registros de incidencia de cáncer, se convierten en una importante herramienta de investigación que analiza los factores de riesgo y dirige los programas de detección precoz.

Es de suma importancia, conocer los datos de incidencia de todas las áreas geográficas españolas y por este motivo y dado que en la actualidad no se conocen datos oficiales de incidencia de cáncer en la provincia de Salamanca, hemos realizado este estudio que pretende aportar y analizar datos sobre la incidencia del cáncer en nuestra provincia durante los años 2006, 2007 y 2008.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.

Los registros de tumores son una herramienta fundamental para el estudio de la epidemiología del cáncer. Nuestro país carece de una cobertura completa de esta clase de registros, tan solo unas pocas provincias y comunidades autónomas poseen registros poblacionales de cáncer homologados por la IARC, otras regiones españolas han creado a lo largo de los últimos años registros poblacionales pero en la mayoría de los casos, no han aportado al día de hoy datos oficiales completos.

El presente estudio no es un registro de tumores, es una aproximación para conocer la incidencia de los distintos tumores sólidos en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008.

En este estudio nos hemos planteado los siguientes objetivos:

- Conocer la incidencia global, la incidencia en hombres y la incidencia en mujeres de tumores sólidos en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 y comparar su situación con otros registros españoles homologados por la IARC de los que se tiene datos.
- Conocer la incidencia global y la incidencia en hombres y en mujeres de los principales tipos de tumores sólidos en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 y comparar su situación con otros registros españoles homologados por la IARC de los que se tiene datos.
- Conocer si existe diferencia en la incidencia de tumores sólidos entre la zona urbana y la zona rural de la provincia de Salamanca, a nivel global, en hombres y en mujeres en el periodo 2006-2008 y conocer la incidencia de los principales tumores en la zona urbana y en la zona rural.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3. MATERIAL Y MÉTODOS.

En el presente trabajo se ha realizado un estudio epidemiológico descriptivo de la incidencia de cáncer en la provincia de Salamanca en los años 2006, 2007 y 2008.

Las fechas del estudio, abarcan desde el 1 de enero de 2006 al 31 de diciembre del año 2008.

Para ello, se procedió a revisar un total de 12.000 fichas informáticas de los tumores diagnosticados por el Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario de Salamanca en el periodo de tiempo mencionado.

Hasta finales del mes de junio del año 2007 en el Complejo Hospitalario de Salamanca, existían dos servicios de Anatomía Patológica. Uno ubicado en el hospital Virgen de la Vega y un segundo servicio en el Hospital Clínico. A partir de mediados del año 2007 ambos servicios fueron unificados en un solo servicio cuya ubicación física desde esta fecha se encuentra en el Hospital Clínico.

La coexistencia de estos dos servicios de Anatomía Patológica, supuso que hasta el día 27 de junio de 2007 se utilizaron dos programas informáticos distintos para almacenar los datos de los tumores diagnosticados. Por este motivo, y para acceder a la información del año 2006 y la mitad del 2007 hubo que recurrir a la base de datos de los dos programas por separado, por un lado, la base de datos del programa Path Winn, utilizado por el hospital Virgen de la Vega y por otro lado, el programa informático NovoPath, utilizado por el Hospital Clínico.

A partir de finales de junio de 2007 y una vez que se unificaron los dos servicios de Anatomía Patológica, se utilizó exclusivamente la base de datos del programa NovoPath.

De todas las fichas informáticas correspondientes a los tumores diagnosticados, sólo se consideraron los tumores primarios diagnosticados durante este periodo. No se tuvieron en cuenta las metástasis de tumores previamente diagnosticados ni los tumores hematológicos ni los de piel, a excepción de los melanomas.

Tampoco se consideraron los tumores diagnosticados en pacientes residentes en otras provincias de Castilla y León ni de otras provincias de España. En el Complejo Hospitalario de Salamanca se tratan pacientes de otras provincias debido a que algunos servicios de este hospital son servicios de referencia de nuestra comunidad y por este motivo son tratados pacientes de las provincias de Zamora, Ávila, León, Cáceres y alguna otra provincia española.

También hay que especificar que en la base de datos que se ha realizado, no se han incluido los tumores diagnosticados en el único hospital privado de nuestra provincia, y que es el Hospital de la Santísima Trinidad.

El motivo fue debido a que los datos de la clínica privada y que están en posesión del Registro de Tumores de Castilla y León, tan sólo hacen referencia a los tumores diagnosticados en el año 2006, encontrándose todavía por incluir los tumores correspondientes a los años 2007 y 2008.

No obstante, se contactó con el Registro de Tumores de Castilla y León, y nos facilitaron el número de tumores diagnosticados por la medicina privada en el año 2006, pero no tuvimos acceso ni a la edad en el momento del diagnóstico, ni al sexo del paciente, ni a la localidad de la provincia en la que tiene su residencia, ni al diagnóstico para saber si era un tumor primario o metastático, por lo que no se pudieron incluir en nuestra base de datos. La falta de dichos datos nos hacían imposible el cálculo de las distintas tasas de incidencia.

Como dato de refería, debemos señalar, que los tumores diagnosticados y tratados por la medicina privada de nuestra provincia en el año 2006, suponían, según los datos suministrados por el Registro de Castilla y León, menos del 5% de los tumores totales de nuestra provincia (incluidos los tumores hematológicos).

Este bajo porcentaje de tumores diagnosticados por la medicina privada de nuestra provincia, dificulta que puedan existir sesgos por los tumores no contabilizados.

3.1 BASE DE DATOS.

De todos los datos obtenidos y correspondientes a los 4.459 tumores primarios diagnosticados en la provincia de Salamanca en los años 2006, 2007 y 2008, se tuvo en cuenta la siguiente información:

- Número de historia clínica.
- Sexo del paciente.
- Edad del paciente en el momento del diagnóstico
- Localidad de residencia.
- Dirección.
- Localización del tumor.
- Año de diagnóstico.

Con esta información se confeccionó una base de datos, utilizando para tal fin, el programa informático FileMaker Pro 9.0 añadiendo para cada uno de los 4.459 registros, los siguientes campos:

- Número de historia clínica.
- Población de residencia.
- Provincia.
- Ciudad-Rural.
- Zona Básica de Salud.
- Zona.
- Domicilio de residencia.
- Sexo del paciente.
- Edad del paciente en el momento del diagnóstico.
- Localización del tumor.
- Año de diagnóstico.

El campo “NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA” de cada paciente, se tuvo en cuenta para poder realizar filtrados, con el fin de eliminar las posibles duplicidades de registros, e

igualmente, para poder añadir nuevos datos en el caso de aumentar la información de la base de datos de cara a estudios futuros.

La “POBLACIÓN DE RESIDENCIA” se tuvo en cuenta, para poder saber el lugar de residencia de cada paciente al que se le diagnosticó un cáncer y poder estudiar de esta manera la posible frecuencia de cáncer en las distintas localidades.

El campo “PROVINCIA” fue en todos los casos la provincia de Salamanca, no se consideró la procedencia de los pacientes con diagnóstico de cáncer, cuya provincia de residencia fuese distinta a la del motivo del estudio.

En el campo “CIUDAD-RURAL”, se consignó como “rural” a todos aquellos pacientes cuya localidad de residencia se encontrase en cualquier localidad de la provincia de Salamanca, distinta a Salamanca capital y como “capital” a los pacientes diagnosticados de cáncer y cuya residencia estuviese en la ciudad de Salamanca.

En el campo “ZONA BÁSICA DE SALUD” (ZBS), se consignó el centro de salud al que pertenecía cada paciente, de acuerdo a su localidad de residencia en el caso de la zona rural y del domicilio del paciente si su residencia estaba ubicada en la ciudad. En la provincia de Salamanca existen 36 ZBS, 25 pertenecen al ámbito rural y 11 a la ciudad de Salamanca.

En el campo “ZONA”, se procedió a agrupar las 25 ZBS rurales. Dicha agrupación, se realizó de acuerdo a la geografía de la provincia y para ello se determinaron 6 zonas. La razón de esta agrupación, se debe a posibles estudios posteriores que puedan ofrecer datos sobre la frecuencia de cáncer en las distintas zonas rurales de la provincia de Salamanca.

El campo: “DOMICILIO DE RESIDENCIA” se consideró como un segundo filtro para evitar errores por duplicidad de registros, este campo, una vez verificada la ausencia de errores debido a la duplicidad de registros, fue suprimido de la base de datos, para evitar la existencia de cualquier dato sobre la filiación de los pacientes .

Los campos de la base de datos que hacen referencia al “SEXO” del paciente y a su “EDAD EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO”, se constituyen como datos fundamentales para el cálculo de las distintas tasas de incidencia, así como para el estudio demográfico de la población sujeta a estudio.

En el campo “LOCALIZACIÓN DEL TUMOR”, se consignó la localización de cada uno de los tumores diagnosticados en el periodo de tiempo estudiado.

Igualmente, se tuvo en cuenta como dato fundamental el campo “AÑO DE DIAGNÓSTICO” y que hace referencia al año en el que fue diagnosticado cada tumor, tomando como fecha, la fecha de la realización de la biopsia o citología.

Como criterio de calidad de la base de datos obtenida, podemos señalar que en cada uno de los 4.459 registros de los casos de cáncer diagnosticados en el trienio 2006-2007, se pudo conocer la edad de cada paciente en el momento del diagnóstico e igualmente, el porcentaje de verificación histológica del tumor por parte del Servicio de Anatomía Patológica que fue del 100%. Por último, no se produjeron duplicidad de registros, debido a los filtros utilizados (historia clínica y domicilio del paciente) para subsanar posibles errores de duplicidad.

En ningún caso se utilizaron datos de afiliación personales de los pacientes, tales como nombre y apellidos, D.N.I., número de Seguridad Social y los datos fueron tratados en el Servicio de Anatomía Patológica y en el Servicio de Oncología del Complejo Hospitalario de Salamanca y siempre bajo la supervisión de los co-directores de tesis.

3.2 DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

Para la realización del estudio epidemiológico de la presente tesis doctoral, es necesario conocer los datos demográficos de la población que se quiere estudiar.

Considerando, que los tumores diagnosticados en los años 2006, 2007 y 2008 hacen referencia a los usuarios del Sistema Público de Salud de la provincia de Salamanca, es decir, a las personas incluidas en el Sistema Sanitario Público de Castilla y León (SACYL), la población que utilizamos, son los usuarios de este sistema, pertenecientes a la provincia de Salamanca.

Consultados los datos del padrón de la provincia de Salamanca (Fuente: www.ine.es) para los años 2006, 2007 y 2008, obtenemos que la diferencia entre los usuarios del sistema público de salud y los habitantes totales de la provincia de Salamanca, suponen una diferencia a favor del padrón de la provincia del 4,6% en el año 2006, del 3,66% en el año 2007 y del 3,55% en el año 2008. Esta diferencia se debe al número de personas que no están incluidos dentro del Sistema Público de Salud, pero pertenecen a seguros privados o mutualidades de funcionarios y que usan compañías de sanidad privada.

La información del número de personas pertenecientes al Sistema Público de Salud, se obtuvo a través de la Gerencia de Atención Primaria de Salamanca.

Dicha Gerencia nos facilitó el número de usuarios de la provincia de Salamanca por ZBS pertenecientes al SACYL, atendiendo a los distintos grupos de edad solicitados y al sexo, en los años 2006, 2007 y 2008 y tomando como fecha de referencia el día 11 de julio de cada año de estudio (población a mitad del periodo) (Tablas nº 1 al nº 9).

Con los datos obtenidos, se sumó el número de usuarios pertenecientes a las 25 ZBS de la zona rural por un lado y al número de usuarios pertenecientes a las 11 ZBS de la ciudad por otro, atendiendo a los distintos grupos de edad establecidos, tanto de forma global como diferenciando por sexos.

La población se dividió en grupos de edad de 5 en 5 años, comenzando desde los 0 años hasta los 84 y un último grupo de mayores de 84 años. Este agrupamiento se realizó para poder ajustar las tasas brutas de la población en estudio a las tasas europeas y mundiales y de esta forma permitirnos la comparación de los resultados obtenidos, con otros estudios de incidencia.

Con los datos obtenidos, se estudió la estructura de la población de cada año (pirámide poblacional) tanto a nivel de toda la provincia, como de la capital y de la zona rural.

Igualmente, se aplicó una serie indicadores demográficos para analizar la estructura de la población. Estos indicadores se calcularon con los datos utilizados para construir las pirámides poblacionales (Tablas nº 1 al nº 9).

Los indicadores demográficos utilizados, fueron los siguientes:

- Índice de Friz (IF): Representa la proporción de la población en el grupo de 0-19 años en relación a la de 30-39 años, que se toma como base 100. Si el índice es mayor de 160, la población se considera joven, si se haya entre 60 y 160, madura, y si es menor de 60, vieja (Sierra A, Doreste J.L. 1991).
- Índice de Sundbärg (IS): Este índice toma como base el grupo de población entre los 15 y los 49 años, comparándolo gráficamente con el grupo de 0 a 14 años y el de los mayores de 50. Cuando el porcentaje de los menores de 15 años supera al de mayores de 50 se define a la población estudiada como de carácter progresivo. Si estos porcentajes son similares se considera estacionaria y si el grupo de mayores de 50 supera al de menores de 15 se considera regresiva (Sierra A, Doreste J.L. 1991).
- Índice de Burgdöfer: Este índice compara los porcentajes de población en el grupo de población entre los 5 y los 14 años con el de los mayores de 45 y menores de 64 años. Cuando el primer grupo es más numeroso la población se considera joven; cuando ambos grupos son aproximadamente iguales se habla de una población madura y si el grupo de 5 a 14 es menor, se considera una población envejecida (Sierra A, Doreste J.L. 1991).

- Índice de envejecimiento: Señala como varía el crecimiento de la población adulta con respecto a la población más joven de la estructura de la población. Se calcula dividiendo la población mayor de 65 años entre la población menor de 15 años multiplicado por 100 (Sierra A, Doreste J.L. 1991).
- Edad media: Se estima computando la media ponderada de los valores centrales de las clases usando las frecuencias relativas de cada grupo como factores de ponderación (Sierra A, Doreste J.L. 1991).
- Edad mediana: Es aquella que divide en dos partes iguales a la población cuyos habitantes han sido ordenados según su edad (Sierra A, Doreste J.L. 1991).

Para el análisis de la estructura de la población a estudio (pirámide poblacional e indicadores demográficos), se utilizó el programa realizado por la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia, el programa informático Epidat 3.1 (Hervada Vidal X. y cols., 2004).

POBLACIÓN DE LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL AÑO 2006			
GRUPOS DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
0-4	12.210	6.278	5.932
5-9	12.240	6.372	5.868
10-14	13.573	6.897	6.676
15-19	16.545	8.248	8.297
20-24	23.564	10.865	12.699
25-29	24.431	11.968	12.463
30-34	24.241	11.981	12.260
35-39	25.326	12.449	12.877
40-44	25.276	12.720	12.556
45-49	23.371	11.883	11.488
50-54	19.112	9.713	9.399
55-59	17.641	8.610	9.031
60-64	17.391	8.427	8.964
65-69	16.748	7.896	8.852
70-74	20.040	9.257	10.783
75-79	18.325	8.101	10.224
80-84	14.205	5.902	8.303
>=85	12.524	4.155	8.369
TOTAL	336.763	161.722	175.041

TABLA Nº 1.
POBLACIÓN DE LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL AÑO 2.006

POBLACIÓN DE LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL AÑO 2007			
GRUPOS DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
0-4	12.384	6.382	6.002
5-9	12.460	6.474	5.986
10-14	13.277	6.817	6.460
15-19	16.381	8.171	8.210
20-24	22.873	10.568	12.305
25-29	24.175	11.906	12.269
30-34	24.367	12.067	12.300
35-39	25.252	12.471	12.781
40-44	25.612	12.732	12.880
45-49	24.011	12.158	11.853
50-54	20.102	10.286	9.816
55-59	17.869	8.766	9.103
60-64	17.795	8.577	9.218
65-69	15.884	7.563	8.321
70-74	19.760	9.060	10.700
75-79	18.533	8.162	10.371
80-84	14.444	6.049	8.395
>=85	13.263	4.486	8.777
TOTAL	338.442	162.695	175.747

TABLA Nº 2.
POBLACIÓN DE LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL AÑO 2.007

POBLACIÓN DE LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL AÑO 2008			
GRUPOS DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
0-4	12.811	6.639	6.172
5-9	12.544	6.540	6.004
10-14	12.886	6.594	6.292
15-19	16.137	8.088	8.049
20-24	22.717	10.510	12.207
25-29	24.587	12.082	12.505
30-34	24.656	12.258	12.398
35-39	25.259	12.500	12.759
40-44	25.979	12.861	13.118
45-49	24.504	12.452	12.052
50-54	21.067	10.664	10.403
55-59	17.982	8.874	9.108
60-64	18.039	8.724	9.315
65-69	16.219	7.741	8.478
70-74	18.717	8.595	10.122
75-79	18.630	8.237	10.393
80-84	14.559	6.090	8.469
>=85	13.552	4.654	8.898
TOTAL	340.845	164.103	176.742

TABLA Nº 3.
POBLACIÓN DE LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL AÑO 2.008

POBLACIÓN DE LA CIUDAD EN EL AÑO 2006			
GRUPOS DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
0-4	6.558	3.362	3.196
5-9	6.164	3.204	2.960
10-14	6.446	3.242	3.204
15-19	8.429	4.049	4.380
20-24	15.333	6.372	8.961
25-29	15.044	7.015	8.029
30-34	13.845	6.561	7.284
35-39	13.220	6.194	7.026
40-44	12.682	5.982	6.700
45-49	11.777	5.494	6.283
50-54	10.060	4.660	5.400
55-59	9.064	4.147	4.917
60-64	8.290	3.781	4.509
65-69	7.387	3.318	4.069
70-74	8.147	3.497	4.650
75-79	7.239	2.979	4.260
80-84	5.536	2.131	3.405
>=85	4.841	1.448	3.393
TOTAL	170.062	77.436	92.626

TABLA Nº 4.
POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE SALAMANCA EN EL AÑO 2.006

POBLACIÓN DE LA CIUDAD EN EL AÑO 2007			
GRUPOS DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
0-4	6.521	3.347	3.174
5-9	6.308	3.261	3.047
10-14	6.288	3.202	3.086
15-19	8.384	3.996	4.388
20-24	14.666	6.095	8.571
25-29	14.780	6.951	7.829
30-34	13.883	6.607	7.276
35-39	13.269	6.263	7.006
40-44	12.786	5.959	6.809
45-49	11.995	5.597	6.398
50-54	10.338	4.824	5.564
55-59	9.194	4.211	4.983
60-64	8.619	3.904	4.715
65-69	7.158	3.223	3.935
70-74	8.116	3.497	4.619
75-79	7.476	3.055	4.421
80-84	5.598	2.172	3.426
>=85	5.117	1.565	3.552
TOTAL	170.528	77.729	92.799

TABLA Nº 5.
POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE SALAMANCA EN EL AÑO 2.007

POBLACIÓN DE LA CIUDAD EN EL AÑO 2008			
GRUPOS DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
0-4	6.620	3.410	3.210
5-9	6.327	3.266	3.061
10-14	6.145	3.103	3.042
15-19	8.249	3.965	4.284
20-24	14.396	6.009	8.387
25-29	14.986	6.986	8.000
30-34	13.941	6.661	7.280
35-39	13.320	6.288	7.032
40-44	12.860	6.010	6.850
45-49	12.087	5.632	6.455
50-54	10.909	5.015	5.894
55-59	9.256	4.242	5.014
60-64	8.893	4.038	4.855
65-69	7.379	3.314	4.065
70-74	7.779	3.378	4.401
75-79	7.510	3.058	4.452
80-84	5.763	2.230	3.533
>=85	5.331	1.650	3.681
TOTAL	171.751	78.255	93.496

TABLA Nº 6.
POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE SALAMANCA EN EL AÑO 2.008

POBLACIÓN DE LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2006			
GRUPOS DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
0-4	5.652	2.916	2.736
5-9	6.076	3.168	2.908
10-14	7.127	3.655	3.472
15-19	8.116	4.199	3.917
20-24	8.231	4.493	3.738
25-29	9.387	4.953	4.434
30-34	10.396	5.420	4.976
35-39	12.106	6.255	5.851
40-44	12.594	6.738	5.856
45-49	11.594	6.389	5.205
50-54	9.052	5.053	3.999
55-59	8.577	4.463	4.114
60-64	9.101	4.646	4.455
65-69	9.361	4.578	4.783
70-74	11.893	5.760	6.133
75-79	11.086	5.122	5.964
80-84	8.669	3.771	4.898
>=85	7683	2707	4976
TOTAL	166.701	84.286	82.415

TABLA Nº 7.
POBLACIÓN DE LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2.006

POBLACIÓN DE LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2007			
GRUPOS DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
0-4	5.863	3.035	2.828
5-9	6.152	3.213	2.939
10-14	6.989	3.615	3.374
15-19	7.997	4.175	3.822
20-24	8.207	4.473	3.734
25-29	9.395	4.955	4.440
30-34	10.484	5.460	5.024
35-39	11.983	6.208	5.775
40-44	12.844	6.773	6.071
45-49	12.016	6.561	5.455
50-54	9.714	5.462	4.252
55-59	8.675	4.555	4.120
60-64	9.176	4.673	4.503
65-69	8.726	4.340	4.386
70-74	11.644	5.563	6.081
75-79	11.057	5.107	5.950
80-84	8.846	3.877	4.969
>=85	8.146	2.921	5.225
TOTAL	167.914	84.966	82.948

TABLA N° 8.
POBLACIÓN DE LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2.007

POBLACIÓN DE LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2008			
GRUPOS DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
0-4	6.191	3.229	2.962
5-9	6.217	3.274	2.943
10-14	6.741	3.491	3.250
15-19	7.888	4.123	3.765
20-24	8.321	4.501	3.820
25-29	9.601	5.096	4.505
30-34	10.715	5.597	5.118
35-39	11.939	6.212	5.727
40-44	13.119	6.851	6.268
45-49	12.417	6.820	5.597
50-54	10.158	5.649	4.509
55-59	8.726	4.632	4.094
60-64	9.146	4.686	4.460
65-69	8.840	4.427	4.413
70-74	10.938	5.217	5.721
75-79	11.120	5.179	5.941
80-84	8.796	3.860	4.936
>=85	8.221	3.004	5.217
TOTAL	169.094	85.848	83.246

TABLA Nº 9.
POBLACIÓN DE LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2.008

3.3 TASAS DE INCIDENCIA.

Con todos los registros de los casos de cáncer diagnosticados en la provincia de Salamanca en el trienio 2006-2008 incluidos en la base de datos creada para tal fin, y con los datos demográficos (agrupados en quinquenios) que fueron facilitados por la Gerencia de Atención Primaria de esta provincia, se procedió al cálculo de las distintas tasas de incidencia.

- **Tasas de incidencia bruta (TB):** Se define como el número de nuevos casos de cáncer habidos durante un año, dividido por el total de la población en estudio en ese año. Se expresan en tanto por 100.000 habitantes y año.
- **Tasas específicas por edad (TEE):** Se calcula dividiendo el número de nuevos casos de cáncer en un grupo de edad determinado durante un año, por la población estimada para ese mismo grupo de edad en ese mismo año, multiplicado por 100.000.

Las tasas brutas de incidencia no tienen en cuenta la composición global de la población, y este aspecto toma especial relevancia cuando se quieren comparar tasas entre poblaciones o entre distintos periodos de tiempo o cuando se quiere estudiar la evolución de la enfermedad.

Si dos poblaciones tuviesen una estructura parecida (edad, sexo, etc.) no habría problema en comparar las tasas brutas. El inconveniente surge cuando dos poblaciones no son similares, por ejemplo, cuando la proporción de sujetos de cada grupo de edad de la población no es similar. Así pues, la comparación de las tasas brutas, serían engañosas (Rue M., y cols., 1993).

- **Tasas ajustadas (TA):** Es el promedio ponderado de las tasas específicas por grupos de edad de la población en estudio, comparada con una población estándar. Se usa para compara poblaciones o periodos diferentes.

La estandarización o ajuste de tasa nos permite comparar las distintas tasas. Para ello utilizamos una población teórica de consenso como es la población estándar mundial y la población estándar europea (Waterhouse y cols., 1976).

Para el cálculo de las tasas de incidencia en este trabajo, se han empleado la población estándar europea y la población estándar mundial (Tabla nº 10).

GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN ESTÁNDAR EUROPEA	POBLACIÓN ESTÁNDAR MUNDIAL
0-4	8000	12000
5-9	7000	10000
10-14	7000	9000
15-19	7000	9000
20-24	7000	8000
25-29	7000	8000
30-34	7000	6000
35-39	7000	6000
40-44	7000	6000
45-49	7000	6000
50-54	7000	5000
55-59	6000	4000
60-64	5000	4000
65-69	4000	3000
70-74	3000	2000
75-79	2000	1000
80-84	1000	500
>=85	1000	500

TABLA Nº 10. POBLACIONES ESTÁNDAR EUROPEA Y ESTANDAR MUNDIAL.

En el caso de España para las comparaciones regionales la población estándar más adecuada es la europea (Marina Pollán y cols. 2007).

Por este motivo, y aunque también se ha calculado la tasa de incidencia ajustada a la población estándar mundial, para así, de esta manera, aportar una más amplia información a este estudio, los resultados obtenidos, se basan principalmente en el calculo de la tasa de incidencia a justada a la población estándar europea.

Para el ajuste de tasas, se ha utilizado el ajuste por el método directo.

Este método consiste en aplicar las tasas específicas para cada grupo de edad de la población en estudio, a la población estándar dividida en los mismos grupos de edad. Este procedimiento corrige el sesgo que se puede producir si se compara una población más envejecida con otra más joven.

$$\text{Tasa directamente estandarizada} = \frac{\sum(\text{tasas específicas de los grupos de edad} \times \text{pesos estándares})}{\sum(\text{pesos estándares})}$$

Las tasas ajustadas, eliminan las diferencias de la incidencia por cáncer debidas a la distribución etaria de la población, por lo que nos permite comparar la incidencia del cáncer en poblaciones diferentes y en diferentes periodos de tiempo (Cabanes Domenech A., y cols., 2009).

- **Tasas truncadas (35-64 años) (Ttr):** Son un tipo de tasas estandarizadas que sólo tienen en cuenta los grupos de edad comprendidos entre los 35 y 64 años. Estas tasas se utilizan debido a que la probabilidad de aparición de un cáncer en los grupos de menos de 35 años es más baja y al tenerla en cuenta en el cálculo de las tasas globales se puede distorsionar el resultado e igualmente, con respecto a los grupos de edad por encima de los 64 años, la certificación diagnóstica de los grupos de edad entre 35 y 64 años suele ser mayor que en los de más de 64 años. Las Ttr se expresan en tanto por 100.000 habitantes y año.

Para el cálculo de las tasas (TB, TEE, TA y Ttr) que se han utilizado en la realización de este trabajo, se ha empleado el programa Epidat 3.1.

Así mismo, se han utilizado otras medidas estadísticas para conocer la edad de la población tanto de forma global como por sexos, en la que se ha diagnosticado algún tipo de cáncer. Estas medidas son:

- La edad media.
- La edad mediana.

- La desviación típica.

Para el cálculo de estas medidas estadísticas se ha utilizado el programa Excel 2003.

Como procesador de texto y para la realización de las distintas tablas se empleó el programa Word 2003, y para la realización de los distintos gráficos, el programa OpenOffice.org.3.2. y el programa Excel 2003.

3.4 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

En el presente estudio se produce un sesgo de incidencia debido a que no se han incluido los tumores sólidos diagnosticados en el único hospital privado de la provincia, el motivo, ha sido la imposibilidad de acceder a los datos completos. El número de tumores sólidos diagnosticados en la medicina privada supone menos del 5% del total de la provincia.

En este estudio tampoco se han incluido los tumores hematológicos.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS.

4.1 PROVINCIA DE SALAMANCA AÑO 2006

4.1.1 DATOS DEMOGRÁFICOS.

En la provincia de Salamanca en el año 2006, estaban incluidos dentro del Sistema Público de Salud, un total de 336.763 personas, de las que 161.722 (48%) eran hombres y 175.041 (52%) eran mujeres (Gráfico nº 1).

DATOS DEMOGRÁFICOS PROVINCIA DE SALAMANCA AÑO 2.006

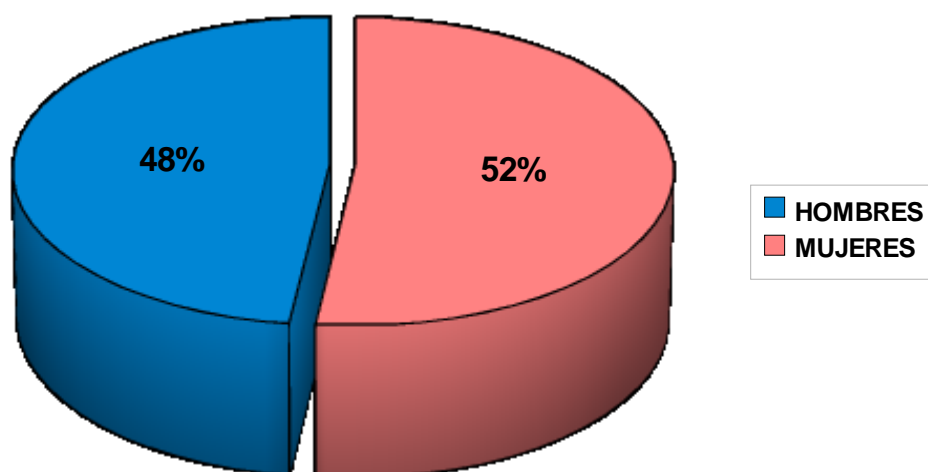


GRÁFICO Nº 1.

Al dividir la población en grupos de edad de 5 en 5 años y atendiendo al sexo, obtenemos un gráfico de barras horizontales que nos conforman una pirámide poblacional en la que referimos las proporciones de cada grupo de edad con respecto al total de la población, situándose a la derecha y en color rosa las mujeres y a la izquierda y en color azul los hombres (Gráfico nº 2).

La pirámide de población que se nos forma es una pirámide regresiva, debido a que en la base existe menos población que en los tramos intermedios, mientras que en la parte superior existe un número importante de individuos (Gráfico nº 2).

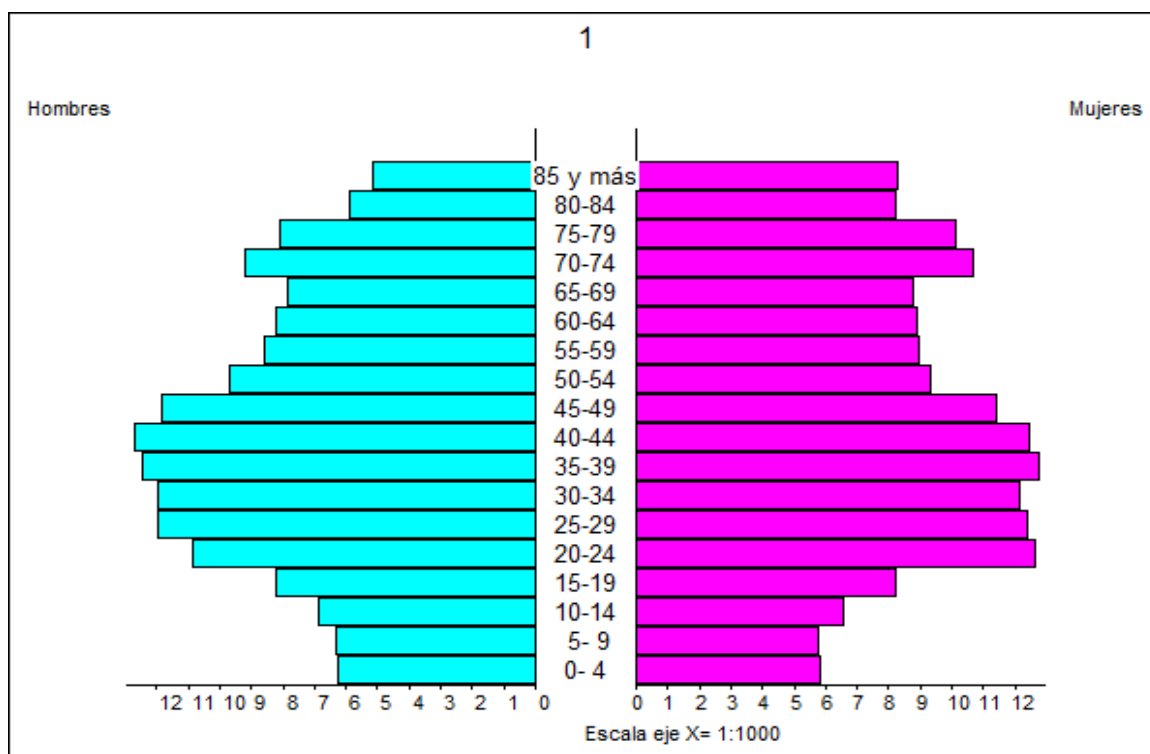


GRÁFICO Nº 2

Con los datos demográficos se obtuvieron una serie de indicadores que nos sirvieron para analizar la estructura poblacional, obteniendo unos resultados que nos mostraron que la población de la provincia de Salamanca en el año 2006 era una población envejecida (Tabla nº 11).

INDICADORES DEMOGRÁFICOS PROVINCIA AÑO 2006		
ÍNDICE DE FRIZ	55,55	
ÍNDICE DE SUNDBARG	23,36	84,06
ÍNDICE DE BURGDÖFER	7,64	22,90
ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO	217,86	
EDAD MEDIA	44,81	
EDAD MEDIANA	43,29	

TABLA Nº 11

4.1.2 INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA PROVINCIA EN EL AÑO 2006

En la provincia de Salamanca en el año 2006 se diagnosticaron un total de 1.431 tumores sólidos, de los que 813 (57%) correspondieron a hombres y 618 (43%) a mujeres (Gráfico nº 3).

TUMORES SÓLIDOS EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL AÑO 2006

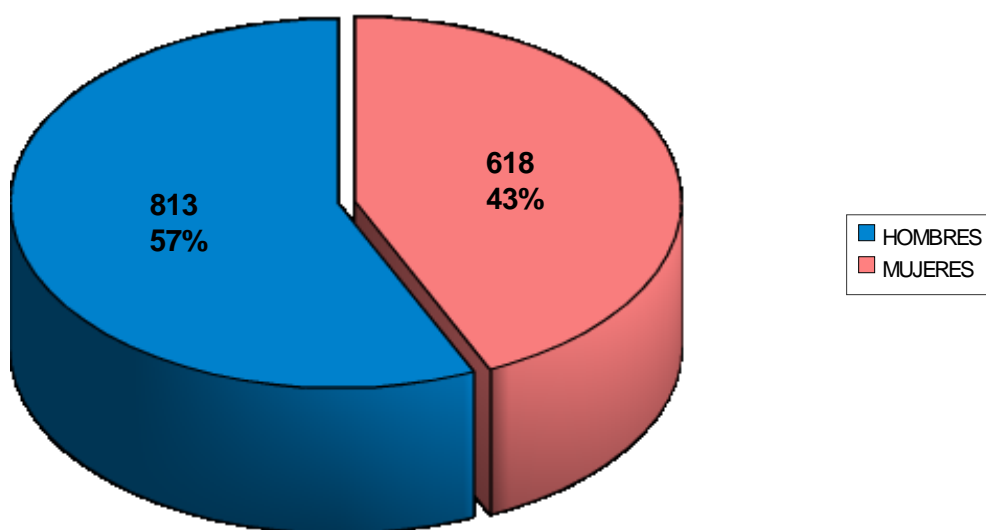


GRÁFICO Nº 3

Con respecto a la edad en que se diagnosticaron los distintos tipos de tumores sólidos, obtenemos, que la edad media de los varones en los se diagnostico algún tipo de tumor, fue de 69,95 años con una desviación típica de 12,14 y la mediana de 72 años, en mujeres la edad media fue de 66,28 años con una desviación típica de 15,25 y la mediana de 69 años (Tabla nº 12).

PROVINCIA DE SALAMANCA AÑO 2006		
	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	69,95	66,28
MEDIANA (EDAD)	72	69
DESVIACIÓN TÍPICA	12,14	15,25
EDAD MÍNIMA	1	9
EDAD MÁXIMA	99	97

TABLA Nº 12. MEDIDAS ESTADÍSTICAS CON RESPECTO A LA EDAD DE LOS PACIENTES EN LOS QUE SE HA DIAGNOSTICADO ALGÚN TIPO DE TUMOR SÓLIDO EN EL AÑO 2006.

En el sexo masculino la edad más baja en la que se diagnosticó un tumor fue de 1 año (tumor de sistema nervioso) y la edad más elevada de 99 años (cáncer colorrectal). En cuanto al sexo femenino la edad mínima fue de 9 años (sarcoma de Ewing) y la más alta de 97 años (cáncer colorrectal). (Tabla nº 12).

**TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA POBLACIÓN GLOBAL
(AMBOS SEXOS) DE LA PROVINCIA EN EL AÑO 2006**

En relación a las tasas de incidencia de tumores sólidos ajustadas a la población europea en la población global (ambos sexos) de la provincia de Salamanca en el año 2006, obtuvimos una tasa de incidencia de 274,96 (casos/100.000 habitantes) y una tasa de incidencia ajustada a la población mundial de 195,05 (casos/100.000 habitantes), siendo la tasa bruta de 424,92 (casos/100.000 habitantes) y la tasa de incidencia truncada (entre 35 y 64 años) de 376,40. (Tabla nº 13).

Atendiendo a la población global, el tumor que mostró una mayor incidencia fue el cáncer de mama con una tasa de incidencia ajustada a la población europea de 54,08 (casos/100.000 habitantes), seguido en segundo lugar del cáncer de colorrectal con una tasa de incidencia de 45,83 (casos/100.000 habitantes), en tercer lugar el cáncer de próstata con 36,27 (casos/100.000 habitantes), en cuarto lugar el cáncer de pulmón con 22,26 (casos/100.000 habitantes), seguido del cáncer urotelial con 20,51 (casos/100.000 habitantes). (Tabla nº 13) (Gráfico nº 4).

TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS AJUSTADAS A LA POBLACIÓN EUROPEA (CASOS/100.000 HABITANTES) EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL AÑO 2006

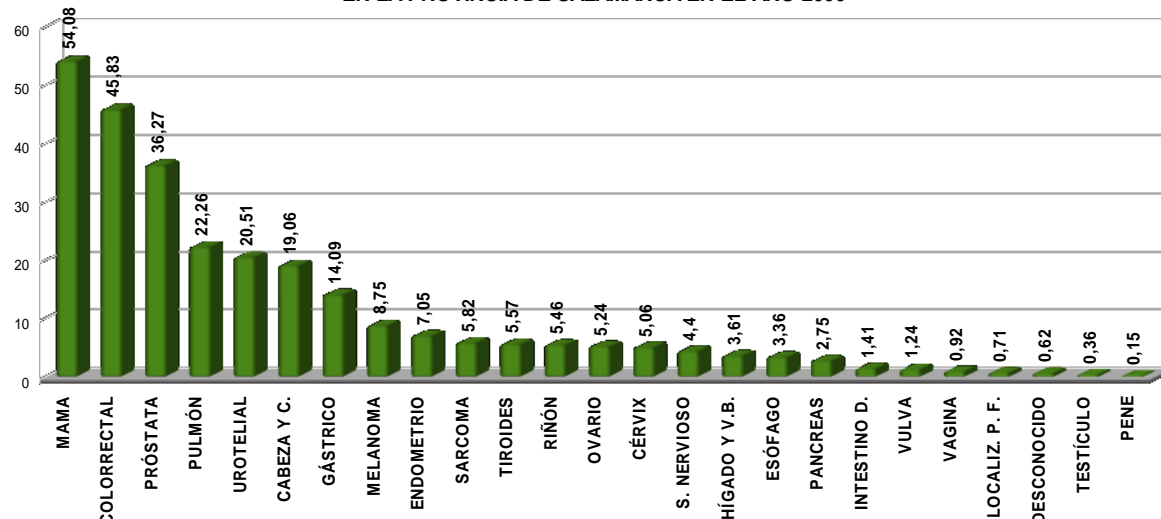


GRÁFICO Nº 4

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA PROVINCIA EN EL AÑO 2006						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
COLORRECTAL	280	19,57%	83,14	30,74	45,83	49,10
MAMA	240	16,77%	71,26	40,01	54,08	94,0
PRÓSTATA	217	15,16%	64,43	24,63	36,27	33,69
UROTELIAL	127	8,87%	37,71	13,65	20,51	26,18
PULMÓN	106	7,41%	31,47	15,70	22,26	31,35
GÁSTRICO	99	6,92%	29,39	8,85	14,09	11,73
CABEZA Y CUELLO	82	5,73%	24,34	13,62	19,06	32,35
MELANOMA	41	2,87%	12,17	6,36	8,75	16,13
ENDOMETRIO	36	2,52%	10,69	4,84	7,05	11,63
SARCOMA	27	1,89%	8,01	4,88	5,82	6,24
OVARIO	23	1,61%	6,82	3,82	5,24	8,20
RIÑÓN	23	1,61%	6,82	3,85	5,46	9,24
TIROIDES	21	1,47%	6,23	4,78	5,57	8,75
CÉRVIX	21	1,47%	6,23	4,78	5,06	11,49
HÍGADO Y V.B.	17	1,19%	5,04	2,62	3,61	4,76
ESÓFAGO	15	1,05%	4,45	2,58	3,36	6,24
S. NERVIOSO	14	0,98%	4,15	4,33	4,40	3,99
PANCREAS	13	0,91%	3,86	2	2,75	3,12
VULVA	10	0,70%	2,96	0,82	1,24	1,47
INTESTINO D.	6	0,42%	1,78	0,97	1,41	2,45
VAGINA	4	0,28%	1,18	0,72	0,92	1,47
DESCONOCIDO	3	0,21%	0,89	0,47	0,62	0,71
LOCALIZ. POCO. F.	3	0,21%	0,89	0,49	0,71	0,93
PENE	2	0,14%	0,59	0,07	0,15	0
TESTÍCULO	1	0,07%	0,29	0,26	0,36	0,93
TOTAL	1431	100%	424,92	195,05	274,69	376,40

TABLA N° 13. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 habitantes), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 habitantes), (T.A.-P.E.-): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000 habitantes), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

**TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN HOMBRES EN LA
PROVINCIA EN EL AÑO 2006.**

En relación al sexo masculino en el año 2006 la tasa de incidencia de tumores sólidos ajustada a la población europea fue de 317,5 (casos/100.000 hombres), la tasa de incidencia ajustada a la población mundial de 219,40 (casos/100.000 hombres), la tasa de incidencia bruta de 502,71 (casos/100.000 hombres) y la tasa truncada (entre 35 y 64 años) de 368,71. (Tabla nº 14).

En relación a la incidencia ajustada a la población europea, encontramos que el tipo de tumor con más incidencia en varones en este año fue el cáncer de próstata, con una incidencia de 78,18 (casos/100.000 hombres), en segundo lugar la clase de tumor con mayor incidencia fue el cáncer colorrectal con una incidencia de 59,47 (casos/100.000 hombres); en tercer lugar el cáncer urotelial con 41,98 (casos/100.000 hombres); seguido por el de pulmón 37,88 (casos/100.000 hombres); el cáncer de cabeza y cuello con 33,01 (casos/100.000 hombres); el cáncer gástrico con 18,72 (casos/100.000 hombres); los melanomas con 9,20 (casos/100.000 hombres); el cáncer de esófago con 5,87 (casos/100.000 hombres); el cáncer de riñón con 5,77 (casos/100.000 hombres); los sarcomas con 5,69 (casos/100.000 hombres). (Tabla nº 14) (Gráfico nº 5).

**TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS AJUSTADAS A LA POBLACIÓN EUROPEA (CASOS/100.000 HOMBRES)
EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL AÑO 2006**

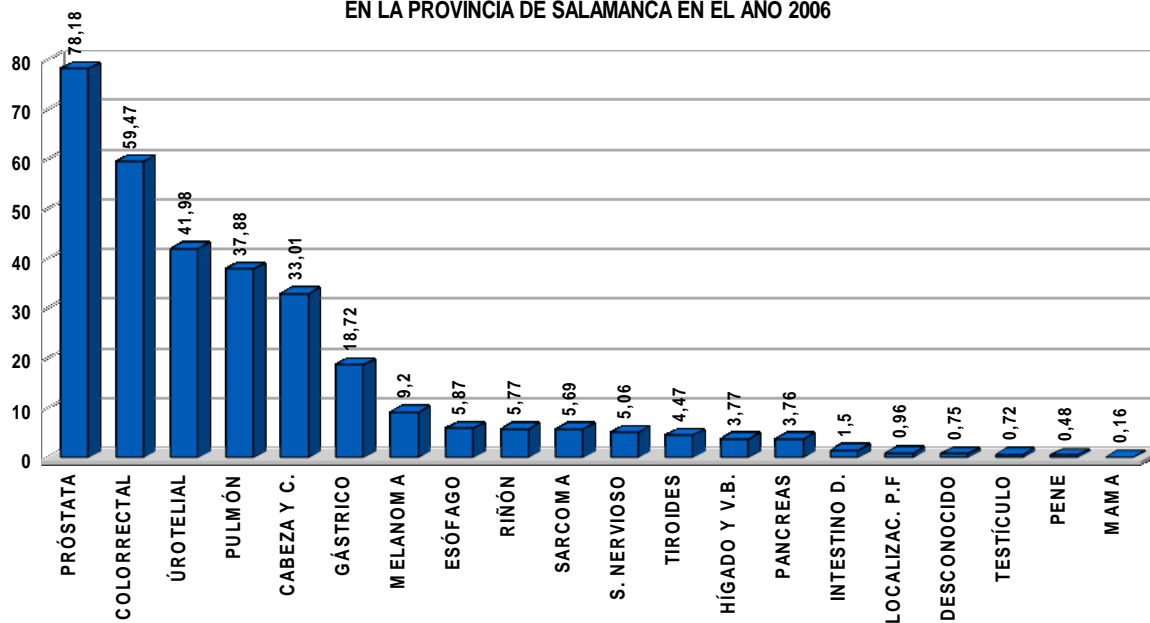


GRÁFICO Nº 5

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN HOMBRES EN LA PROVINCIA EN EL AÑO 2006						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
PRÓSTATA	217	26,69%	134,18	52,66	78,18	68,88
COLORRECTAL	168	20,66%	103,88	39,84	59,47	48,41
UROTELIAL	115	14,15%	71,10	27,85	41,98	53,47
PULMÓN	87	10,70%	53,79	26,47	37,88	50,11
CABEZA Y CUELLO	67	8,24%	41,42	23,42	33,01	54,33
GÁSTRICO	58	7,13%	35,86	11,69	18,72	15,33
MELANOMA	22	2,71%	13,60	6,43	9,20	14,76
ESÓFAGO	13	1,60%	8,03	4,47	5,87	10,80
SARCOMA	12	1,48%	7,42	4,76	5,69	7,81
RIÑÓN	12	1,48%	7,42	3,99	5,77	8,71
TIROIDES	8	0,98%	4,94	3,62	4,47	8,07
HÍGADO Y V.B.	8	0,98%	4,94	2,86	3,77	6,29
PANCREAS	8	0,98%	4,94	2,77	3,76	3,25
S. NERVIOSO	7	0,86%	4,32	5,81	5,06	1,51
INTESTINO D.	3	0,37%	1,85	1,07	1,50	3,22
PENE	2	0,25%	1,23	0,24	0,48	0
LOCALIZ. POCO FR	2	0,25%	1,23	0,63	0,96	1,84
DESCONOCIDO	2	0,25%	1,23	0,50	0,75	0
TESTICULO	1	0,12%	0,61	0,51	0,72	1,84
MAMA	1	0,12%	0,61	0,08	0,16	0
TOTAL	813	100%	502,71	219,40	317,50	368,71

TABLA N° 14. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 hombres), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 hombres), (T.A.-P.E.): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000 hombres), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

**TASA DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN MUJERES EN LA
PROVINCIA EN EL AÑO 2006.**

En el sexo femenino, la tasa de incidencia de tumores sólidos ajustada a la población europea fue de 242,32 (casos/100.000 mujeres), la tasa de incidencia ajustada a la población mundial fue de 177,05 (casos/100.000 mujeres), la tasa bruta de 353,06 (casos/100.000 mujeres), y la tasa de incidencia truncada (edad entre 35 y 64 años) de 387,28. (Tabla nº 15).

En relación a las distintas clases de tumores, la incidencia ajustada a la población europea fue la siguiente:

El tumor con mayor incidencia en el sexo femenino, fue el cáncer de mama con 104,95 (casos/100.000 mujeres); seguido en segundo lugar del cáncer colorrectal con una incidencia de 34,37 (casos/100.000 mujeres); en tercer lugar el cáncer de endometrio con 13,44 (casos/100.000 mujeres); en cuarto lugar el cáncer gástrico con 10,48 (casos/100.000 mujeres); en quinto lugar el cáncer de ovario con 10,17 (casos/100.000 mujeres); seguido del cáncer de cérvix con 9,93 (casos/100.000 mujeres); los melanomas con 8,68 (casos/100.000 mujeres); el cáncer de pulmón con 8,09 (casos/100.000 mujeres); el cáncer de tiroides con 6,73 (casos/100.000 mujeres); los tumores de cabeza y cuello con 5,99 (casos/100.000 mujeres); los sarcomas con 5,96 (casos/100.000 mujeres). (Tabla nº 15) (Gráfico nº 6).

**TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS AJUSTADAS A LA POBLACIÓN EUROPEA (CASOS/100.000 MUJERES)
EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL AÑO 2006**

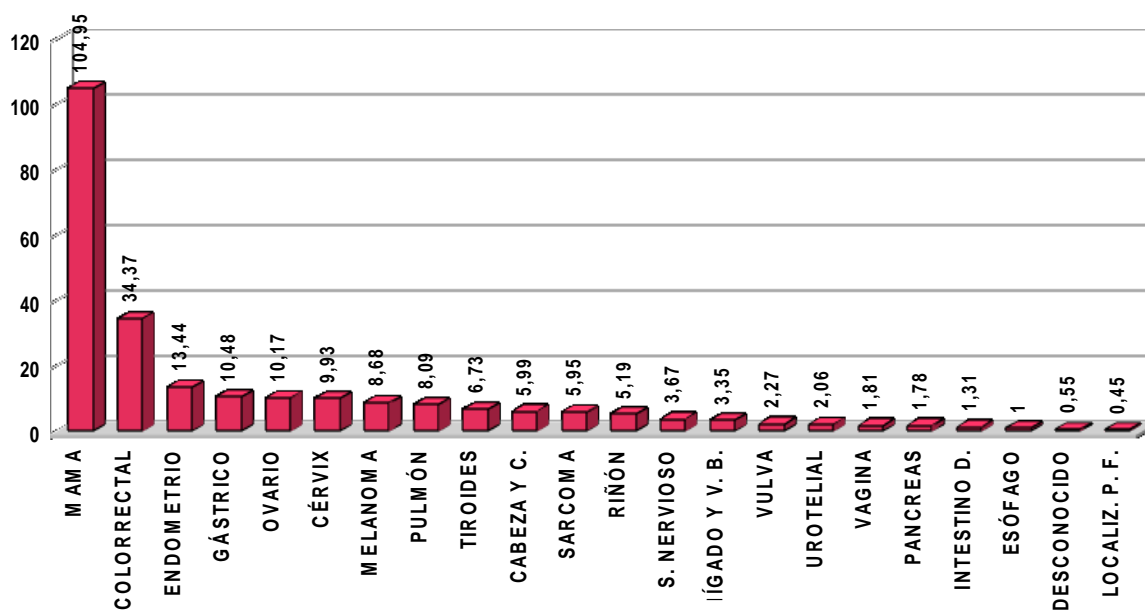


GRÁFICO Nº 6

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN MUJERES EN LA PROVINCIA EN EL AÑO 2006						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
MAMA	239	38,67%	136,53	78,18	104,95	188,57
COLORRECTAL	112	18,12%	63,98	23,26	34,37	40,26
GÁSTRICO	41	6,63%	23,42	6,57	10,48	8,3
ENDOMETRIO	36	5,83%	20,56	9,28	13,44	22,96
OVARIO	23	3,72%	13,13	7,45	10,17	16,27
CÉRVIX	21	3,40%	11,99	7,72	9,93	22,83
PULMÓN	19	3,07%	10,85	5,81	8,09	12,78
MELANOMA	19	3,07%	10,85	6,49	8,68	17,52
CABEZA Y CUELLO	15	2,43%	8,56	4,41	5,99	10,82
SARCOMA	15	2,43%	8,56	5,06	5,95	4,69
TIROIDES	13	2,10%	7,42	5,97	6,73	9,55
UROTelial	12	1,94%	6,85	1,17	2,06	0
RIÑÓN	11	1,78%	6,28	3,73	5,19	9,73
VULVA	10	1,62%	5,71	1,55	2,27	2,99
HÍGADO Y V.B.	9	1,46%	5,14	2,31	3,35	3,13
S. NERVIOSO	7	1,13%	3,99	2,77	3,67	6,4
PANCREAS	5	0,81%	2,85	1,27	1,78	2,86
VAGINA	4	0,65%	2,28	1,43	1,81	2,99
INTESTINO D.	3	0,49%	1,71	0,87	1,31	1,7
ESÓFAGO	2	0,32%	1,14	0,78	1	1,43
DESCONOCIDO	1	0,16%	0,57	0,47	0,55	1,42
LOCALIZ. POCO. FR	1	0,16%	0,57	0,33	0,45	0
TOTAL	618	100%	353,06	177,05	242,32	387,28

TABLA N° 15. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 mujeres), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos 100.000/mujeres), (T.A.-P.E.-): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000 mujeres), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

TASAS ESPECÍFICAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN LA PROVINCIA EN EL AÑO 2006

En relación a las tasas específicas de incidencia por grupos de edad de la provincia de Salamanca, en el año 2006, observamos, que agrupando las distintas edades en quinquenios, las tasas de incidencia específicas, iban aumentando para ambos sexos a partir del grupo de edad de entre 25 y 29 años. Este aumento era mayor en mujeres que en hombres para las edades comprendidas entre los 25 y los 54 años, lo que significa que encontramos más incidencia de tumores entre la población femenina de esos grupos de edad que en los varones de esa misma edad. Pero, es a partir de los 54 años cuando se produce un progresivo aumento de la incidencia en los varones, que destaca sobre la incidencia en el sexo femenino, hasta alcanzar su pico máximo en el intervalo de edad comprendido entre los 80-84 años, produciéndose una caída de la incidencia a partir de ese grupo de edad. (Gráfico nº 7).

En el sexo femenino, a partir del quinquenio de entre 50-54 años, la incidencia específica va aumentando hasta el grupo de edad de entre 75-79 años, en el que alcanza su pico máximo, para empezar a descender en los siguientes quinquenios (Gráfico nº 7).

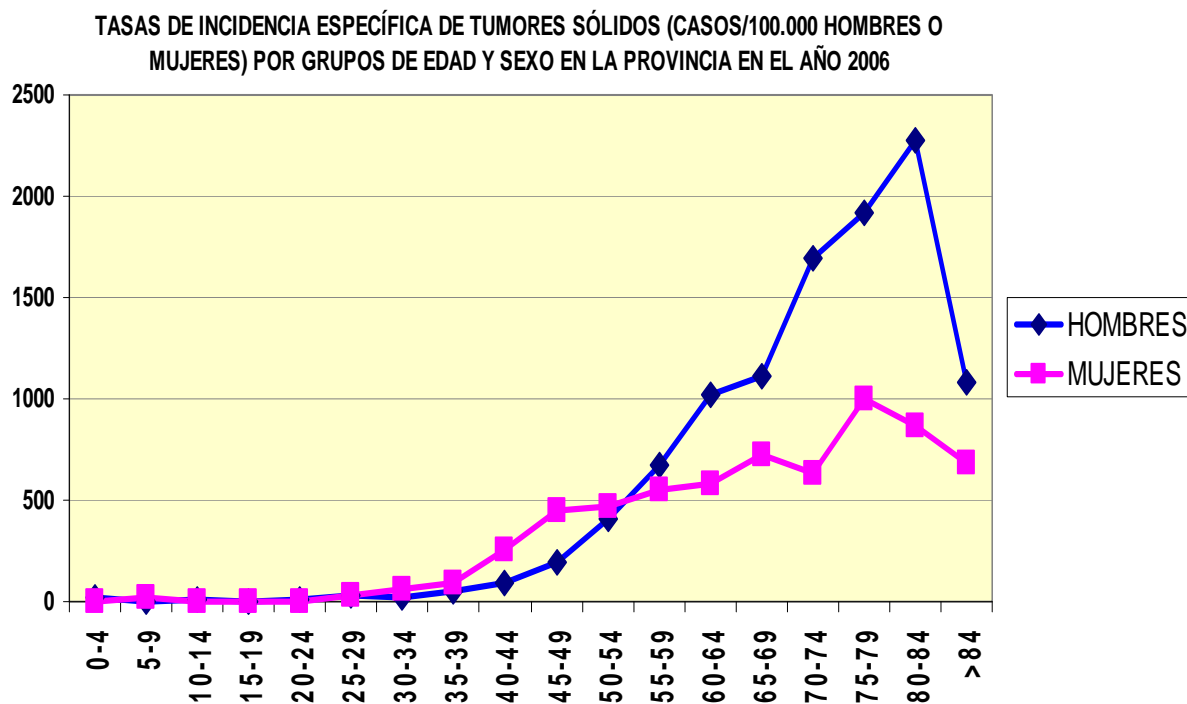


GRÁFICO Nº 7

4.2 PROVINCIA DE SALAMANCA AÑO 2007

4.2.1 DATOS DEMOGRÁFICOS.

En la provincia de Salamanca en el año 2007, estaban incluidos dentro del Sistema Público de Salud, un total de 338.442 personas, de las que 162.695 (48%) eran varones y 175.747 (52%) eran mujeres (Gráfico nº 8).

DATOS DEMOGRÁFICOS PROVINCIA DE SALAMANCA AÑO 2.007

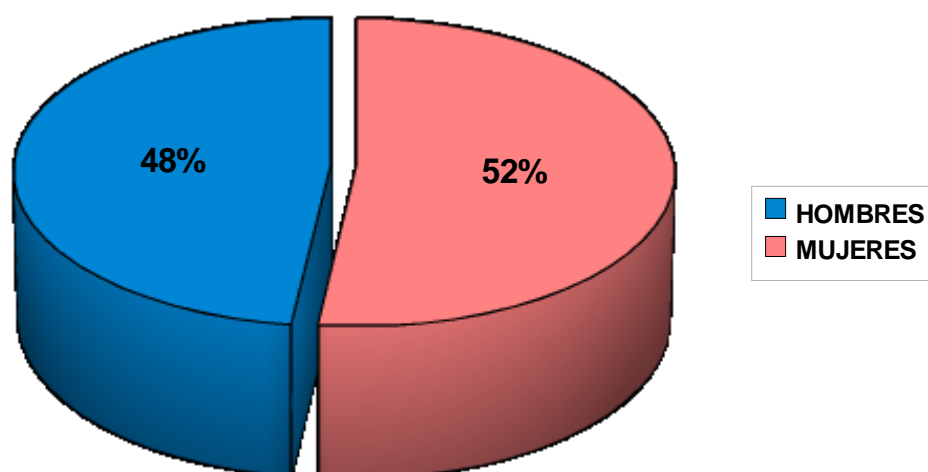


GRÁFICO Nº 8.

Al agrupar a la población perteneciente al Sistema Público de Salud en razón de su edad y sexo en quinquenios, obtenemos una pirámide poblacional regresiva, con una base estrecha y unos tramos intermedios más anchos que la base de la pirámide y unos tramos superiores también más anchos que su base (Gráfico nº 9).

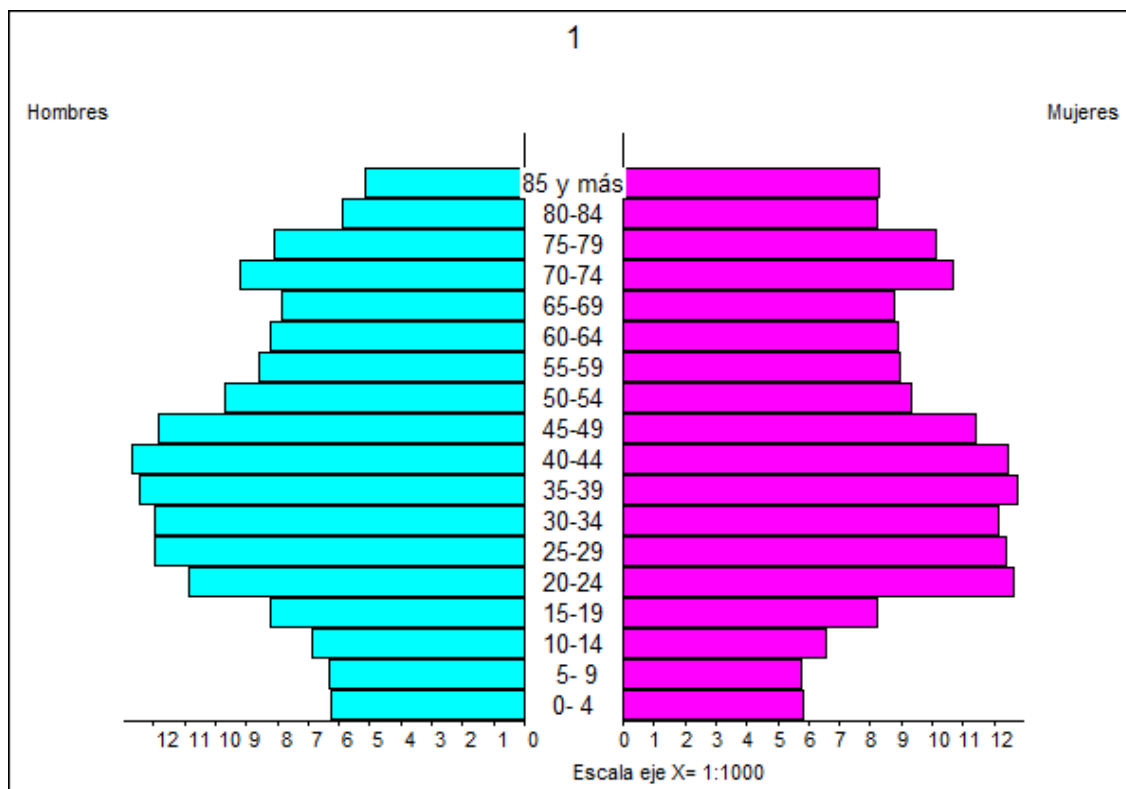


GRÁFICO Nº 9.

Con los datos demográficos obtenemos una serie de indicadores que nos ayudan a analizar la estructura de la población de la provincia de Salamanca en el año 2007, pudiendo observar una población claramente envejecida (Tabla nº 16).

INDICADORES DEMOGRÁFICOS PROVINCIA AÑO 2007		
ÍNDICE DE FRIZ	54,92	
ÍNDICE DE SUNDBARG	23,43	84,61
ÍNDICE DE BURGDÖFER	7,60	23,57
ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO	214,78	
EDAD MEDIA	44,86	
EDAD MEDIANA	43,52	

TABLA Nº 16

4.2.2 INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA PROVINCIA EN EL AÑO 2007.

En la provincia de Salamanca se diagnosticaron en el año 2007 un total de 1.444 tumores sólidos, de los que 840 (58%) casos se diagnosticaron en hombres y 604 (42%) casos fueron diagnosticados en mujeres (Gráfico nº 10).

TUMORES SÓLIDOS EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL AÑO 2007

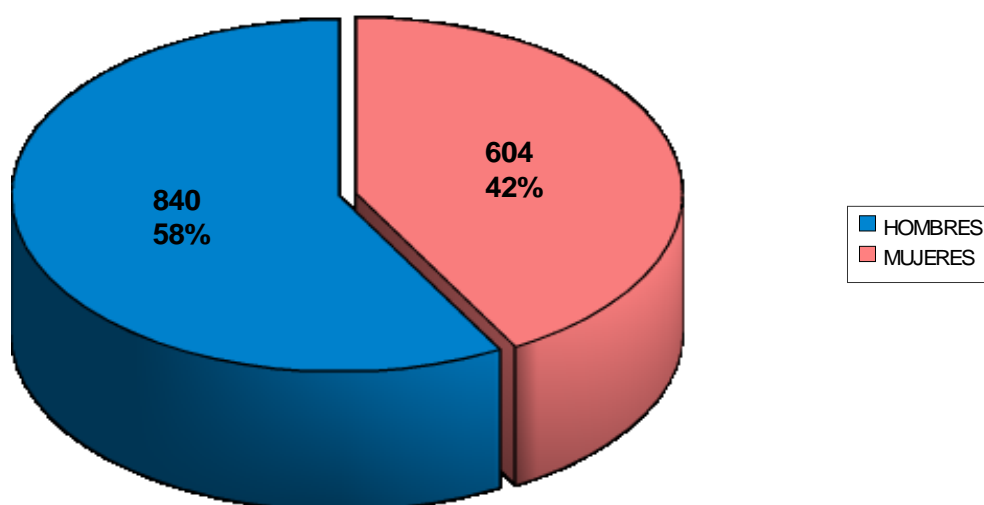


GRÁFICO Nº 10

Con respecto a la edad en que se diagnosticaron los distintos tipos de tumores sólidos en la provincia de Salamanca en el año 2007, observamos, que la edad media entre los varones en los que se diagnosticó algún tipo de tumor, fue de 69,59 años con una desviación típica de 12,65 y la mediana de 72 años, en mujeres la edad media fue de 65,96 años con una desviación típica de 15,42 y la mediana de 68 años (Tabla nº 17).

PROVINCIA DE SALAMANCA AÑO 2007		
	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	69,59	65,96
MEDIANA (EDAD)	72	68
DESVIACIÓN TÍPICA	12,65	15,42
EDAD MÍNIMA	7	20
EDAD MÁXIMA	93	97

TABLA Nº 17. MEDIDAS ESTADÍSTICAS CON RESPECTO A LA EDAD DE LOS PACIENTES EN LOS QUE SE HA DIAGNOSTICADO ALGÚN TIPO DE TUMOR SÓLIDO EN EL AÑO 2007.

En el sexo masculino la edad más baja en la que se diagnosticó un tumor fue de 7 años (cáncer urotelial) y la edad más alta fue de 93 años (cáncer gástrico). En cuanto al sexo femenino la edad mínima fue de 20 años (cáncer gástrico) y la más elevada de 97 años (cáncer de cabeza y cuello). (Tabla nº 17).

TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA POBLACIÓN GLOBAL (AMBOS SEXOS) DE LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL AÑO 2007

En relación a las tasas de incidencia de tumores sólidos ajustadas a la población europea en la población global (ambos sexos) de la provincia de Salamanca en el año 2007, obtuvimos una tasa de incidencia de 277,99 (casos/100.000 habitantes) y una tasa de incidencia ajustada a la población mundial de 199,45 (casos/100.000 habitantes), siendo la tasa bruta de 426,66 (casos/100.000 habitantes) y la tasa de incidencia truncada (entre 35 y 64 años) de 371,15. (Tabla nº 18).

Atendiendo a la población global, el tumor con mayor incidencia es el cáncer de mama con una tasa de incidencia ajustada a la población europea de 53,30 (casos/100.000 habitantes), seguido en segundo lugar del cáncer de colorrectal con una tasa de incidencia de 43,46 (casos/100.000 habitantes), en tercer lugar el cáncer de próstata con 36,43 (casos/100.000 habitantes), en cuarto lugar el cáncer de pulmón con 25,54 (casos/100.000 habitantes), seguido del cáncer urotelial con 24,40 (casos/100.000 habitantes). (Tabla nº 18) (Gráfico nº 11).

**TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS AJUSTADAS A LA POBLACIÓN EUROPEA
(CASOS 100.000 HABITANTES) EN LA PROVINCIA EN EL AÑO 2007**

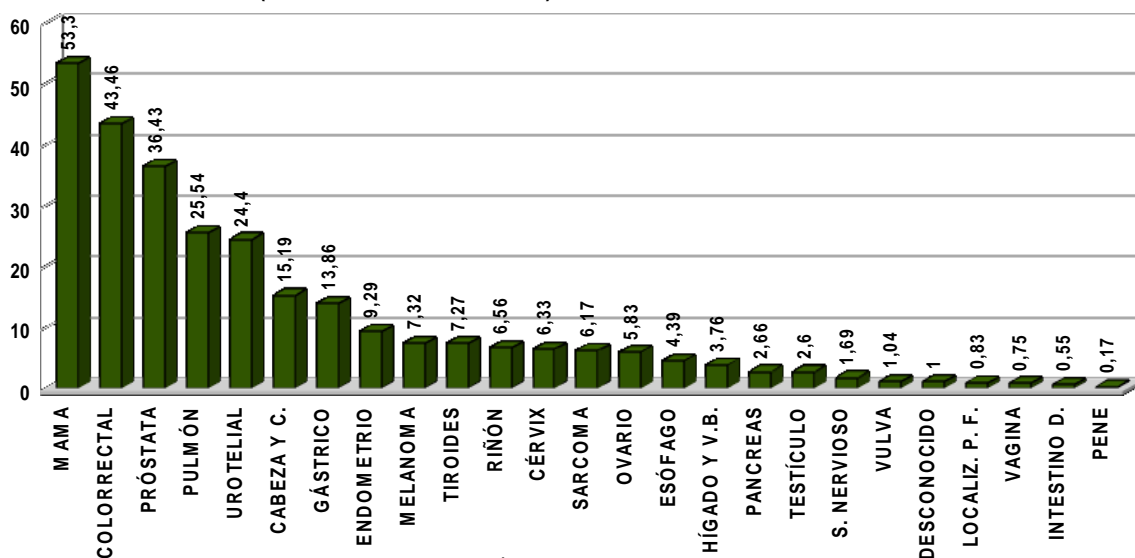


GRÁFICO Nº 11

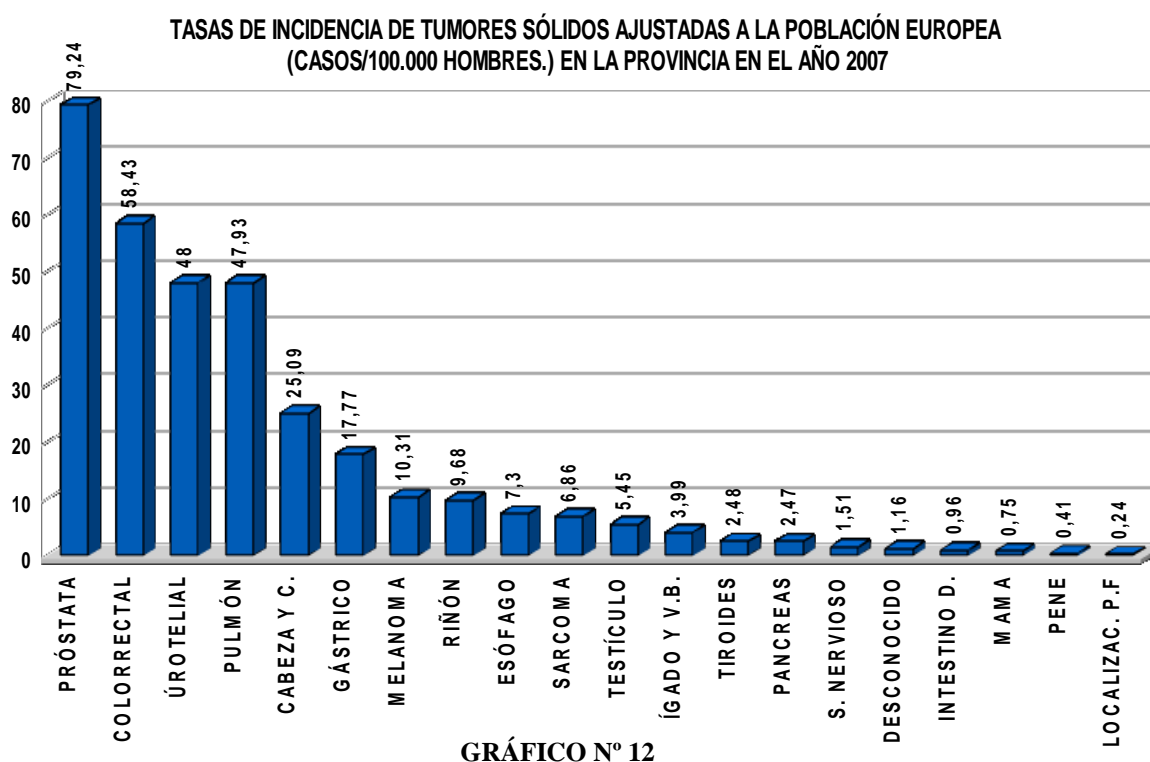
INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA PROVINCIA EN EL AÑO 2007						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
COLORRECTAL	280	19,39%	83,14	28,88	43,46	43,73
MAMA	226	15,65%	67,10	39,95	53,30	98,21
PRÓSTATA	220	15,24%	65,32	24,65	36,43	29,52
UROTELIAL	144	9,97%	42,76	17,34	24,40	24,70
PULMÓN	124	8,59%	36,82	17,92	25,54	36,10
GÁSTRICO	90	6,23%	26,72	9,46	13,86	13,57
CABEZA Y CUELLO	67	4,64%	19,89	10,47	15,19	22,87
ENDOMETRIO	41	2,84%	12,17	6,41	9,29	16,36
MELANOMA	34	2,35%	10,09	5,46	7,32	10,88
RIÑÓN	28	1,94%	8,31	5,01	6,56	9,95
SARCOMA	27	1,87%	8,01	5,03	6,17	6,49
TIROIDES	26	1,80%	7,72	5,91	7,27	14,54
CÉRVIX	25	1,73%	7,42	5,06	6,33	12,83
OVARIO	22	1,52%	6,53	4,41	5,83	11,94
HÍGADO Y V.B.	19	1,32%	5,64	2,70	3,76	6,41
ESÓFAGO	17	1,18%	5,04	3,19	4,39	8,20
PANCREAS	10	0,69%	2,96	1,83	2,66	5,16
VULVA	9	0,62%	2,67	0,60	1,04	0,93
TESTICULO	9	0,62%	2,67	2,65	2,60	1,41
S. NERVIOSO	8	0,55%	2,37	1,38	1,69	1,42
DESCONOCIDO	6	0,42%	1,78	0,69	1	0,73
LOCALIZ. POCO. FR	4	0,28%	1,18	0,61	0,83	1,47
INTESTINO D.	3	0,21%	0,89	0,35	0,55	0,93
VAGINA	3	0,21%	0,89	0,55	0,75	1,74
PENE	2	0,14%	0,59	0,08	0,17	0
TOTAL	1.444	100%	426,66	199,45	277,99	371,15

TABLA N° 18. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 habitantes), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 habitantes), (T.A.-P.E.): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000 habitantes), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

**TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN HOMBRES EN LA
PROVINCIA EN EL AÑO 2007.**

En relación al sexo masculino en el año 2007 la tasa de incidencia de tumores sólidos ajustada a la población europea fue de 329,81 (casos/100.000 hombres), la tasa de incidencia ajustada a la población mundial de 230,96 (casos/100.000 hombres), la tasa de incidencia bruta de 516,30 (casos/100.000 hombres) y la tasa truncada (entre 35 y 64 años) de 344,30 (Tabla nº 19).

En relación a la incidencia ajustada a la población europea, encontramos que el tipo de tumor con más incidencia en varones en el año 2007 fue el cáncer de próstata, con una incidencia de 79,24 (casos/100.000 hombres), en segundo lugar se encuentra el cáncer colorrectal con una incidencia de 58,43 (casos/100.000 hombres); en tercer lugar el cáncer urotelial con 48 (casos/100.000 hombres); seguido por el cáncer de pulmón 47,93 (casos/100.000 hombres); el cáncer de cabeza y cuello con 25,09 (casos/100.000 hombres); el cáncer gástrico con 17,77 (casos/100.000 hombres); los melanomas con 10,31 (casos/100.000 hombres); el cáncer de esófago con 5,87 (casos/100.000 hombres); el cáncer de riñón con 9,68 (casos/100.000 hombres); el cáncer de esófago con 7,3 (casos/100.000 hombres). (Tabla nº 19) (Gráfico nº 12).



INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN HOMBRES EN LA PROVINCIA EN EL AÑO 2007						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
PRÓSTATA	220	26,19%	136,03	53,10	79,24	60,49
COLORRECTAL	167	19,88%	103,26	38,74	58,43	55,93
UROTELIAL	131	15,60%	81	34,30	48	47,46
PULMÓN	110	13,10%	68,01	33,08	47,93	65,23
CABEZA Y CUELLO	53	6,31%	32,77	18,16	25,09	37,25
GÁSTRICO	48	5,71%	29,68	12,04	17,77	19,36
MELANOMA	21	2,50%	12,98	7,56	10,31	17,09
RIÑÓN	20	2,38%	12,36	7,42	9,68	15,25
ESÓFAGO	14	1,67%	8,65	5,36	7,3	12,93
SARCOMA	14	1,67%	8,65	6,12	6,86	1,78
HÍGADO Y V.B.	10	1,19%	6,18	2,67	3,99	5,15
TESTICULO	9	1,07%	5,56	5,57	5,45	2,88
TIROIDES	5	0,60%	3,09	1,92	2,48	2,93
PANCREAS	5	0,60%	3,09	1,64	2,47	3,57
S. NERVIOSO	3	0,36%	1,85	1,42	1,51	1,41
DESCONOCIDO	3	0,36%	1,85	0,81	1,16	1,52
INTESTINO D.	2	0,24%	1,23	0,63	0,96	1,84
PENE	2	0,24%	1,23	0,2	0,41	0
MAMA	2	0,24%	1,23	0,63	0,75	0
LOCALIZ. POCO FR	1	0,12%	0,61	0,12	0,24	0
TOTAL	840	100%	516,30	230,96	329,81	344,30

TABLA N° 19. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 hombres), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 hombres), (T.A.-P.E.-): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000 hombres), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

**TASA DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN MUJERES EN LA
PROVINCIA EN EL AÑO 2007.**

En mujeres, la tasa de incidencia de tumores sólidos ajustada a la población europea en el año 2007, fue de 238,40 (casos/100.000 mujeres), la tasa de incidencia ajustada a la población mundial fue de 175,21 (casos/100.000 mujeres), la tasa bruta de 353,06 (casos/100.000 mujeres), y la tasa de incidencia truncada (edad entre 35 y 64 años) de 343,67 (Tabla nº 20).

En relación a los distintos tipos de tumores diagnosticados en este año, la incidencia ajustada a la población europea es la siguiente:

El tumor con mayor incidencia en el sexo femenino, fue el cáncer de mama con 103,17 (casos/100.000 mujeres); seguido en segundo lugar del cáncer colorrectal con una incidencia de 30,95 (casos/100.000 mujeres); en tercer lugar el cáncer de endometrio con 17,94 (casos/100.000 mujeres); en cuarto lugar el cáncer de cérvix con 12,40 (casos/100.000 mujeres); en quinto lugar el cáncer de tiroides con 11,95 (casos/100.000 mujeres); seguido del cáncer de ovario con 11,42 (casos/100.000 mujeres); el cáncer gástrico con 10,16 (casos/100.000 mujeres); los sarcomas con 5,59 (casos/100.000 mujeres); el cáncer de pulmón con 5,25 (casos/100.000 mujeres) (Tabla nº 20) (Gráfico nº 13).

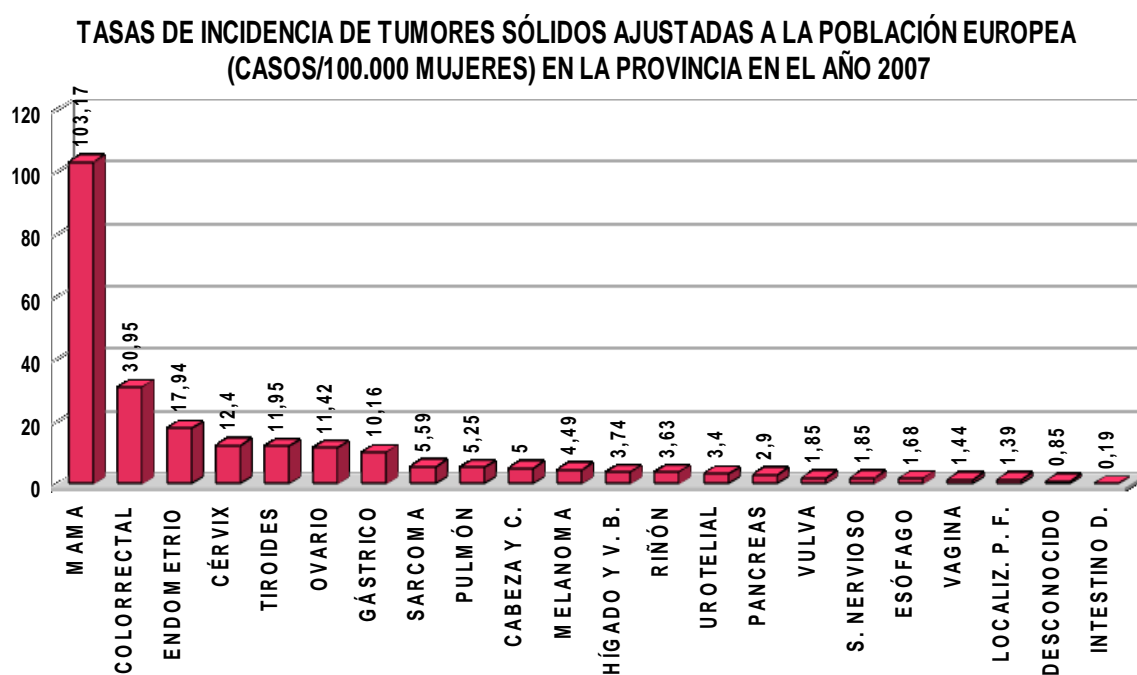


GRÁFICO Nº 13

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN MUJERES EN LA PROVINCIA EN EL AÑO 2007						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
MAMA	224	37,09%	127,10	77,80	103,17	195,77
COLORRECTAL	113	18,71%	64,56	20,44	30,95	32,15
GÁSTRICO	42	6,95%	23,99	6,99	10,16	6,26
ENDOMETRIO	41	6,79%	23,42	12,43	17,94	33,05
CÉRVIX	25	4,14%	14,28	9,96	12,40	25,41
OVARIO	22	3,64%	12,57	8,66	11,42	22,30
TIROIDES	21	3,48%	11,99	9,82	11,95	25,93
PULMÓN	14	2,32%	7,99	4,03	5,25	7,64
CABEZA Y CUELLO	14	2,32%	7,99	3,38	5	9,06
UROTELIAL	13	2,15%	7,42	2,34	3,40	2,85
MELANOMA	13	2,15%	7,42	3,46	4,49	4,76
SARCOMA	13	2,15%	7,42	4,04	5,59	11,09
VULVA	9	1,49%	5,14	1,08	1,85	1,9
HÍGADO Y V.B.	9	1,49%	5,14	2,85	3,74	7,76
RIÑÓN	8	1,32%	4,57	2,74	3,63	4,82
PANCREAS	5	0,83%	2,85	2,04	2,9	6,74
S. NERVIOSO	5	0,83%	2,85	1,35	1,85	1,42
ESÓFAGO	3	0,50%	1,71	1,16	1,68	3,61
DESCONOCIDO	3	0,50%	1,71	0,58	0,85	0
VAGINA	3	0,50%	1,71	1,12	1,44	3,4
LOCALIZ. POCO. FR	3	0,50%	1,71	1,07	1,39	2,86
INTESTINO D.	1	0,17%	0,57	0,09	0,19	0
TOTAL	604	100%	343,67	175,21	238,40	400,75

TABLA N° 20. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 mujeres), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 mujeres), (T.A.-P.E.-): Tasa ajustada a la población europea (casos/ 100.000 mujeres), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

TASAS ESPECÍFICAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN LA PROVINCIA EN EL AÑO 2007

En relación a las tasas específicas de incidencia por grupos de edad de la provincia de Salamanca, en el año 2007, y agrupando las distintas edades en quinquenios, obtuvimos como resultado, que las tasa específicas de incidencia discurrían de forma similar tanto para hombres como para mujeres, hasta el quinquenio de entre 35-39 años. A partir de este quinquenio de edad y hasta el quinquenio de entre los 55-59 años encontramos una mayor incidencia de tumores sólidos en el sexo femenino que en el masculino. Pero, a partir de este grupo de edad la incidencia específica por grupos de edad era mucho más elevada en hombres que en mujeres, alcanzando su pico máximo en el quinquenio de entre 75-79 años (Gráfico nº 14).

En el sexo femenino, a partir del quinquenio de entre 55-59 años, la incidencia específica se eleva paulatinamente hasta el quinquenio de entre 80-84 años, para descender a partir de esa edad (Gráfico nº 14).

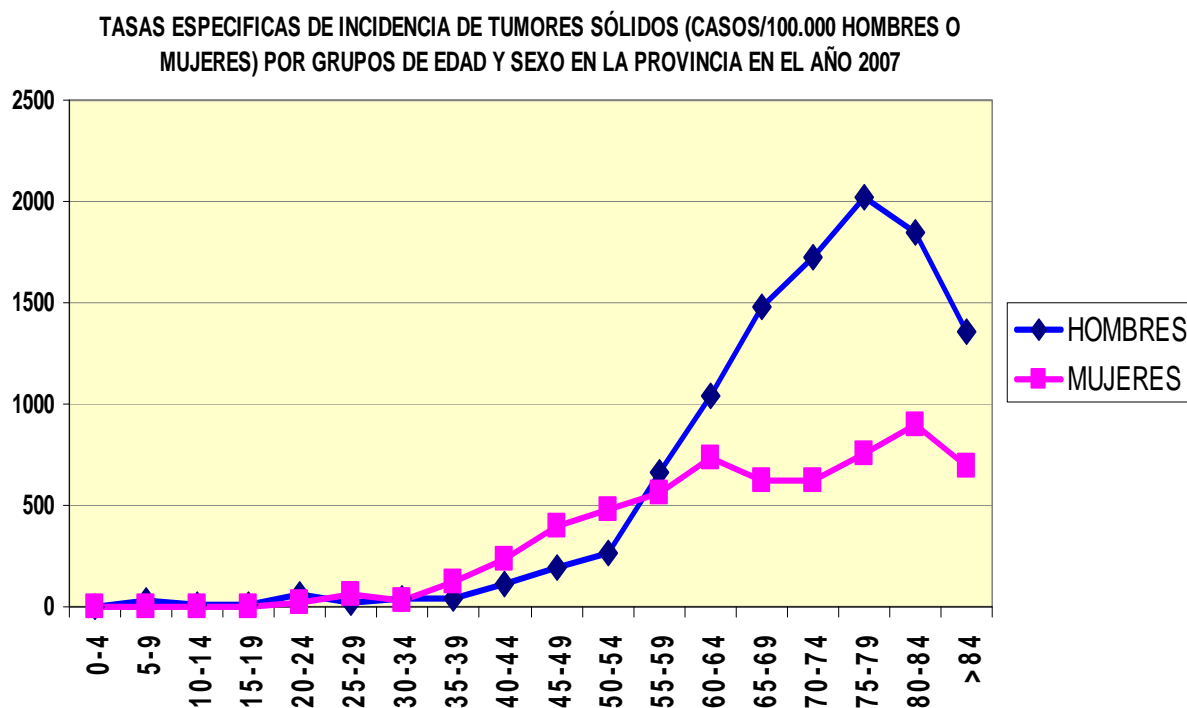


GRÁFICO Nº 14

4.3 PROVINCIA DE SALAMANCA AÑO 2008

4.3.1 DATOS DEMOGRÁFICOS.

En la provincia de Salamanca en el año 2008, estaban integrados dentro del Sistema Público de Salud, un total de 340.845 personas, de las que 164.103 (48%) eran varones y 176.742 (52%) eran mujeres (Gráfico nº 15).

DATOS DEMOGRÁFICOS PROVINCIA DE SALAMANCA AÑO 2.008

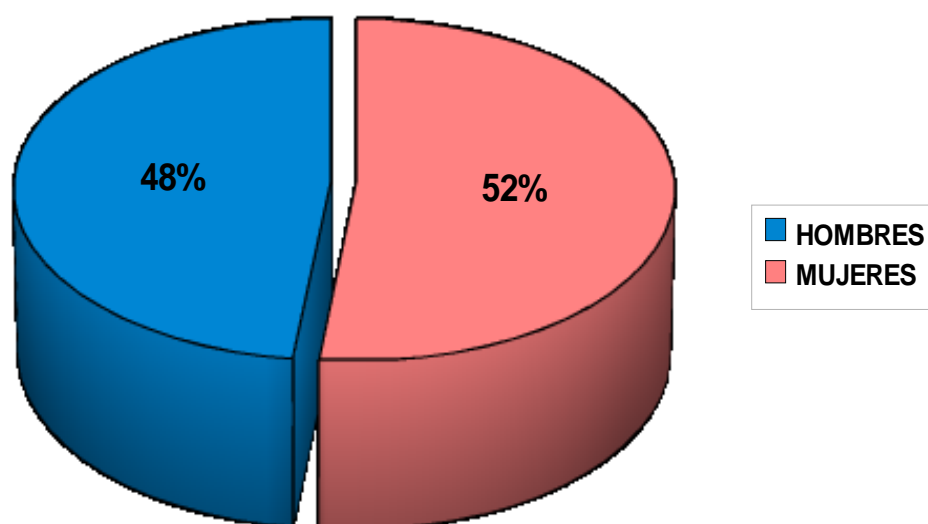


GRÁFICO Nº 15.

Agrupando la población según su sexo en grupos de edad definidos por quinquenios, tenemos como resultado que la población perteneciente al Sistema Público de Salud en la provincia de Salamanca en el año 2008, conforma una pirámide poblacional con un patrón similar a los años 2006 y 2007, esto es, una base estrecha y unos tramos intermedios y superiores más anchos que la base, obteniendo, de esta manera una pirámide poblacional regresiva (Gráfico nº 16).

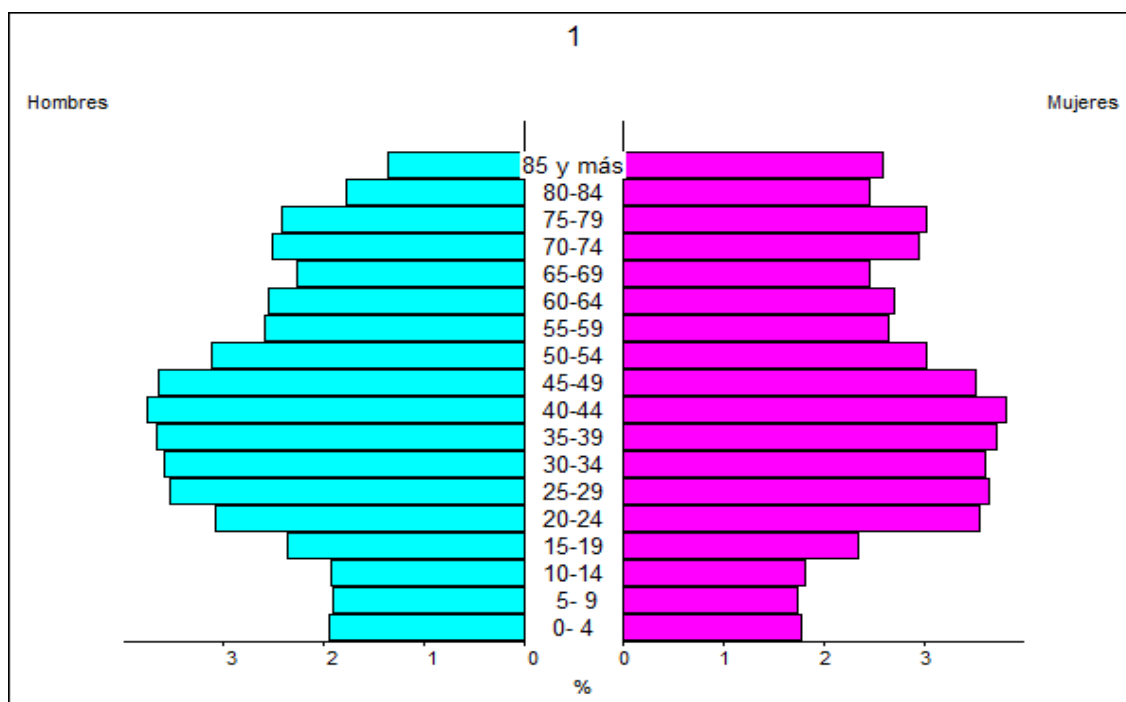


GRÁFICO N° 16.

Con los datos demográficos, se obtuvieron unos indicadores que nos ayudan a analizar la población de la provincia de Salamanca en el año 2008, obteniendo como resultado que al igual que en los dos años anteriores, la población de la provincia de Salamanca en el año 2008, es una población envejecida (Tabla nº 21).

INDICADORES DEMOGRÁFICOS PROVINCIA AÑO 2008		
ÍNDICE DE FRIZ	54,16	
ÍNDICE DE SUNDBARG	23,34	84,69
ÍNDICE DE BURGDÖFER	7,46	23,93
ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO	213,57	
EDAD MEDIA	44,87	
EDAD MEDIANA	43,62	

TABLA N° 21

4.3.2 INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA PROVINCIA EN EL AÑO 2008

En la provincia de Salamanca se diagnosticaron en el año 2008 un total de 1.584 tumores sólidos, de los que 943 (60%) casos se diagnosticaron en hombres y 641 (40%) casos fueron diagnosticados en mujeres (Gráfico nº 17).

TUMORES SÓLIDOS EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL AÑO 2008

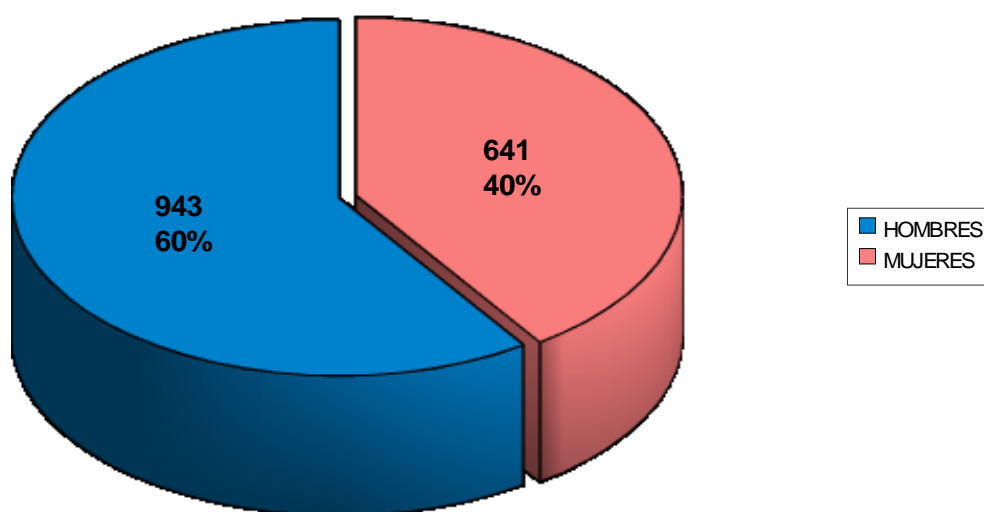


GRÁFICO Nº 17

Con respecto a la edad en que se diagnosticaron los distintos tipos de tumores sólidos en la provincia de Salamanca en el año 2008, observamos, que la edad media entre los varones en los se diagnosticó algún tipo de tumor, es de 69,59 años con una desviación típica de 11,95 y la mediana de 72 años, en mujeres la edad media fue de 65,49 años con una desviación típica de 15,28 y la mediana de 67 años (Tabla nº 22).

PROVINCIA DE SALAMANCA AÑO 2008		
	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	69,59	65,49
MEDIANA (EDAD)	72	67
DESVIACIÓN TÍPICA	11,95	15,28
EDAD MÍNIMA	3	7
EDAD MÁXIMA	97	96

TABLA Nº 22. MEDIDAS ESTADÍSTICAS CON RESPECTO A LA EDAD DE LOS PACIENTES EN LOS QUE SE HA DIAGNOSTICADO ALGÚN TIPO DE TUMOR SÓLIDO EN EL AÑO 2008.

En el sexo masculino la edad más baja en la que se diagnosticó un tumor fue de 3 años (cáncer renal) y la edad más alta de 97 años (cáncer colorrectal). En cuanto al sexo femenino la edad mínima fue de 7 años (cáncer del sistema nervioso) y la más elevada de 96 años (cáncer colorrectal). (Tabla nº 22).

TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA POBLACIÓN GLOBAL (AMBOS SEXOS) DE LA PROVINCIA EN EL AÑO 2008

En relación a las tasas de incidencia de tumores sólidos ajustadas a la población europea en la población global (ambos sexos) de la provincia de Salamanca en el año 2008, obtuvimos como resultado una tasa de incidencia ajustada a la población europea de 308,50 (casos/100.000 habitantes) y una tasa de incidencia ajustada a la población mundial de 220,27 (casos/100.000 habitantes), siendo la tasa bruta de 464,72 (casos/100.000 habitantes) y la tasa de incidencia truncada (entre 35 y 64 años) de 419,82. (Tabla nº 23).

Atendiendo a la población global, el tumor que mostraba una mayor incidencia era el cáncer de mama con una tasa de incidencia ajustada a la población europea de 58,85 (casos/100.000 habitantes), seguido en segundo lugar del cáncer de colorrectal con una tasa de incidencia de 50,53 (casos/100.000 habitantes), en tercer lugar el de próstata con 50,53 (casos/100.000 habitantes), en cuarto lugar el de pulmón con 31,93 (casos/100.000 habitantes), seguido del cáncer urotelial con 22,84 (casos/100.000 habitantes). (Tabla nº 23) (Gráfico nº 18).

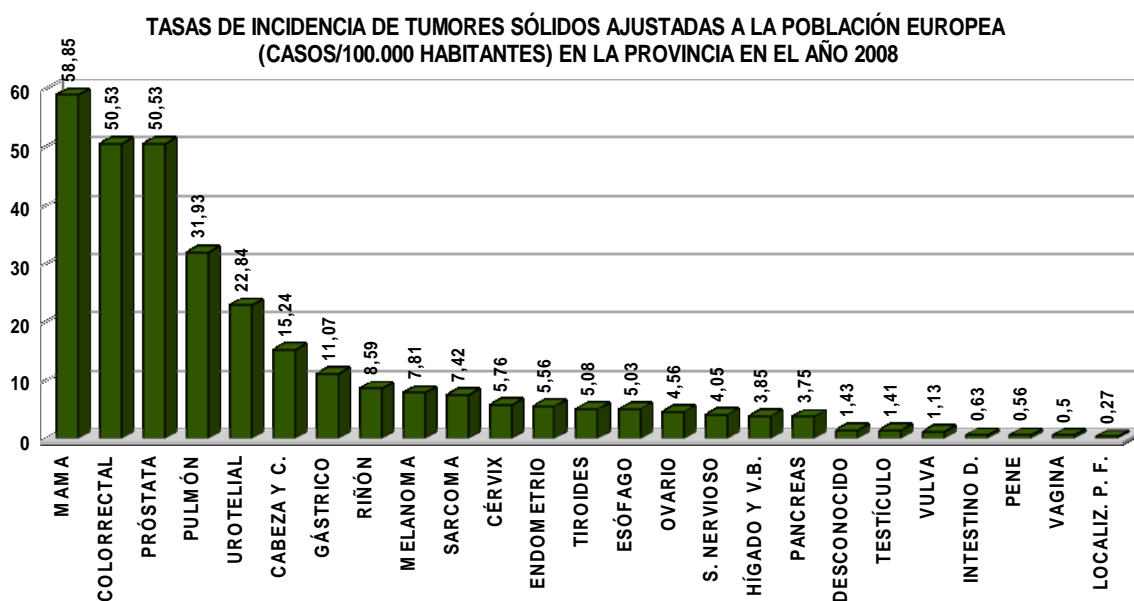


GRÁFICO Nº 18

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA PROVINCIA EN EL AÑO 2008						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
COLORRECTAL	306	19,32%	89,77	33,72	50,53	49,58
PRÓSTATA	282	17,80%	82,73	34,95	50,53	46,12
MAMA	250	15,78%	73,34	43,85	58,85	109,84
UROTELIAL	130	8,21%	38,14	15,76	22,84	31,36
PULMÓN	157	9,91%	46,06	22,55	31,93	48,62
GÁSTRICO	78	4,92%	22,88	7,12	11,07	10,77
CABEZA Y CUELLO	72	4,55%	21,12	10,80	15,24	24,87
MELANOMA	49	3,09%	14,37	5,55	7,81	5,87
SARCOMA	32	2,02%	9,38	5,94	7,42	10,83
RIÑÓN	33	2,08%	9,68	6,79	8,59	14,85
ENDOMETRIO	28	1,77%	8,21	3,92	5,56	8,43
ESÓFAGO	22	1,39%	6,45	3,69	5,03	8,37
TIROIDES	20	1,26%	5,86	4,20	5,08	8,80
CÉRVIX	20	1,26%	5,86	4,68	5,76	9,94
OVARIO	20	1,26%	5,86	3,42	4,56	8,43
HÍGADO Y V.B.	20	1,26%	5,86	2,71	3,85	5,25
PANCREAS	16	1,01%	4,69	2,67	3,75	6,40
S. NERVIOSO	16	1,01%	4,69	3,50	4,05	4,59
VULVA	8	0,51%	2,34	0,73	1,13	1,56
DESCONOCIDO	6	0,38%	1,76	1,03	1,43	2,44
TESTICULO	5	0,32%	1,46	1,37	1,41	0,71
INTESTINO D.	5	0,32%	1,46	0,40	0,63	0,71
PENE	5	0,32%	1,46	0,34	0,56	0
VAGINA	3	0,19%	0,88	0,37	0,50	0,69
LOCALIZ. POCO. F	1	0,06%	0,29	0,23	0,27	0,71
TOTAL	1.584	100%	464,72	220,27	308,50	419,82

TABLA N° 23. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000), (T.A.-P.E.-): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

**TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN HOMBRES EN LA
PROVINCIA EN EL AÑO 2008.**

En varones, en el año 2008 la tasa de incidencia de tumores sólidos ajustada a la población europea fue de 373,64 (casos/100.000 hombres), la tasa de incidencia ajustada a la población mundial de 260,70 (casos/100.000 hombres), la tasa de incidencia bruta de 574,63 (casos/100.000 hombres) y la tasa truncada (entre 35 y 64 años) de 419,03 (Tabla nº 24).

En relación a la incidencia ajustada a la población europea, el tumor con más incidencia en varones en el año 2008 fue el cáncer de próstata, con una incidencia de 108,10 (casos/100.000 hombres), en segundo lugar la clase de tumor con mayor incidencia fue el cáncer de pulmón con una incidencia de 58,54 (casos/100.000 hombres); en tercer lugar el cáncer colorrectal con 57,05 (casos/100.000 hombres); seguido del cáncer urotelial con 42,73 (casos/100.000 hombres); el cáncer de cabeza y cuello con 26,78 (casos/100.000 hombres); el cáncer gástrico con 16,51 (casos/100.000 hombres); los melanomas con 13,61 (casos/100.000 hombres); el cáncer renal con 12,95 (casos/100.000 hombres); el cáncer de esófago con 9,41 (casos/100.000 hombres); los sarcomas con 6,21 (casos/100.000 hombres). (Tabla nº 24) (Gráfico nº 19).

**TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS AJUSTADAS A LA POBLACIÓN EUROPEA
(CASOS/100.000 HOMBRES) EN LA PROVINCIA EN EL AÑO 2008**

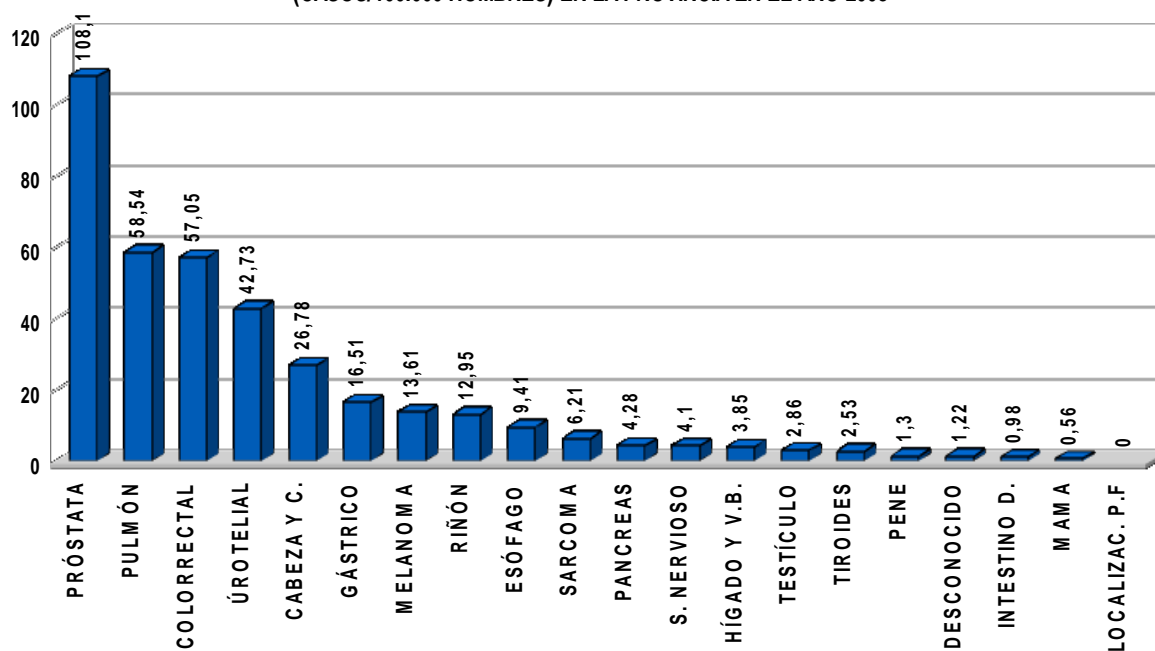


GRÁFICO Nº 19

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN HOMBRES EN LA PROVINCIA EN EL AÑO 2008						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
PRÓSTATA	282	29,90%	171,84	73,95	108,10	94,30
COLORRECTAL	160	16,97%	97,49	37,76	57,05	45,92
PULMÓN	138	14,63%	84,09	40,86	58,54	86,37
UROTELIAL	115	12,20%	70,07	29,18	42,73	55,32
CABEZA Y CUELLO	59	6,26%	35,95	18,87	26,78	42,90
GÁSTRICO	48	5,09%	29,24	10,69	16,51	15,89
MELANOMA	39	4,14%	23,76	9,26	13,61	9,01
RIÑÓN	23	2,44%	14,01	10,55	12,95	23,60
ESÓFAGO	19	2,01%	11,57	6,98	9,41	15,26
SARCOMA	12	1,27%	7,31	5,66	6,21	4,58
PANCREAS	10	1,06%	6,09	2,94	4,28	4,88
HÍGADO Y V.B.	9	0,95%	5,48	2,71	3,85	4,62
S. NERVIOSO	7	0,74%	4,26	3,49	4,10	7,50
TESTICULO	5	0,53%	3,04	2,78	2,86	1,43
TIROIDES	5	0,53%	3,04	2,21	2,53	2,79
PENE	5	0,53%	3,04	0,78	1,30	0
DESCONOCIDO	3	0,32%	1,82	0,80	1,22	1,68
INTESTINO D.	3	0,32%	1,82	0,66	0,98	1,46
MAMA	1	0,11%	0,60	0,48	0,56	1,44
LOCALIZ. POCO FR	0	0%	0	0	0	0
TOTAL	943	100%	574,63	260,70	373,64	419,03

TABLA N° 24. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000), (T.A.-P.E.-): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

**TASA DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN MUJERES EN LA
PROVINCIA EN EL AÑO 2008.**

En el sexo femenino, la tasa de incidencia de tumores sólidos ajustada a la población europea en el año 2008, fue de 256,24 (casos/100.000 mujeres), la tasa de incidencia ajustada a la población mundial es de 187,57 (casos/100.000 mujeres), la tasa bruta de 362,67 (casos/100.000 mujeres), y la tasa de incidencia truncada (edad entre 35 y 64 años) de 423,62 (Tabla nº 25).

En relación a los distintos tipos de tumores diagnosticados en el año 2008, la incidencia ajustada a la población europea fue la siguiente:

El tumor con mayor incidencia en el sexo femenino, fue el cáncer de mama con 114,16 (casos/100.000 mujeres); seguido en segundo lugar del cáncer colorrectal con una incidencia de 45,50 (casos/100.000 mujeres); en tercer lugar el cáncer de cérvix con 11,36 (casos/100.000 mujeres); en cuarto lugar el cáncer de endometrio con 10,64 (casos/100.000 mujeres); en quinto lugar el cáncer de ovario con 8,96 (casos/100.000 mujeres); seguido de los sarcomas con 8,53 (casos/100.000 mujeres); el cáncer de pulmón con 8,06 (casos/100.000 mujeres); el cáncer de tiroides con 7,59 (casos/100.000 mujeres); el cáncer de gástrico con 6,26 (casos/100.000 mujeres) (Tabla nº 25) (Gráfico nº 20).

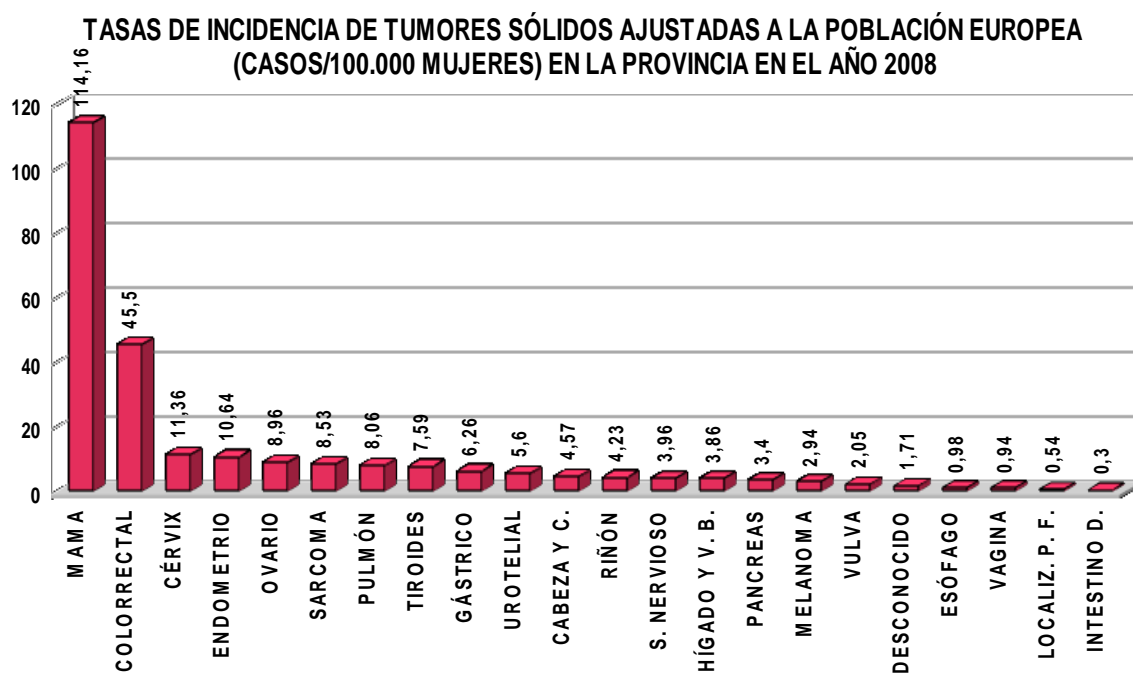


GRÁFICO Nº 20

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN MUJERES EN LA PROVINCIA EN EL AÑO 2008						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
MAMA	249	38,85%	140,88	85,37	114,16	216,73
COLORRECTAL	146	22,78%	82,60	30,59	45,50	53,65
GÁSTRICO	30	4,68%	16,97	3,93	6,26	5,84
ENDOMETRIO	28	4,37%	15,84	7,54	10,64	16,65
OVARIO	20	3,12%	11,31	6,74	8,96	16,97
CÉRVIX	20	3,12%	11,31	9,25	11,36	19,65
SARCOMA	20	3,12%	11,31	6,17	8,53	16,98
PULMÓN	19	2,96%	10,75	5,89	8,06	11,96
TIROIDES	15	2,34%	8,48	6,18	7,59	14,80
UROTELIAL	15	2,34%	8,48	3,82	5,60	7,85
CABEZA Y CUELLO	13	2,03%	7,35	3,27	4,57	7,22
HÍGADO Y V.B.	11	1,72%	6,22	2,72	3,86	5,85
MELANOMA	10	1,56%	5,65	2,34	2,94	2,89
RIÑÓN	10	1,56%	5,65	2,99	4,23	6,13
S. NERVIOSO	9	1,40%	5,09	3,56	3,96	1,68
VULVA	8	1,25%	4,52	1,35	2,05	3,06
PANCREAS	6	0,94%	3,39	2,51	3,40	7,96
VAGINA	3	0,47%	1,69	0,71	0,94	1,36
ESÓFAGO	3	0,47%	1,69	0,63	0,98	1,72
DESCONOCIDO	3	0,47%	1,69	1,29	1,71	3,17
INTESTINO D.	2	0,31%	1,13	0,15	0,30	0
LOCALIZ. POCO. FR	1	0,16%	0,56	0,47	0,54	1,40
TOTAL	641	100%	362,67	187,57	256,24	423,62

TABLA N° 25. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 mujeres), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 mujeres), (T.A.-P.E.-): Tasa ajustada a la población europea (casos/ 100.000 mujeres), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

TASAS ESPECÍFICAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN LA PROVINCIA EN EL AÑO 2008

En relación a las tasas específicas de incidencia por grupos de edad de la provincia de Salamanca, en el año 2008, y agrupando las distintas edades en quinquenios, obtuvimos como resultado, que las tasa específicas de incidencia discurrían de forma similar tanto para hombres como para mujeres, hasta el quinquenio de entre 25-29 años. A partir de este quinquenio y hasta el quinquenio de entre los 50-54 años, encontramos mayor incidencia de tumores sólidos en el sexo femenino, que en el sexo masculino. A partir de este quinquenio la incidencia específica por grupos de edad en mujeres y en hombres va ascendiendo hasta el quinquenio de 55-59 años en el que todavía la incidencia se mantiene mayor en el sexo femenino y a partir de aquí, la incidencia en hombres va ascendiendo progresivamente siendo mucho mayor que en las mujeres, hasta alcanzar la máxima incidencia entre los 75-79 años (Gráfico nº 21).

En el sexo femenino, la incidencia específica, va aumentando aunque mucho menos que en el sexo masculino, hasta alcanzar su pico máximo entre los 75 y 97 años para descender a continuación (Gráfico nº 21).

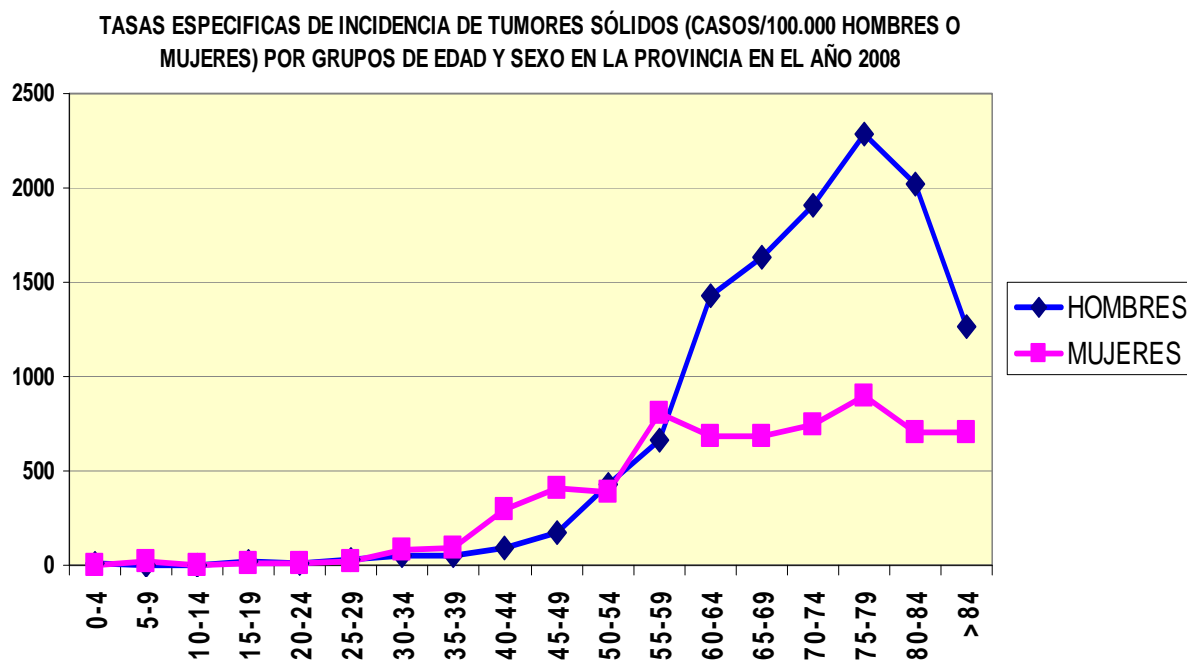


GRÁFICO Nº 21

4.4 COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA PROVINCIA EN EL PERIODO 2006-2008

En la provincia de Salamanca, en los tres años estudiados, se diagnosticaron un total de 4.459 tumores sólidos, de los que 2.596 fueron diagnosticados en varones y 1.863 fueron diagnosticados en mujeres.

En relación a la evolución de las tasas de incidencia de tumores sólidos ajustadas a la población europea en la provincia de Salamanca en el trienio 2006-2008, obtenemos como resultado, que las tasas de incidencia encontradas en hombres en los tres años, eran mayores que las tasas de incidencia en mujeres (Gráfico nº 22).

Considerando la población masculina, los resultados obtenidos indican que la tasa de incidencia va aumentando del año 2006 al 2007 y del 2007 al 2008, corroborándose en este último caso un aumento más acusado (Gráfico nº 22).

Con respecto al sexo femenino los años 2006 y 2007 mostraron una tasa de incidencia parecida, siendo algo menor en el año 2007 con respecto al año 2006 y produciéndose un aumento respecto a los dos años anteriores en el año 2008 (Gráfico nº 22).

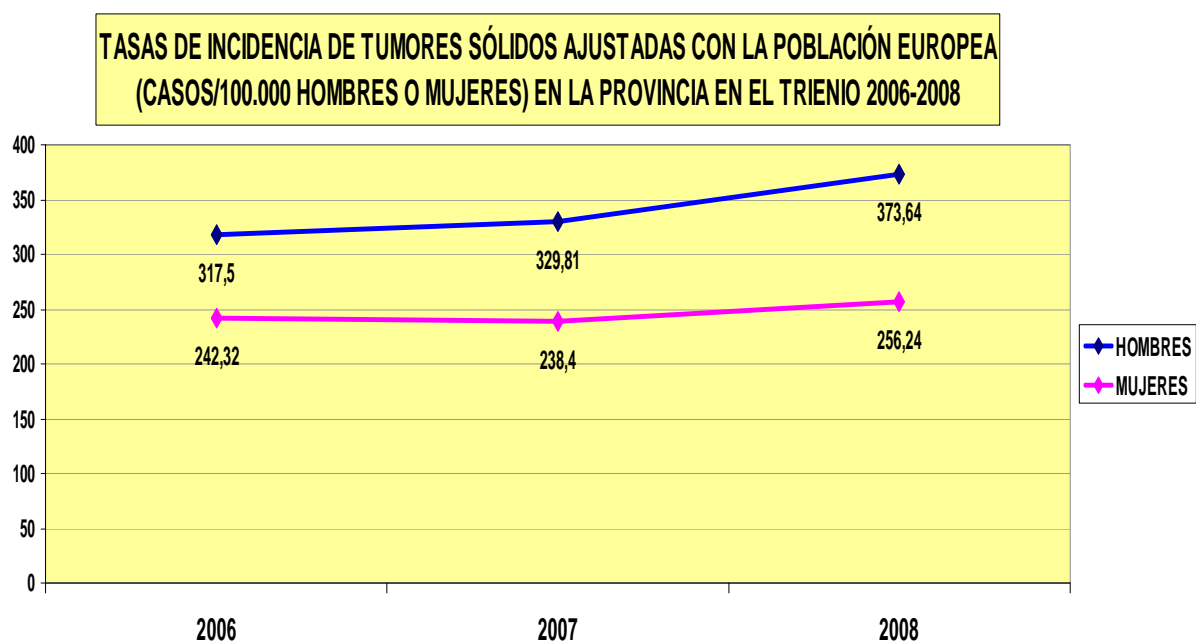


GRÁFICO Nº 22

COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA DE LOS DISTINTOS TIPOS DE TUMORES SÓLIDOS

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA POBLACIÓN GLOBAL (AMBOS SEXOS).

Comparando las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de los distintos tipos de tumores en el trienio 2006-2008 para la población en general (sin distinción de sexos), obtenemos como resultado, que el tumor con una mayor tasa de incidencia para los tres años, fue el cáncer de mama, seguido del cáncer colorrectal y en tercer lugar el cáncer de próstata que a su vez experimenta un importante aumento en el año 2008, en cuarto lugar encontramos el cáncer de pulmón con un progresivo aumento en cada año del trienio 2006-2008, a continuación el cáncer urotelial, seguido del cáncer de cabeza y cuello y gástrico respectivamente (Gráfico nº 23).

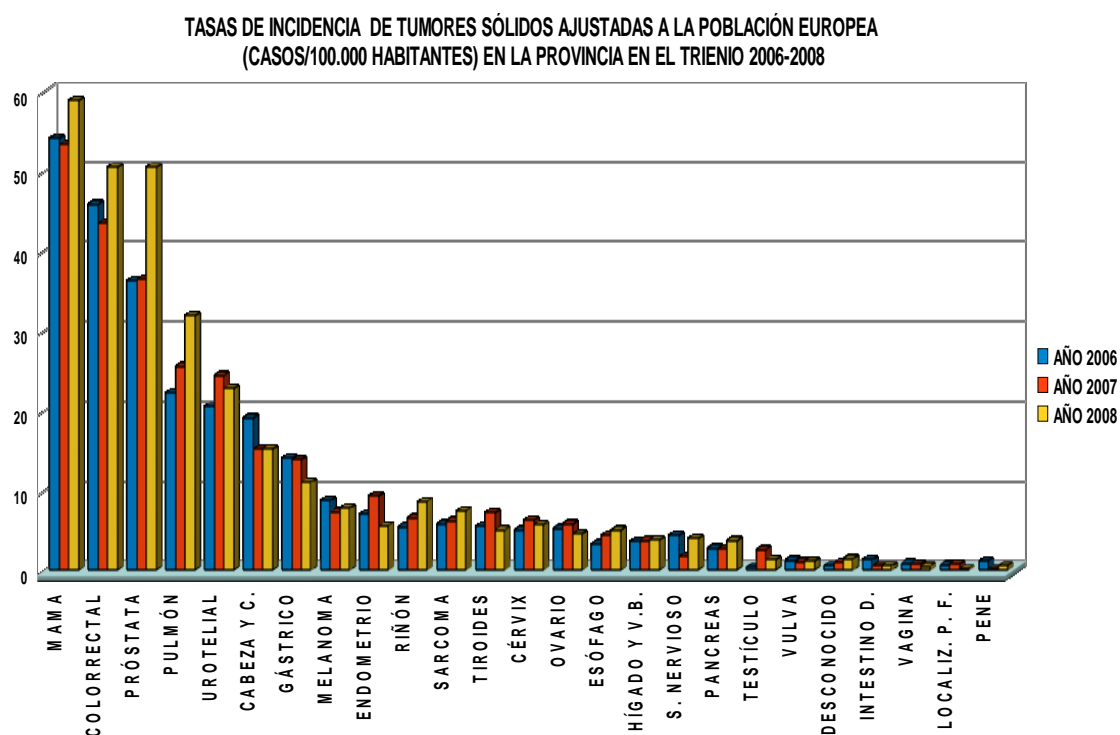


GRÁFICO Nº 23

Teniendo en cuenta los 10 principales tumores en la población global (sin distinción de sexos) de la provincia de Salamanca en el trienio 2006-2008 y en relación a su tasa de incidencia ajustada a la población europea, se obtiene como resultado, que el tumor sólido con

mayor tasa de incidencia en los tres años fue el cáncer de mama, seguido en segundo lugar del cáncer colorrectal en cada uno de los tres años del trienio estudiado y en tercer lugar el cáncer de próstata, igualmente, en todos los años; en cuarto lugar se encuentra el cáncer de pulmón para el año 2006 y el año 2008 y el cáncer urotelial en el año 2007; en quinto lugar en relación a su tasa de incidencia, se sitúa el cáncer urotelial en los años 2006 y 2008 y el cáncer de pulmón en el año 2008; en sexto lugar en el año 2006 y 2008 lo ocupa el cáncer de cabeza y cuello y el cáncer gástrico en el año 2007; en séptimo lugar se localiza el cáncer gástrico en los años 2006 y 2008 y el cáncer de cabeza y cuello en el año 2007; el octavo lugar lo ocupa en el año 2006 los melanomas, en el año 2007 el cáncer de endometrio y en el 2008 el cáncer de riñón; el cáncer de endometrio se sitúa en novena posición en el año 2006 y los melanomas en los años 2007 y 2008; y en décima posición encontramos los sarcomas en los años 2006 y 2008 y el cáncer de tiroides en el año 2007 (Tabla nº 26).

TUMORES SÓLIDOS CON MAYOR TASA DE INCIDENCIA EN LA POBLACIÓN GLOBAL DE LA PROVINCIA EN EL PERIODO 2006-2008 (SEGÚN SU TASA DE INCIENCIA AJUSTADA A LA POBLACIÓN EUROPEA)			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
1º	MAMA	MAMA	MAMA
2º	COLORRECTAL	COLORRECTAL	COLORRECTAL
3º	PRÓSTATA	PRÓSTATA	PRÓSTATA
4º	PULMÓN	UROTELIAL	PULMÓN
5º	UROTELIAL	PULMÓN	UROTELIAL
6º	CABEZA Y CUELLO	GÁSTRICO	CABEZA Y CUELLO
7º	GÁSTRICO	CABEZA Y CUELLO	GÁSTRICO
8º	MELANOMA	ENDOMETRIO	RIÑÓN
9º	ENDOMETRIO	MELANOMA	MELANOMA
10º	SARCOMA	TIROIDES	SARCOMA

TABLA Nº 26.

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN EL SEXO MASCULINO.

Atendiendo exclusivamente al sexo masculino, las tasas de incidencia ajuntadas a la población europea para el trienio 2006-2007, han dado los siguientes resultados: el tumor con mayor incidencia en hombres, fue el cáncer de próstata que a su vez experimenta un importante aumento en el año 2008, en segundo lugar fue el cáncer colorrectal seguido del cáncer urotelial y en cuarto lugar el cáncer de pulmón con un progresivo aumento desde el año 2006 al 2008, en sexto lugar el cáncer de cabeza y cuello y en séptimo lugar el cáncer gástrico con un descenso paulatino desde el 2006 al 2008 con un descenso más acusado en el año 2008 (Gráfico nº 24).

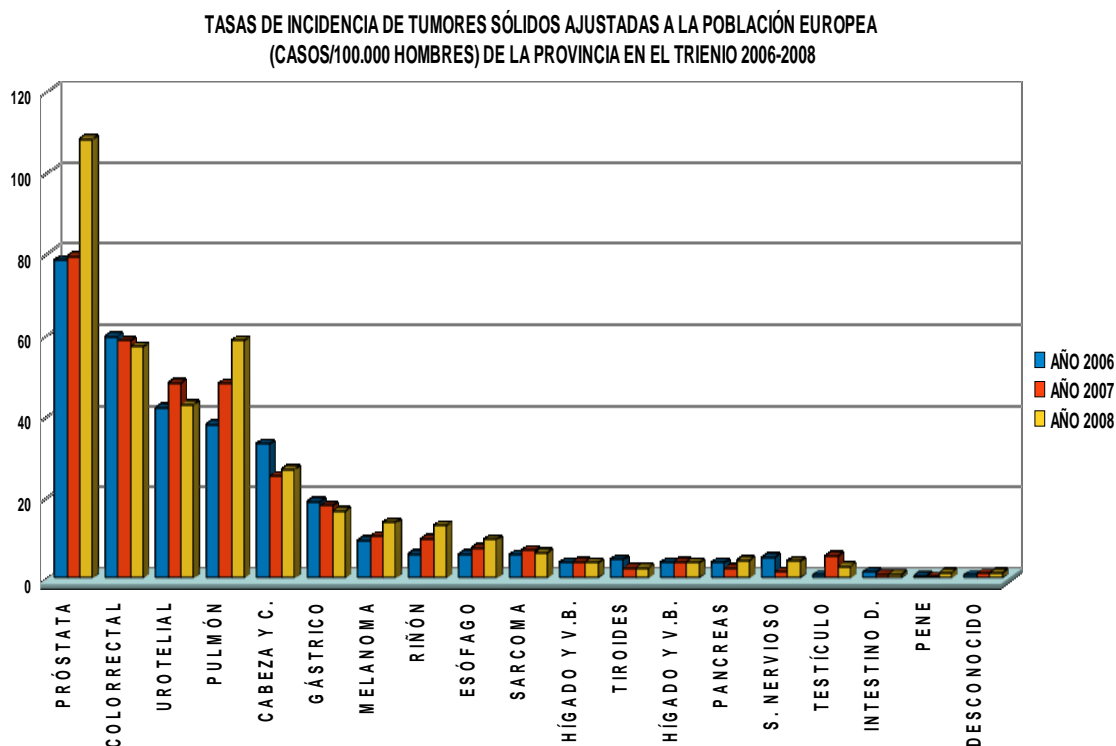


GRÁFICO Nº 24

Considerando las 10 tumores sólidos con mayores tasas de incidencia ajustada a la población europea en el sexo masculino de la provincia. Hemos obtenido como que la mayor tasa de incidencia en los años 2006, 2007 y 2008 era al cáncer de próstata, seguido en segundo lugar en los años 2006 y 2007 del cáncer colorrectal y en el año 2008 del cáncer de pulmón; en tercer lugar encontramos el cáncer urotelial en los años 2006 y 2007 y el cáncer colorrectal en el año 2008; en cuarto lugar y en los años 2006 y 2007 el cáncer de pulmón y en el año 2008 y el cáncer urotelial (Tabla nº 27).

TUMORES SÓLIDOS CON MAYOR TASA DE INCIDENCIA EN HOMBRES EN LA PROVINCIA EN EL PERIODO 2006-2008 (SEGÚN SU TASA DE INCIENCIA AJUSTADA A LA POBLACIÓN EUROPEA)			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
1°	PRÓSTATA	PRÓSTATA	PRÓSTATA
2°	COLORRECTAL	COLORRECTAL	PULMÓN
3°	UROTELIAL	UROTELIAL	COLORRECTAL
4°	PULMÓN	PULMÓN	UROTELIAL
5°	CABEZA Y CUELLO	CABEZA Y CUELLO	CABEZA Y CUELLO
6°	GÁSTRICO	GÁSTRICO	GÁSTRICO
7°	MELANOMA	MELANOMA	MELANOMA
8°	ESÓFAGO	RIÑÓN	RIÑÓN
9°	RIÑÓN	ESÓFAGO	ESÓFAGO
10°	SARCOMA	SARCOMA	SARCOMA

TABLA N° 27.

Considerando la edad en la que se diagnosticaron las distintas clases de tumores en el trienio 2006-2008, hemos observado que la edad media de los varones en los que se diagnosticó algún tipo de tumor sólido, se situó en cada uno de los tres años del estudio en los 69 años con una edad mediana en todos los años de 72 años (Tabla n° 28).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD HOMBRES EN LOS QUE SE DIAGNOSTICÓ ALGÚN TIPO DE TUMOR SÓLIDO EN LA PROVINCIA EN EL PERIODO 2006-2008.			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
EDAD MEDIA	69,95	69,59	69,59
MEDIANA (EDAD)	72	72	72
DESVIACIÓN TÍPICA	12,14	12,65	11,95
EDAD MÍNIMA	1	7	3
EDAD MAXIMA	99	93	97

TABLA N° 28

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN EL SEXO FEMENINO.

En la población femenina de la provincia de Salamanca el tipo de tumor con mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea, fue con mucha diferencia sobre los demás tipos de tumores, el cáncer de mama, seguido en segundo lugar del cáncer colorrectal; en tercer lugar el cáncer de endometrio; en cuarto lugar el cáncer de cérvix y en quinto y sexto lugar los cánceres de ovario y tiroides respectivamente (Gráfico nº 25).

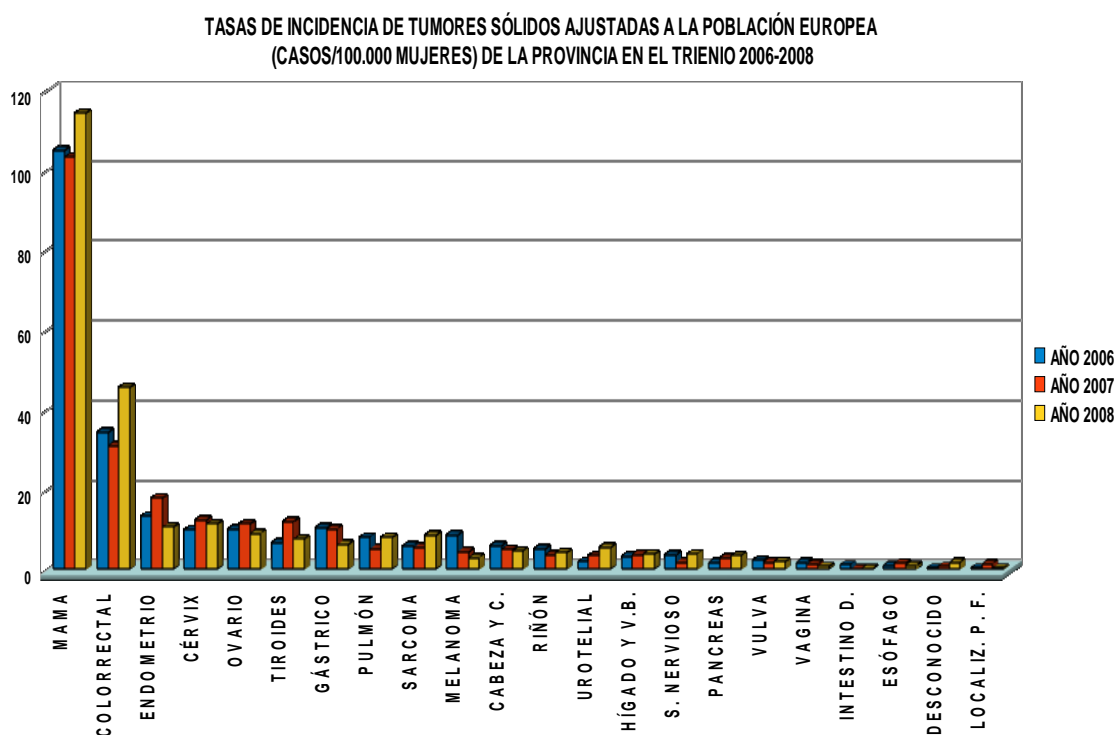


GRAFICO Nº 25.

Considerando los 10 tumores sólidos con mayores tasas de incidencia ajustadas a la población europea, hemos obtenido como resultado que para el sexo femenino de la provincia, la mayor tasa de incidencia ha correspondido en todo el trienio al cáncer de mama, colocándose en segundo lugar en los tres años el cáncer colorrectal; en tercer lugar en los años 2006 y 2007 el cáncer de endometrio y en el 2008 el cáncer de cérvix; en cuarto lugar para el año 2006 el cáncer gástrico en el año 2007 el cáncer de cerviz y en el año 2008 el cáncer de endometrio; en quinto lugar en los tres años, situamos el cáncer de ovario (Tabla nº 29).

TUMORES SÓLIDOS CON MAYOR TASA DE INCIDENCIA EN MUJERES EN LA PROVINCIA EN EL PERIODO 2006-2008 (SEGÚN SU TASA DE INCIENCIA AJUSTADA A LA POBLACIÓN EUROPEA)			
	<u>AÑO 2006</u>	<u>AÑO 2007</u>	<u>AÑO 2008</u>
1°	MAMA	MAMA	MAMA
2°	COLORRECTAL	COLORRECTAL	COLORRECTAL
3°	ENDOMETRIO	ENDOMETRIO	CÉRVIX
4°	GÁSTRICO	CÉRVIX	ENDOMETRIO
5°	OVARIO	OVARIO	OVARIO
6°	CÉRVIX	TIROIDES	SARCOMA
7°	MELANOMA	GÁSTRICO	PULMÓN
8°	PULMÓN	PULMÓN	TIROIDES
9°	TIROIDES	SARCOMA	GÁSTRICO
10°	CABEZA Y CUELLO	CABEZA Y CUELLO	UROTELIAL

TABLA N° 29

Considerando la edad en la que se diagnosticaron las distintas clases de tumores sólidos en el trienio 2006-2008, obtuvimos que la edad media de las mujeres en las que se diagnosticó algún tipo de tumor sólido, fue muy similar en los tres años. La edad mediana fue de 67 años en el año 2006, de 68 años en el año 2007 y de 67 años en el año 2008, y la desviación típica fue casi idéntica en los tres años (Tabla n° 30).

MEDIDAS ESTADISTICAS RESPECTO A LA EDAD DE LAS MUJERES EN LAS QUE SE DIAGNOSTICÓ ALGÚN TIPO DE TUMOR SÓLIDO EN LA PROVINCIA EN EL PERIODO 2006-2008.			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
EDAD MEDIA	66,28	65,96	65,49
MEDIANA (EDAD)	69	68	67
DESVIACIÓN TÍPICA	15,25	15,42	15,28
EDAD MÍNIMA	9	20	7
EDAD MÁXIMA	97	97	96

TABLA N° 30

RAZÓN DE TASAS HOMBRE/MUJER EN LA PROVINCIA EN EL PERIODO
2006-2008.

De los distintos tumores que aparecen tanto en hombres como en mujeres, la razón de tasas de incidencia, nos da como resultado, que en todos los tumores menos en el cáncer de tiroides en que la incidencia es mayor en el sexo femenino que en el sexo masculino y en los tumores del sistema nervioso, los sarcomas, los tumores de origen desconocido y los tumores de hígado y vías biliares en los que la incidencia es más o menos parecida, en todos los demás tumores diagnosticados en la provincia de Salamanca en el trienio 2006-2008, la incidencia es mayor en el sexo masculino. Destacando por su mayor incidencia en hombres que en mujeres, el cáncer urotelial, el cáncer de pulmón, el cáncer de esófago y el cáncer de cabeza y cuello (Tabla nº 31).

RAZÓN DE TASAS DE INCIDENCIA HOMBRE/MUJER EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
COLORRECTAL	1,7	1,8	1,2
UROTelial	20	14,1	7,6
PULMÓN	4,6	9,1	7,26
GÁSTRICO	1,7	1,7	2,6
CABEZA Y CUELLO	5,5	5	5,8
MELANOMA	1,05	2,2	4,6
SARCOMA	0,95	1,2	0,72
RIÑÓN	1,1	2,6	3
TIROIDES	0,6	0,2	0,3
HÍGADO Y VÍAS BIL.	1,1	1,06	0,9
ESÓFAGO	5,8	4,3	9,6
SISTEMA NERVIOSO	1,3	0,8	1,03
PANCREAS	2,1	0,85	1,2
INTESTINO DELGADO	1,1	5	3,2
DESCONOCIDO	1,3	1,3	0,7
LOCALIZ. POCO FR.	2,1	0,17	---
TOTAL	2,6	2,6	2,4

TABLA Nº 31. RAZON DE TASAS HOMBRE/MUJER.

TASAS AJUSTADAS A LA POBLACIÓN EUROPEA (CASOS/100.000)

RAZÓN DE TASAS > 1. TASAS DE INCIDENCIA MAYOR EN HOMBRES.

RAZÓN DE TASAS < 1. TASAS DE INCIDENCIA MAYOR EN MUJERES.

4.5 SALAMANCA CIUDAD AÑO 2006.

4.5.1 DATOS DEMOGRÁFICOS.

En la ciudad de Salamanca en el año 2006, estaban incluidos dentro del Sistema Público de Salud, un total de 170.062 personas, de las que 77.436 (46%) eran varones y 92.626 (54%) eran mujeres (Gráfico n° 26).

DATOS DEMOGRÁFICOS SALAMANCA CAPITAL AÑO 2.006

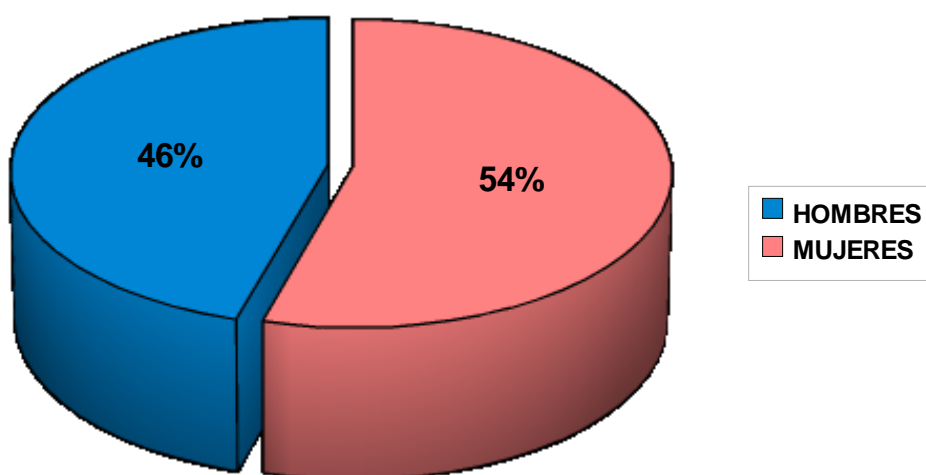


GRÁFICO N° 26.

Al agrupar a la población incluida en el Sistema Público de Salud en razón de su edad y sexo en quinquenios, nos dio como resultado una pirámide poblacional regresiva, con una base estrecha y unos tramos intermedios más anchos que la base de la pirámide y unos tramos superiores también más anchos que su base en el caso del sexo masculino pero menos anchos que su base en el caso del sexo femenino (Gráfico n° 27).

La pirámide poblacional resultante fue claramente regresiva que nos define un envejecimiento de la población de la ciudad de Salamanca, pero este envejecimiento fue mayor en el caso del sexo femenino que en el caso del sexo masculino al mostrarnos unos tramos intermedios y superiores más anchos en mujeres que en hombres (Gráfico n° 27).

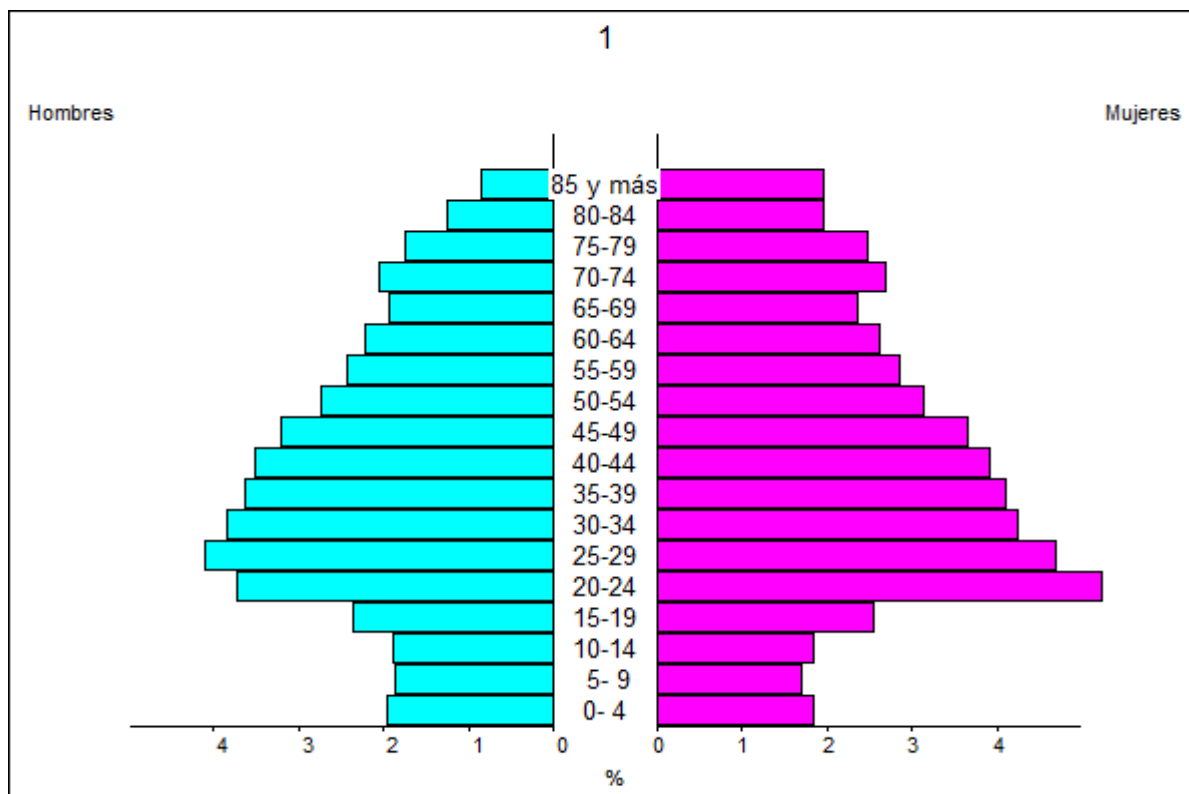


GRÁFICO N° 27.

Con los datos demográficos, se obtuvieron como resultado unos indicadores que nos analizaban la población de la ciudad de Salamanca en el año 2006, obteniendo que la población de la ciudad de Salamanca incluida en el Sistema Público de Salud en el año 2006, era una población envejecida (Tabla n° 32).

INDICADORES DEMOGRÁFICOS CIUDAD AÑO 2006		
ÍNDICE DE FRIZ	53,56	
ÍNDICE DE SUNDBARG	21,22	67,04
ÍNDICE DE BURGDÖFER	7,41	23,04
ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO	172,72	
EDAD MEDIA	42,23	
EDAD MEDIANA	39,99	

TABLA N° 32

4.5.2 INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA CIUDAD EN EL AÑO 2006.

En la ciudad de Salamanca se diagnosticaron en el año 2006 un total de 684 tumores sólidos, de los que 359 (52%) casos se diagnosticaron en hombres y 325 (48%) casos fueron diagnosticados en mujeres (Gráfico n° 28).

TUMORES SÓLIDOS EN LA CIUDAD DE SALAMANCA EN EL AÑO 2006

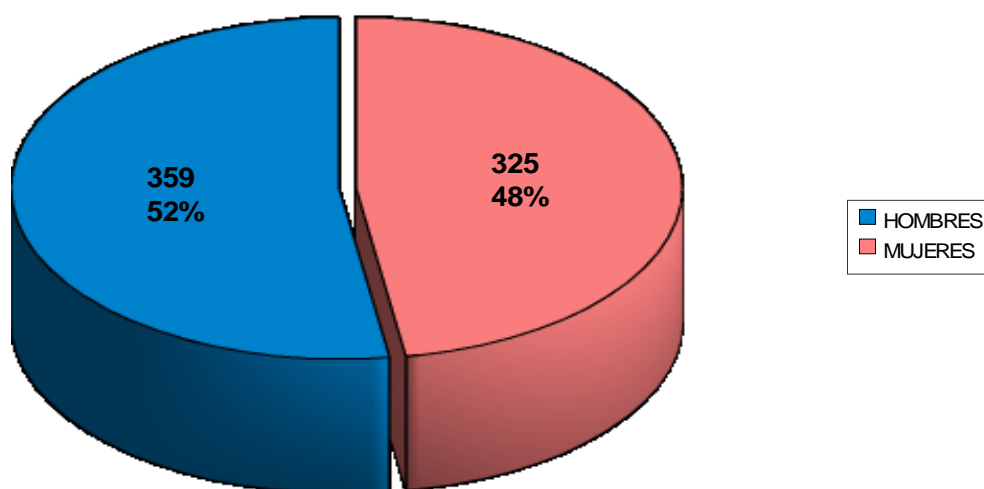


GRÁFICO N° 28

Atendiendo a la edad en que se diagnosticaron los distintos tipos de tumores sólidos en la ciudad de Salamanca en el año 2006, obtuvimos como resultado, que la edad media entre los varones en los se diagnosticó algún tipo de tumor, fue de 69,15 años con una desviación típica de 12,94 y la mediana de 72 años, en mujeres la edad media fue de 64,67 años con una desviación típica de 15,53 y la mediana de 67 años (Tabla n° 33).

SALAMANCA CIUDAD AÑO 2006		
	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	69,15	64,67
MEDIANA (EDAD)	72	67
DESVIACIÓN TÍPICA	12,94	15,53
EDAD MÍNIMA	1	26
EDAD MÁXIMA	99	96

TABLA N° 33. MEDIDAS ESTADÍSTICAS CON RESPECTO A LA EDAD DE LOS PACIENTES EN LOS QUE SE HA DIAGNOSTICADO ALGÚN TIPO DE TUMOR SÓLIDO EN EL AÑO 2006.

En el sexo masculino la edad más baja en la que se diagnosticó un tumor fue con 1 año de edad (cáncer del sistema nervioso) y la edad más elevada fue de 99 años (cáncer colorrectal). En el sexo femenino la edad mínima fue de 26 años (cáncer de tiroides) y la más alta de 96 años (cáncer de mama). (Tabla n° 33).

TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA POBLACIÓN GLOBAL (AMBOS SEXOS) DE LA CIUDAD EN EL AÑO 2006

En relación a la incidencia de tumores sólidos en la población global (ambos sexos) de la ciudad en el año 2006, obtuvimos como resultado una tasa de incidencia ajustada a la población europea de 293,57 (casos/100.000 habitantes) y una tasa de incidencia ajustada a la población mundial de 206,93 (casos/100.000 habitantes), siendo la tasa bruta de 402,20 (casos/100.000 habitantes) y la tasa de incidencia truncada (entre 35 y 64 años) de 390,99. (Tabla n° 34).

Atendiendo a la población global, el tumor que mostró una mayor incidencia fue el cáncer de mama con una tasa de incidencia ajustada a la población europea de 64,77 (casos/100.000 habitantes), seguido en segundo lugar del cáncer de colorrectal con una tasa de incidencia de 45,38 (casos/100.000 habitantes), en tercer lugar el de próstata con 34,69 (casos/100.000 habitantes), en cuarto lugar el cáncer urotelial con 24,38 (casos/100.000 habitantes), seguido del cáncer de cabeza y cuello con 20,49 (casos/100.000 habitantes). (Tabla n° 34) (Gráfico n° 29).

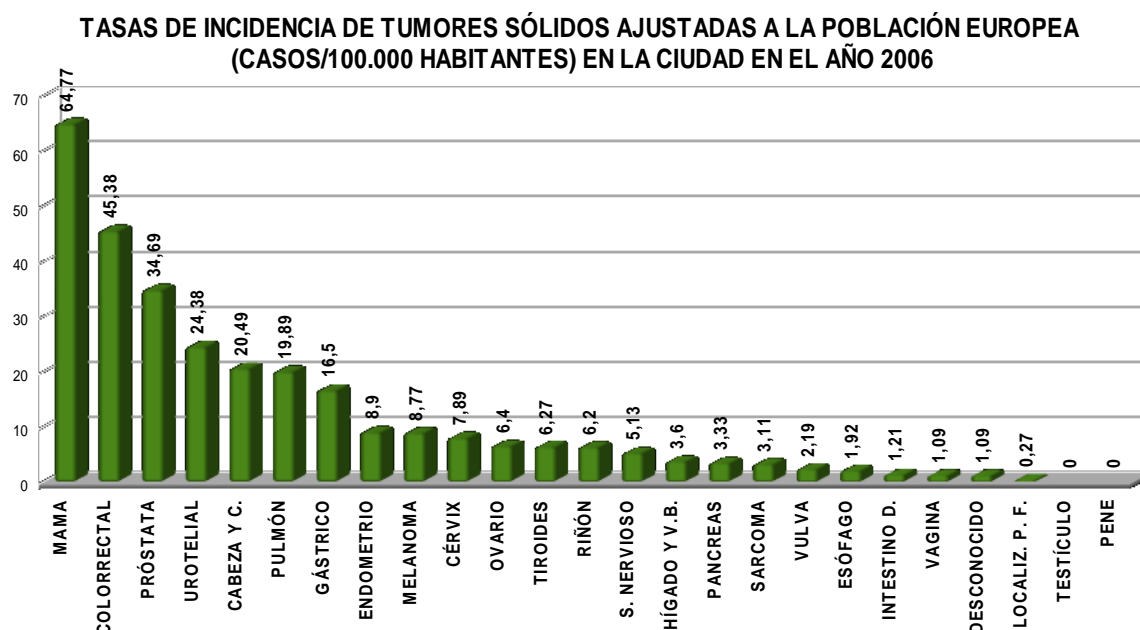


GRÁFICO N° 29

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA CIUDAD EN EL AÑO 2006						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
MAMA	133	19,44%	78,28	47,88	64,77	112,49
COLORRECTAL	123	17,98%	72,40	29,39	45,38	40,61
PROSTATA	86	12,57%	50,62	23,77	34,69	32,22
UROTELIAL	67	9,80%	39,43	16,06	24,38	30,51
GÁSTRICO	49	7,16%	28,84	10,24	16,50	13,19
PULMÓN	44	6,43%	25,90	13,92	19,89	30,56
CABEZA Y CUELLO	43	6,29%	25,31	14,47	20,49	31,21
ENDOMETRIO	19	2,78%	11,18	6,08	8,90	13,45
MELANOMA	17	2,49%	10	6,43	8,77	19,14
CÉRVIX	16	2,34%	9,41	5,97	7,89	16,95
OVARIO	14	2,05%	8,24	4,67	6,40	7,96
RIÑÓN	12	1,75%	7,06	4,39	6,20	10,03
TIROIDES	12	1,75%	7,06	5,37	6,27	9,22
SARCOMA	8	1,17%	4,70	2,20	3,11	2,83
HÍGADO Y V.B.	8	1,17%	4,70	2,53	3,60	4,47
PANCREAS	7	1,02%	4,12	2,34	3,33	1,78
SISTEM. NERVIOSO	7	1,02%	4,12	5,63	5,13	3,48
VULVA	7	1,02%	4,12	1,50	2,19	2,93
ESÓFAGO	4	0,58%	2,35	1,38	1,92	3,05
INTESTINO D.	3	0,44%	1,76	0,71	1,21	1,69
DESCONOCIDO	2	0,29%	1,17	0,87	1,09	1,41
VAGINA	2	0,29%	1,17	0,87	1,09	1,41
LOCALIZ. POCO. F.	1	0,15%	0,58	0,13	0,27	0
PENE	0	0%	0	0	0	0
TESTÍCULO	0	0%	0	0	0	0
TOTAL	684	100%	402,20	206,93	293,57	390,99

TABLA N° 34. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 habitantes), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 habitantes), (T.A.-P.E.-): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000 habitantes), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN HOMBRES EN LA CIUDAD
EN EL AÑO 2006.

En varones en el año 2006 la tasa de incidencia de tumores sólidos ajustada a la población europea fue de 388,16 (casos/100.000 hombres), la tasa de incidencia ajustada a la población mundial de 231,98 (casos/100.000 hombres), la tasa de incidencia bruta de 463,60 (casos/100.000 hombres) y la tasa truncada (entre 35 y 64 años) de 361,72 (Tabla n° 35).

En relación a la incidencia ajustada a la población europea, el tumor con más incidencia en varones en el año 2006 fue el cáncer de próstata, con una incidencia de 80,08 (casos/100.000 hombres), en segundo lugar la clase de tumor con mayor incidencia fue el cáncer de colorrectal con una incidencia de 64,80 (casos/100.000 hombres); en tercer lugar el cáncer urotelial con 54,52 (casos/100.000 hombres); seguido del cáncer de cabeza y cuello con 36,98 (casos/100.000 hombres); el cáncer de pulmón con 33,51 (casos/100.000 hombres); el cáncer gástrico con 20,34 (casos/100.000 hombres); los melanomas con 8,09 (casos/100.000 hombres); el cáncer renal con 7,22 (casos/100.000 hombres); el cáncer del sistema nervioso con 6,53 (casos/100.000 hombres); el cáncer de tiroides con 6 (casos/100.000 hombres). (Tabla n° 35) (Gráfico n° 30).

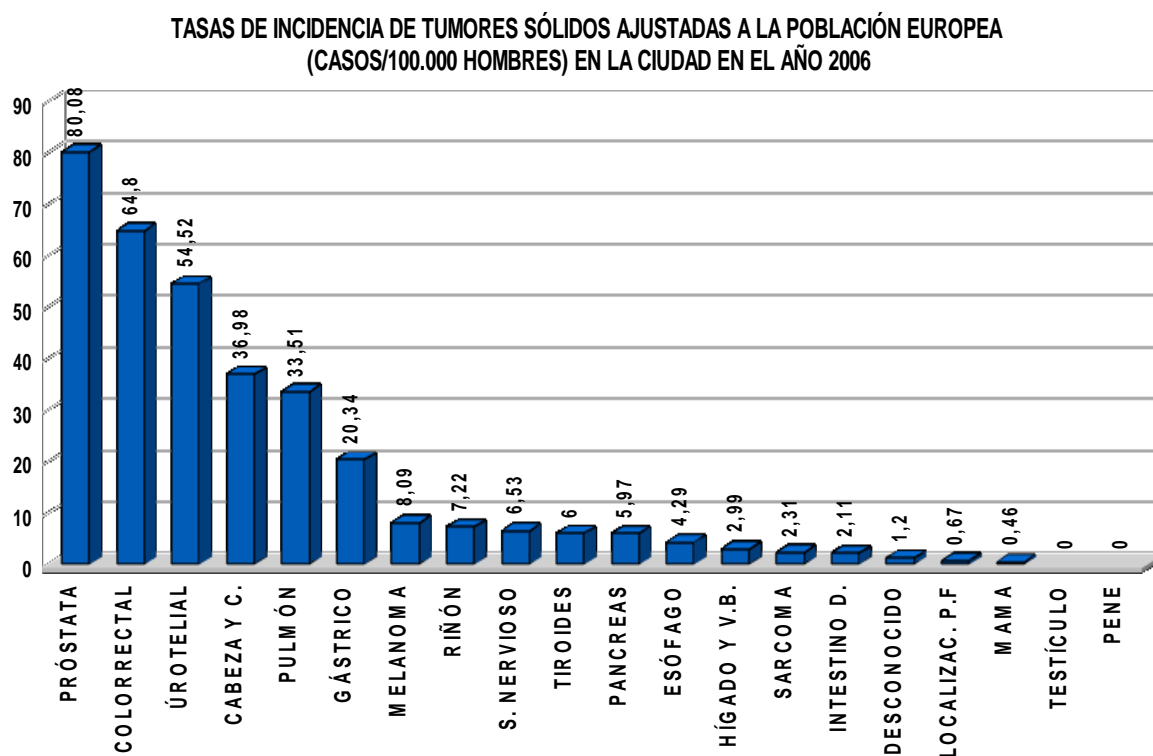


GRÁFICO N° 30

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN HOMBRES EN LA CIUDAD EN EL AÑO 2006						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
PRÓSTATA	86	23,96%	111,05	54,31	80,08	70,35
COLORRECTAL	75	20,89%	96,85	41,49	64,80	56,71
UROTELIAL	61	16,99%	78,77	35,81	54,52	66,59
PULMÓN	34	9,47%	43,90	23,16	33,51	48,90
CABEZA Y CUELLO	34	9,47%	43,90	26,16	36,98	53,78
GÁSTRICO	25	6,96%	32,28	12,52	20,34	14,07
MELANOMA	8	2,23%	10,33	5,69	8,09	13,86
RIÑÓN	7	1,95%	9,03	5,12	7,22	7,11
TIROIDES	5	1,39%	6,45	5,08	6	9,74
PANCREAS	5	1,39%	6,45	4,35	5,97	3,85
ESÓFAGO	4	1,11%	5,16	3,07	4,29	6,6
S. NERVIOSO	4	1,11%	5,16	8,62	6,53	0
SARCOMA	3	0,84%	3,87	1,57	2,31	3
HÍGADO Y V.B.	3	0,84%	3,87	2,19	2,99	3,39
INTESTINO D.	2	0,56%	2,58	1,30	2,11	3,7
LOCALIZ. POCO FR	1	0,28%	1,29	0,33	0,67	0
DESCONOCIDO	1	0,28%	1,29	0,90	1,20	0
MAMA	1	0,28%	1,29	0,23	0,46	0
PENE	0	0,00%	0	0	0	0
TESTÍCULO	0	0,00%	0	0	0	0
TOTAL	359	100%	463,60	231,98	388,16	361,72

TABLA N° 35. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 hombres), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 hombres), (T.A.-P.E.-): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000 hombres), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

TASA DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN MUJERES EN LA CIUDAD
EN EL AÑO 2006.

En el sexo femenino, la tasa de incidencia de tumores sólidos ajustada a la población europea en el año 2006, es de 264,86 (casos/100.000 mujeres), la tasa de incidencia ajustada a la población mundial fue de 190,62 (casos/100.000 mujeres), la tasa bruta de 350,87 (casos/100.000 mujeres), y la tasa de incidencia truncada (edad entre 35 y 64 años) de 418,31 (Tabla n° 36).

Atendiendo a los distintos tipos de tumores diagnosticados en el año 2006, los resultados de la incidencia ajustada a la población europea fueron los siguientes:

El tumor con mayor incidencia en el sexo femenino, fue el cáncer de mama con 117,70 (casos/100.000 mujeres); seguido en segundo lugar del cáncer colorrectal con una incidencia de 30,90 (casos/100.000 mujeres); en tercer lugar el cáncer de endometrio con 16,04 (casos/100.000 mujeres); en cuarto lugar el cáncer de cérvix con 14,51 (casos/100.000 mujeres); en quinto lugar el cáncer gástrico con 14,22 (casos/100.000 mujeres); seguido del cáncer de ovario con 11,68 (casos/100.000 mujeres); los melanomas con 9,65 (casos/100.000 mujeres); el cáncer de pulmón con 9,20 (casos/100.000 mujeres); el cáncer de cabeza y cuello con 6,99 (casos/100.000 mujeres) (Tabla n° 36) (Gráfico n° 31).

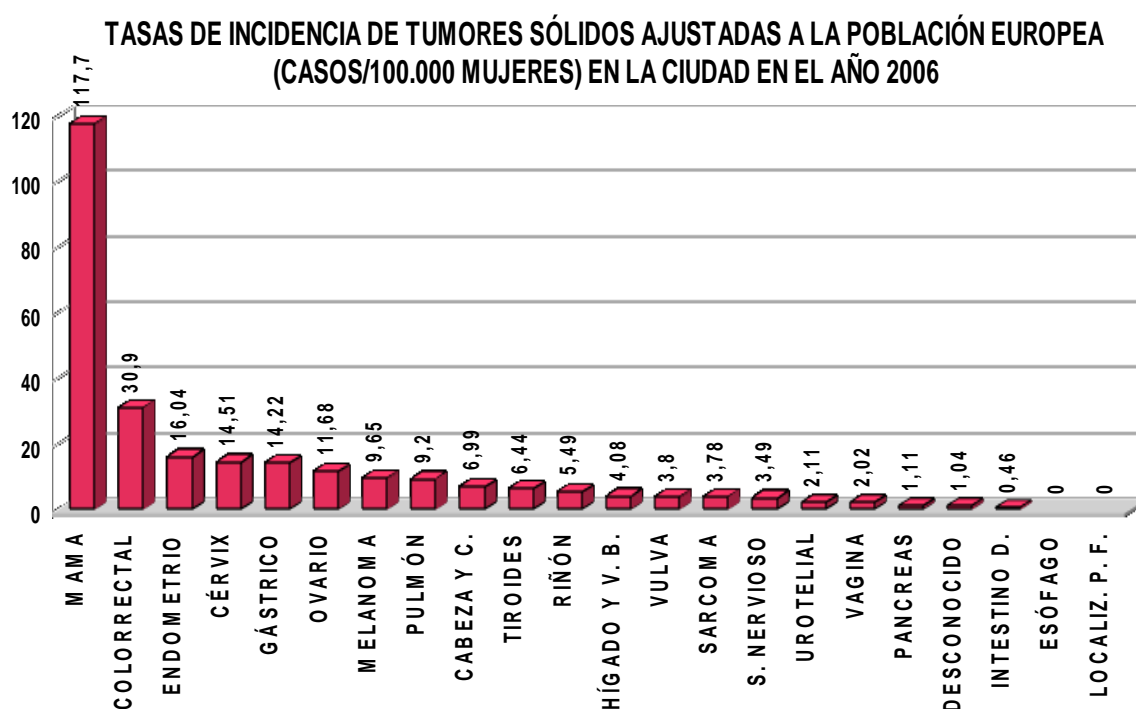


GRÁFICO N° 31

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN MUJERES EN LA CIUDAD EN EL AÑO 2006						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
MAMA	132	40,62%	142,50	87,65	117,70	209,78
COLORRECTAL	48	14,77%	51,82	20,21	30,90	27,09
GÁSTRICO	24	7,38%	25,91	8,80	14,22	12,42
ENDOMETRIO	19	5,85%	20,51	11	16,04	24,84
CÉRVIX	16	4,92%	17,27	11,04	14,51	31,64
OVARIO	14	4,31%	15,11	8,58	11,68	14,82
PULMÓN	10	3,08%	10,79	6,55	9,20	14,92
MELANOMA	9	2,77%	9,71	7,26	9,65	23,65
CABEZA Y CUELLO	9	2,77%	9,71	4,88	6,99	11,95
TIROIDES	7	2,15%	7,55	5,58	6,44	8,73
VULVA	7	2,15%	7,55	2,67	3,80	5,53
UROTELIAL	6	1,85%	6,47	1,05	2,11	0
SARCOMA	5	1,54%	5,39	2,72	3,78	2,67
RIÑÓN	5	1,54%	5,39	3,87	5,49	12,42
HÍGADO Y V.B.	5	1,54%	5,39	2,79	4,08	5,97
S. NERVIOSO	3	0,92%	3,23	2,47	3,49	6,45
PANCREAS	2	0,62%	2,15	0,66	1,11	0
VAGINA	2	0,62%	2,15	1,63	2,02	2,67
INTESTINO D.	1	0,31%	1,07	0,23	0,46	0
DESCONOCIDO	1	0,31%	1,07	0,89	1,04	2,67
ESÓFAGO	0	0%	0	0	0	0
LOCALIZ. POCO. FR	0	0%	0	0	0	0
TOTAL	325	100%	350,87	190,62	264,86	418,31

TABLA N° 36. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 mujeres), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 mujeres), (T.A.-P.E.): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000 mujeres), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

TASAS ESPECÍFICAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN LA CIUDAD EN EL AÑO 2006

En relación a las tasas específicas de incidencia por grupos de edad en la ciudad de Salamanca, en el año 2006, y agrupando las distintas edades en quinquenios, obtuvimos como resultado, que las tasa específicas de incidencia discurrían de forma similar tanto para hombres como para mujeres, hasta el quinquenio de 25-29 años. Fue a partir de este quinquenio de edad y hasta el quinquenio de entre los 55-59 años, donde encontramos una mayor incidencia de tumores sólidos en el sexo femenino, que en el sexo masculino. Pero, a partir de este quinquenio la incidencia específica en hombres fue mucho más elevada, alcanzando la máxima incidencia en el quinquenio de entre 80-84 años. En mujeres, la incidencia específica, disminuyó algo en las edades de entre 60-64 años y aumentó en los sucesivos quinquenios, alcanzando su máxima incidencia en el grupo de edad de entre los 75 y 79 años (Gráfico nº 32).

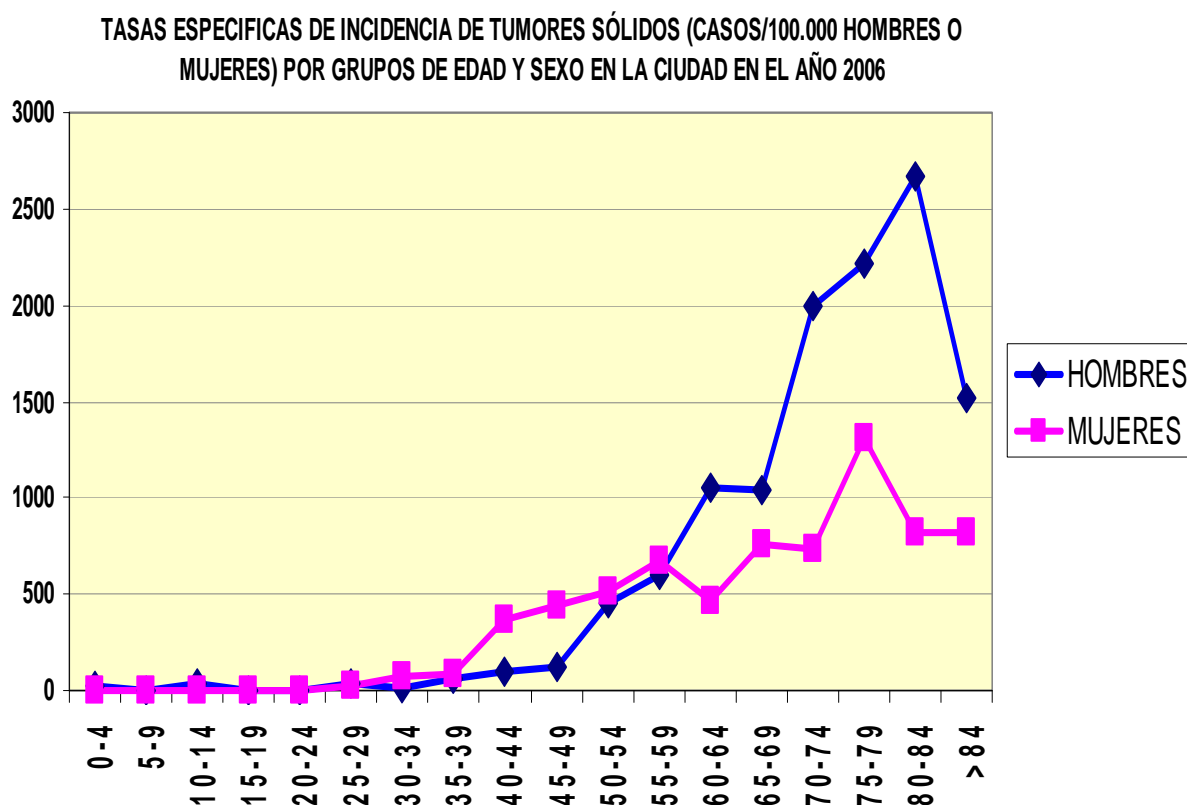


GRÁFICO Nº 32

4.6 SALAMANCA CIUDAD AÑO 2007.

4.6.1 DATOS DEMOGRÁFICOS.

En la ciudad de Salamanca en el año 2007, estaban incluidos dentro del Sistema Público de Salud, un total de 170.528 personas, de las que 77.729 (46%) eran varones y 92.799 (54%) eran mujeres (Gráfico n° 33).

DATOS DEMOGRÁFICOS SALAMANCA CAPITAL AÑO 2.007

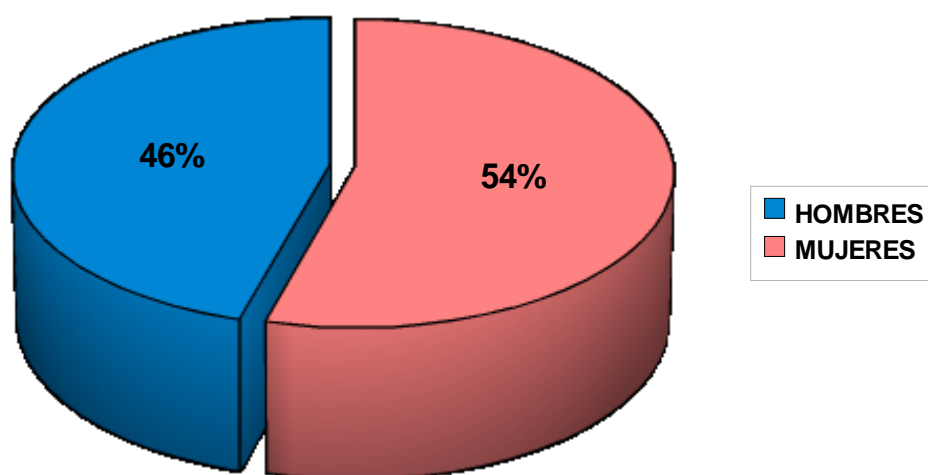


GRÁFICO N° 33.

Al agrupar a la población incluida en el Sistema Público de Salud, en razón de su edad y sexo, en quinquenios, nos resultó para la ciudad de Salamanca en el año 2007 una pirámide poblacional regresiva, con una base estrecha y unos tramos intermedios más anchos que la base de la pirámide y unos tramos superiores también más anchos que su base en el caso del sexo masculino pero menos anchos que su base en el caso del sexo femenino. Todo ello nos define una población envejecida, resultando este envejecimiento mayor en el sexo femenino que en el sexo masculino, al mostrarnos unos tramos superiores e intermedios más anchos en mujeres que en hombres (Gráfico n° 34).

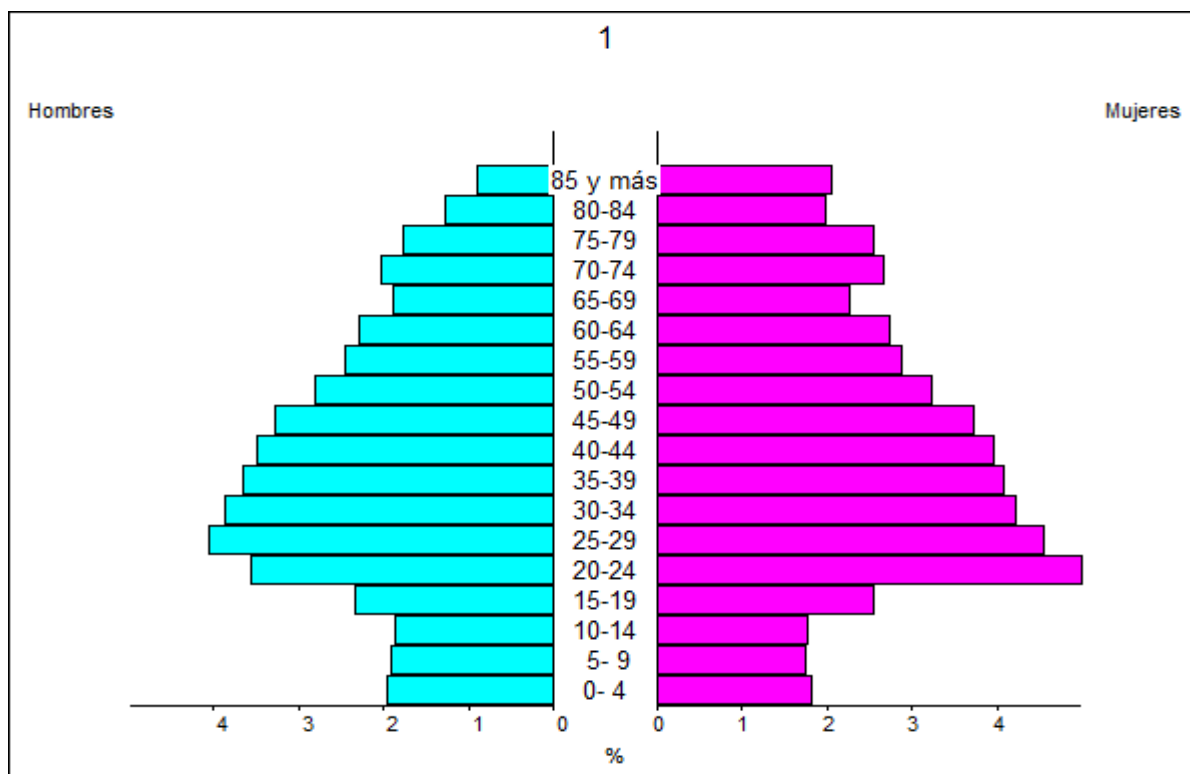


GRÁFICO N° 34.

Con los datos demográficos, se obtuvieron unos indicadores que nos ayudaron a analizar la población de la ciudad en el año 2007, resultando que la población de la ciudad incluida en el Sistema Público de Salud en este año, era una población envejecida (Tabla n° 37).

INDICADORES DEMOGRÁFICOS CIUDAD AÑO 2007		
ÍNDICE DE FRIZ	52,97	
ÍNDICE DE SUNDBARG	21,30	68,71
ÍNDICE DE BURGDÖFER	7,38	23,57
ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO	175,03	
EDAD MEDIA	42,51	
EDAD MEDIANA	40,45	

TABLA N° 37

4.6.2 INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA CIUDAD EN EL AÑO 2007

En el año 2007 se diagnosticaron en la ciudad de Salamanca un total de 704 tumores sólidos, de los que 377 (54%) casos se diagnosticaron en hombres y 327 (46%) casos fueron diagnosticados en mujeres (Gráfico nº 35).

TUMORES SÓLIDOS EN LA CIUDAD DE SALAMANCA EN EL AÑO 2007

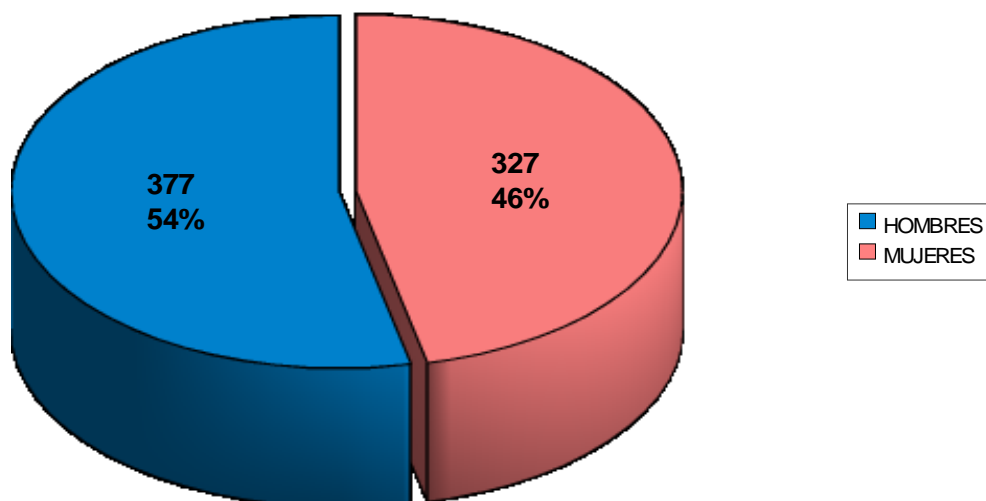


GRÁFICO Nº 35.

Los resultados respecto a la edad en que se diagnosticaron los distintos tipos de tumores sólidos en la ciudad en el año 2007, fueron los siguientes: La edad media de los componentes del sexo masculino en los se diagnosticó algún tipo de tumor, fue de 69,16 años con una desviación típica de 11,96 y la edad mediana de 71 años. En el sexo femenino, la edad media fue de 65,01 años con una desviación típica de 16,10 y la edad mediana de 66 años (Tabla nº 38).

SALAMANCA CIUDAD AÑO 2007		
	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	69,16	65,01
MEDIANA (EDAD)	71	66
DESVIACIÓN TÍPICA	11,96	16,10
EDAD MÍNIMA	15	22
EDAD MÁXIMA	92	97

TABLA Nº 38. MEDIDAS ESTADÍSTICAS CON RESPECTO A LA EDAD DE LOS PACIENTES EN LOS QUE SE HA DIAGNOSTICADO ALGÚN TIPO DE TUMOR SÓLIDO EN EL AÑO 2007.

Entre los varones, la edad más baja en la que se diagnosticó algún tipo de tumor fue con 15 años (sarcoma) y la edad más elevada de 92 años (cáncer de próstata). En el sexo femenino la edad más baja fue de 22 años (cáncer de tiroides) y la edad más alta de 97 años (cáncer de cabeza y cuello). (Tabla nº 38).

TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA POBLACIÓN GLOBAL (AMBOS SEXOS) DE LA CIUDAD EN EL AÑO 2007

En la población global (ambos sexos) de la ciudad de Salamanca en el año 2007, tenemos una tasa de incidencia ajustada a la población europea de 299,76 (casos/100.000 habitantes) y una tasa de incidencia ajustada a la población mundial de 212,54 (casos/100.000 habitantes), siendo la tasa bruta de 412,91 (casos/100.000 habitantes) y la tasa de incidencia truncada (entre 35 y 64 años) de 397,12. (Tabla nº 39).

Atendiendo a la población global, el tumor con una mayor incidencia ajustada a la población europea, fue el cáncer de mama con una tasa de incidencia de 60,99 (casos/100.000 habitantes), seguido en segundo lugar del cáncer de colorrectal con una tasa de incidencia de 48,75 (casos/100.000 habitantes), en tercer lugar el de próstata con 32,01 (casos/100.000 habitantes), en cuarto lugar el cáncer de pulmón con 27,57 (casos/100.000 habitantes), seguido del cáncer urotelial con 25,29 (casos/100.000 habitantes). (Tabla nº 39) (Gráfico nº 36).

**TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS AJUSTADAS A LA POBLACIÓN EUROPEA
(CASOS/100.000 HABITANTES) EN LA CIUDAD EN EL AÑO 2007**

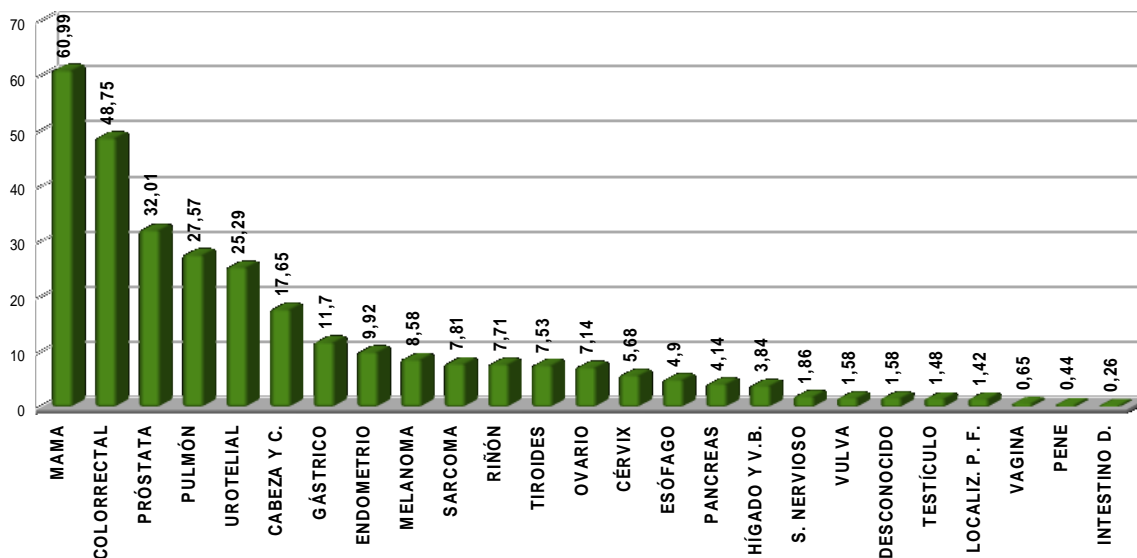


GRÁFICO Nº 36

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA CIUDAD EN EL AÑO 2007						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
COLORRECTAL	135	19,18%	79,18	31,90	48,75	44,52
MAMA	128	18,18%	75,07	45,58	60,99	109,72
PROSTATA	82	11,65%	48,09	21,73	32,01	24,35
UROTELIAL	68	9,66%	39,88	16,98	25,29	24,95
PULMÓN	62	8,81%	36,36	19,22	27,57	36,34
CABEZA Y CUELLO	38	5,40%	22,28	12,62	17,65	28,14
GÁSTRICO	34	4,83%	19,94	7,70	11,70	11,03
ENDOMETRIO	20	2,84%	11,73	6,93	9,92	17,85
MELANOMA	20	2,84%	11,73	6,38	8,58	9,56
SARCOMA	16	2,27%	9,38	5,84	7,81	9,67
RIÑÓN	15	2,13%	8,79	5,97	7,71	13,38
OVARIO	14	1,99%	8,21	5,38	7,14	13,61
TIROIDES	14	1,99%	8,21	6,05	7,53	13,33
CÉRVIX	11	1,56%	6,45	4,56	5,68	10,43
ESÓFAGO	9	1,28%	5,27	3,57	4,90	8,07
HÍGADO Y V.B.	9	1,28%	5,27	2,74	3,84	6,37
PANCREAS	7	0,99%	4,10	2,91	4,14	8,24
SISTEM. NERVIOSO	4	0,57%	2,34	1,51	1,86	0
VULVA	4	0,57%	2,34	0,37	1,58	0
DESCONOCIDO	4	0,57%	2,34	1,10	1,58	1,48
TESTÍCULO	3	0,43%	1,75	1,54	1,48	1,35
LOCALIZ. POCO. F.	3	0,43%	1,75	1,06	1,42	2,97
PENE	2	0,28%	1,17	0,22	0,44	0
INTESTINO D.	1	0,14%	0,58	0,13	0,26	0
VAGINA	1	0,14%	0,58	0,43	0,65	1,67
TOTAL	704	100%	412,91	212,54	299,76	397,12

TABLA N° 39. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 habitantes), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 habitantes), (T.A.-P.E.-): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000 habitantes), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN HOMBRES EN LA CIUDAD
EN EL AÑO 2007.

En los varones de la ciudad en el año 2007, la tasa de incidencia de tumores sólidos ajustada a la población europea, fue de 356,91 (casos/100.000 hombres), la tasa de incidencia ajustada a la población mundial fue de 245,30 (casos/100.000 hombres), la tasa de incidencia bruta de 485,01 (casos/100.000 hombres) y la tasa truncada (entre 35 y 64 años) de 358,49 (Tabla n° 40).

En relación a la incidencia ajustada a la población europea, el tumor con más incidencia en varones en el año 2007 fue el cáncer de próstata, con una incidencia de 74,36 (casos/100.000 hombres), en segundo lugar la clase de tumor con mayor incidencia fue el cáncer de colorrectal con una incidencia de 68,16 (casos/100.000 hombres); en tercer lugar el cáncer de pulmón con 56,77 (casos/100.000 hombres); seguido del cáncer de urotelial con 52,70 (casos/100.000 hombres); el cáncer de cabeza y cuello con 34,25 (casos/100.000 hombres); los melanomas con 13,49 (casos/100.000 hombres); el cáncer gástrico con 12,74 (casos/100.000 hombres); el cáncer renal con 10,98 (casos/100.000 hombres); los sarcomas con 8,48 (casos/100.000 hombres); el cáncer de esófago con 7,06 (casos/100.000 hombres). (Tabla n° 40) (Gráfico n° 37).

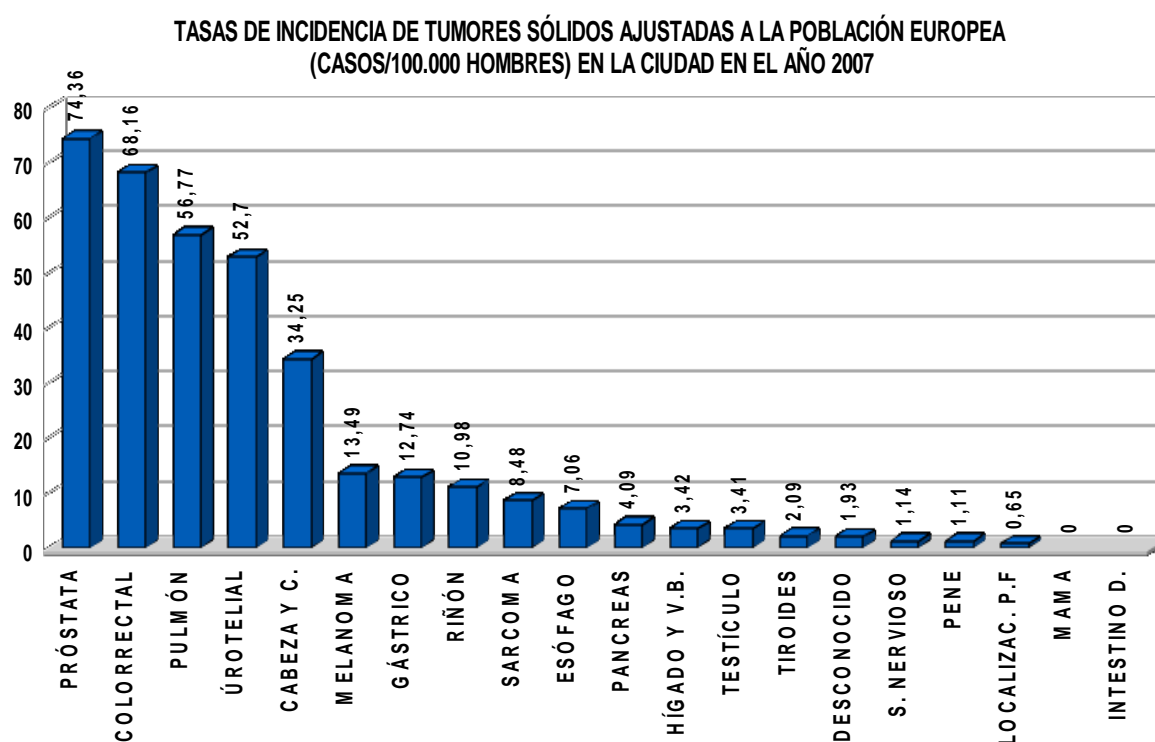


GRÁFICO N° 37

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN HOMBRES EN LA CIUDAD EN EL AÑO 2007						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
PRÓSTATA	82	21,75%	105,49	49,97	74,36	53,65
COLORRECTAL	78	20,69%	100,34	44,34	68,16	61,49
UROTelial	60	15,92%	77,19	34,88	52,70	48,32
PULMÓN	56	14,85%	72,04	38,88	56,77	69,41
CABEZA Y CUELLO	33	8,75%	42,45	24,38	34,25	50,51
GÁSTRICO	13	3,45%	16,72	8,95	12,74	10,28
MELANOMA	13	3,45%	16,72	9,81	13,49	17,69
RIÑÓN	10	2,65%	12,86	8,52	10,98	18,93
SARCOMA	8	2,12%	10,29	6,61	8,48	3,65
ESÓFAGO	6	1,59%	7,71	5,28	7,06	10,06
HÍGADO Y V.B.	4	1,06%	5,14	2,16	3,42	3,72
PANCREAS	3	0,80%	3,85	2,83	4,09	7,30
TESTÍCULO	3	0,80%	3,85	3,58	3,41	2,86
TIROIDES	2	0,53%	2,57	1,50	2,09	0
PENE	2	0,53%	2,57	0,55	1,11	0
DESCONOCIDO	2	0,53%	2,57	1,35	1,93	3,25
S. NERVIOSO	1	0,27%	1,28	1,31	1,14	0
LOCALIZ. POCO FR	1	0,27%	1,28	0,32	0,65	0
INTESTINO D.	0	0%	0	0	0	0
MAMA	0	0%	0	0	0	0
TOTAL	377	100%	485,01	245,30	356,91	358,49

TABLA N° 40. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 hombres), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 hombres), (T.A.-P.E.-): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000 hombres), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

TASA DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN MUJERES EN LA CIUDAD
EN EL AÑO 2007.

En el sexo femenino, la tasa de incidencia de tumores sólidos ajustada a la población europea en el año 2007, fue de 260,12 (casos/100.000 mujeres), la tasa de incidencia ajustada a la población mundial es de 190,11 (casos/100.000 mujeres), la tasa bruta de 352,34 (casos/100.000 mujeres), y la tasa de incidencia truncada (edad entre 35 y 64 años) de 432,01 (Tabla n° 41).

El tumor con mayor incidencia en el sexo femenino, fue es cáncer de mama con una tasa de incidencia ajustada a la población europea de 111,11 (casos/100.000 mujeres); seguido en segundo lugar del cáncer colorrectal con una tasa de incidencia de 34,35 (casos/100.000 mujeres); en tercer lugar el cáncer de endometrio con 17,92 (casos/100.000 mujeres); en cuarto lugar el cáncer de ovario con 13,04 (casos/100.000 mujeres); en quinto lugar el cáncer de tiroides con 12,19 (casos/100.000 mujeres); seguido del cáncer de cérvix con 10,54 (casos/100.000 mujeres); el cáncer gástrico con 10,29 (casos/100.000 mujeres). (Tabla n° 41) (Gráfico n° 38).

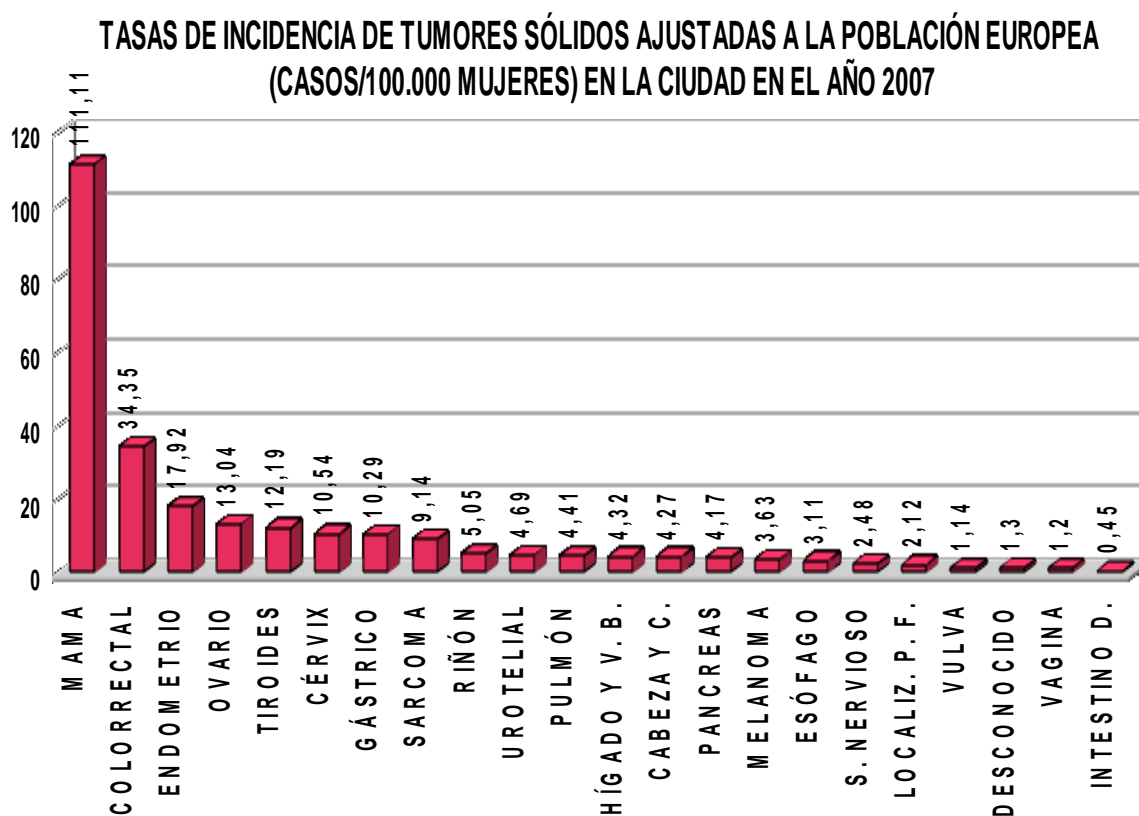


GRÁFICO N° 38

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN MUJERES EN LA CIUDAD EN EL AÑO 2007						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
MAMA	128	39,14%	137,93	83,56	111,11	204,06
COLORRECTAL	57	17,43%	61,42	22,49	34,35	32,62
GÁSTRICO	21	6,42%	22,62	6,40	10,29	11,61
ENDOMETRIO	20	6,12%	21,55	12,57	17,92	32,90
OVARIO	14	4,28%	15,08	9,87	13,04	25,17
TIROIDES	12	3,67%	12,93	9,93	12,19	24,90
CÉRVIX	11	3,36%	11,85	8,49	10,54	19,45
UROTELIAL	8	2,45%	8,62	3,28	4,69	5,35
SARCOMA	8	2,45%	10,77	7,25	9,14	14,78
MELANOMA	7	2,14%	6,46	2,53	3,63	2,63
PULMÓN	6	1,83%	6,46	3,45	4,41	8,17
CABEZA Y CUELLO	5	1,53%	5,38	3,04	4,27	9,08
RIÑÓN	5	1,53%	5,38	3,87	5,05	8,69
HÍGADO Y V.B.	5	1,53%	5,38	3,29	4,32	8,66
PANCREAS	4	1,22%	4,31	2,98	4,17	9,03
VULVA	4	1,22%	4,31	0,57	1,14	0
S. NERVIOSO	3	0,92%	3,23	1,75	2,48	0
ESÓFAGO	3	0,92%	3,23	2,13	3,11	6,31
DESCONOCIDO	2	0,61%	2,15	0,90	1,30	0
LOCALIZ. POCO. FR	2	0,61%	2,15	1,69	2,12	5,48
VAGINA	1	0,31%	1,07	0,80	1,2	3,08
INTESTINO D.	1	0,31%	1,07	0,22	0,45	0
TOTAL	327	100%	352,34	190,11	260,12	432,01

TABLA N° 41. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 mujeres), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 mujeres), (T.A.-P.E.): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000 mujeres), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

TASAS ESPECÍFICAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN LA CIUDAD EN EL AÑO 2007

En relación a las tasas específicas de incidencia por grupos de edad en la ciudad en el año 2007, y agrupando las distintas edades en quinquenios, obtuvimos como resultado, que las tasa específicas de incidencia discurrían de forma similar tanto para hombres como para mujeres, hasta el quinquenio de 30-34 años. A partir de este quinquenio de edad y hasta el quinquenio de entre los 50-54 años, encontramos mayor incidencia de tumores sólidos en el sexo femenino, que en el sexo masculino. Pero, a partir de este quinquenio la incidencia específica en hombres fue significativamente mayor que en mujeres y aumentando progresivamente, hasta alcanzar su pico máximo en el grupo de edad entre 75-79 años, empezando a disminuir a partir de este quinquenio. En mujeres, la incidencia específica, aumentaba también a partir del quinquenio de edad de entre los 55-59 años, pero en cualquier caso es menor que la incidencia en el sexo masculino y alcanza su máxima incidencia en el grupo de edad de entre 80 y 84 años (Gráfico nº 39).

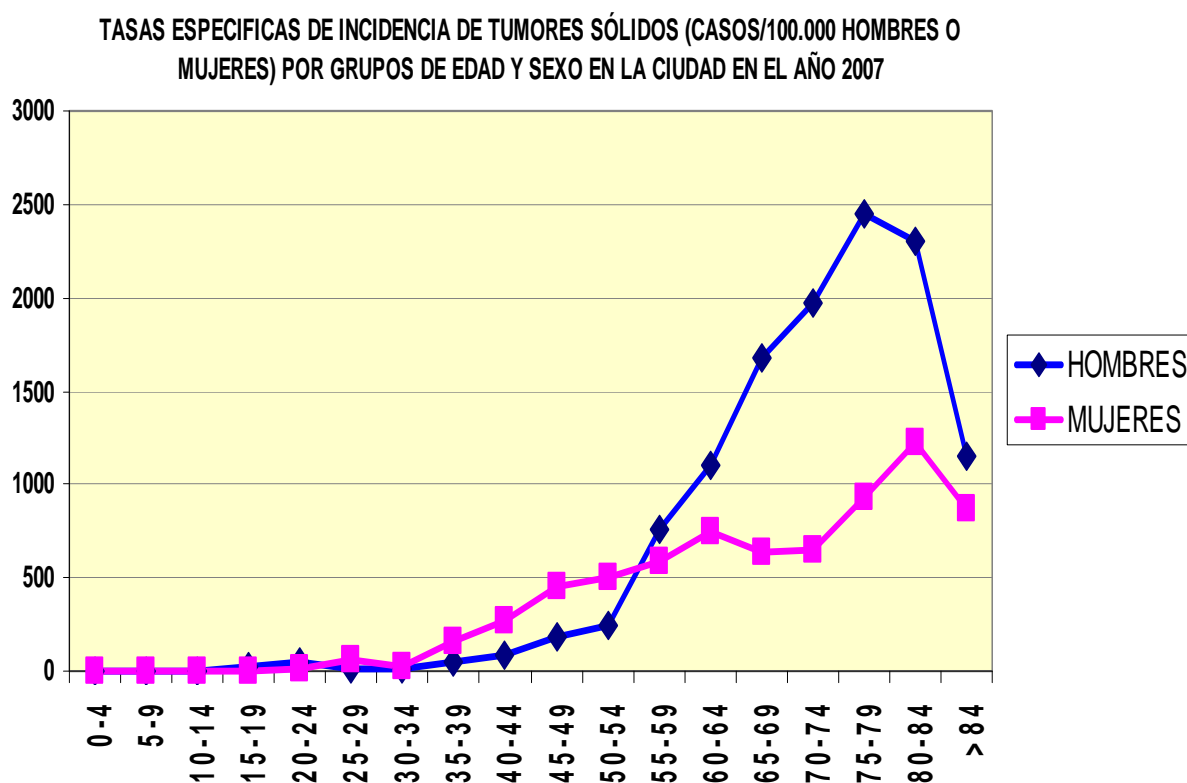


GRÁFICO Nº 39

4.7 SALAMANCA CIUDAD AÑO 2008.

4.7.1 DATOS DEMOGRÁFICOS

En la ciudad de Salamanca en el año 2008, dentro del Sistema Público de Salud, encontramos un total de 171.751 personas, de las que 78.255 (46%) eran varones y 93.496 (54%) eran mujeres (Gráfico nº 40).

DATOS DEMOGRÁFICOS SALAMANCA CAPITAL AÑO 2.008

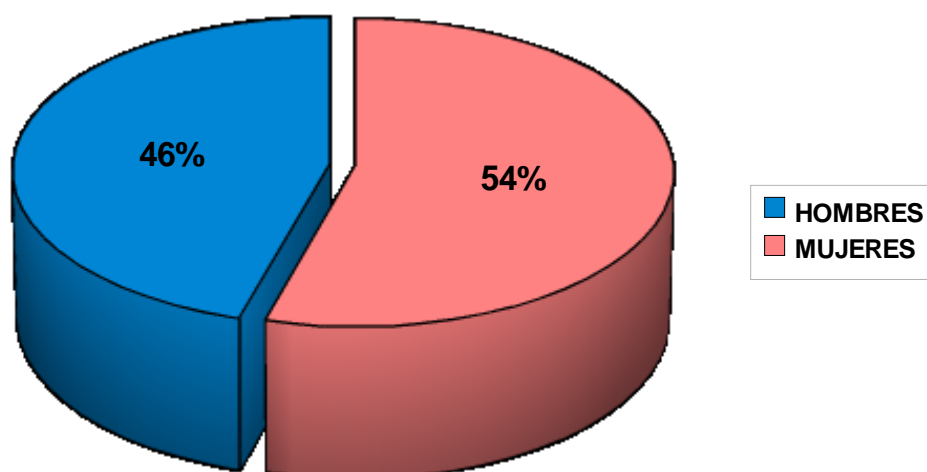


GRÁFICO Nº 40.

Al agrupar a la población de la ciudad de Salamanca incluida dentro del Sistema Público de Salud, en razón de su edad y sexo, en quinquenios, obtuvimos una pirámide poblacional regresiva, con una base estrecha y unos tramos intermedios más anchos que la base de la pirámide y unos tramos superiores también más anchos que su base en el caso del sexo masculino pero menos anchos que su base en el caso del sexo femenino. Todo ello nos define una población envejecida, resultando este envejecimiento mayor en hombres que en mujeres (Gráfico nº 41).

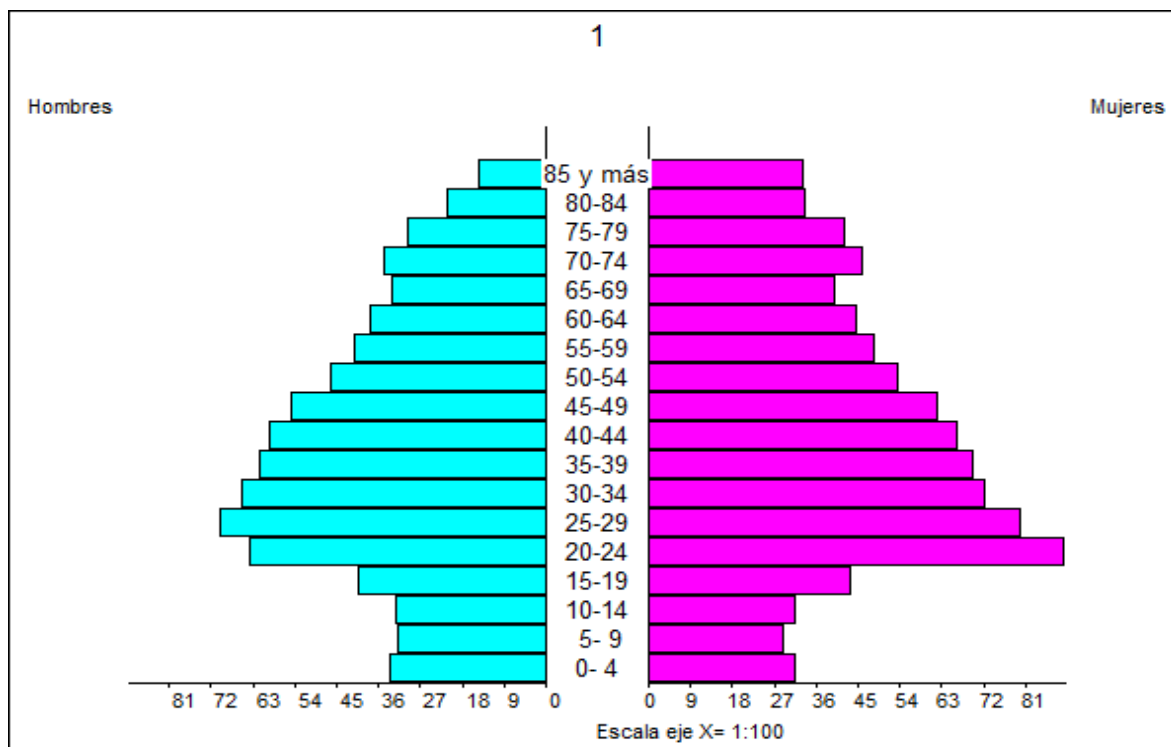


GRÁFICO N° 41.

Con los datos demográficos, se obtuvieron unos indicadores que dieron como resultado que la población de la ciudad de Salamanca en el año 2008 incluida en el Sistema Público de Salud en este año, era una población envejecida (Tabla n° 42).

INDICADORES DEMOGRÁFICOS CIUDAD AÑO 2008		
ÍNDICE DE FRIZ	52,37	
ÍNDICE DE SUNDBARG	21,25	69,92
ÍNDICE DE BURGDÖFER	7,26	23,95
ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO	176,81	
EDAD MEDIA	42,68	
EDAD MEDIANA	40,73	

TABLA N° 42

4.7.2 INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA CIUDAD EN EL AÑO 2008

En el año 2008 se diagnosticaron en la ciudad de Salamanca un total de 773 tumores sólidos, de los que 435 (54%) casos se diagnosticaron en hombres y 338 (46%) casos fueron diagnosticados en mujeres (Gráfico n° 42).

TUMORES SÓLIDOS EN LA CIUDAD DE SALAMANCA EN EL AÑO 2008

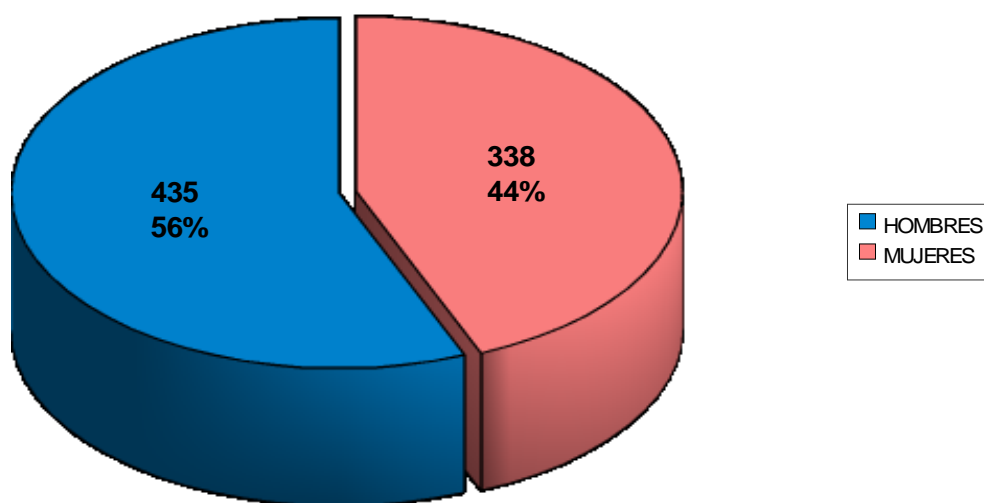


GRÁFICO N° 42

Los resultados respecto a la edad en que se diagnosticaron los distintos tipos de tumores sólidos en la ciudad en el año 2008, fueron los siguientes: La edad media de los hombres en los se diagnostico algún tipo de tumor, fue de 68,23 años con una desviación típica de 12,94 y la mediana de 71 años, en mujeres la edad media fue de 64,04 años con una desviación típica de 15,02 y la mediana de 65 años (Tabla n° 43).

SALAMANCA CIUDAD AÑO 2008		
	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	68,23	64,04
MEDIANA (EDAD)	71	65
DESVIACIÓN TÍPICA	12,94	15,02
EDAD MÍNIMA	3	28
EDAD MÁXIMA	97	96

TABLA N° 43. MEDIDAS ESTADÍSTICAS CON RESPECTO A LA EDAD DE LOS PACIENTES EN LOS QUE SE HA DIAGNOSTICADO ALGÚN TIPO DE TUMOR SÓLIDO EN EL AÑO 2008.

En el sexo masculino, la edad más baja en la que se diagnosticó algún tipo de tumor fue con 3 años (cáncer renal) y la edad más alta de 97 años (cáncer colorrectal). En el sexo femenino la edad más baja fue de 28 años (cáncer de mama) y la edad más elevada de 96 años (cáncer colorrectal). (Tabla nº 43).

**TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA POBLACIÓN GLOBAL
(AMBOS SEXOS) DE LA CIUDAD EN EL AÑO 2008**

En la población global (ambos sexos) de la ciudad en el año 2008, obtuvimos una tasa de incidencia ajustada a la población europea de 337,24 (casos/100.000 habitantes) y una tasa de incidencia ajustada a la población mundial de 240,95 (casos/100.000 habitantes), siendo la tasa bruta de 450,07 (casos/100.000 habitantes) y la tasa de incidencia truncada (entre 35 y 64 años) de 443,106 (Tabla nº 44).

Atendiendo a la población global, el tumor sólido con una mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea, fue el cáncer de mama con una tasa de incidencia de 67,80 (casos/100.000 habitantes), seguido en segundo lugar del cáncer de colorrectal con una tasa de incidencia de 61,40 (casos/100.000 habitantes), en tercer lugar el cáncer de próstata con 45,22 (casos/100.000 habitantes), en cuarto lugar el cáncer de pulmón con 36,37 (casos/100.000 habitantes), seguido del cáncer urotelial con 23,74 (casos/100.000 habitantes). (Tabla nº 44) (Gráfico nº 43).

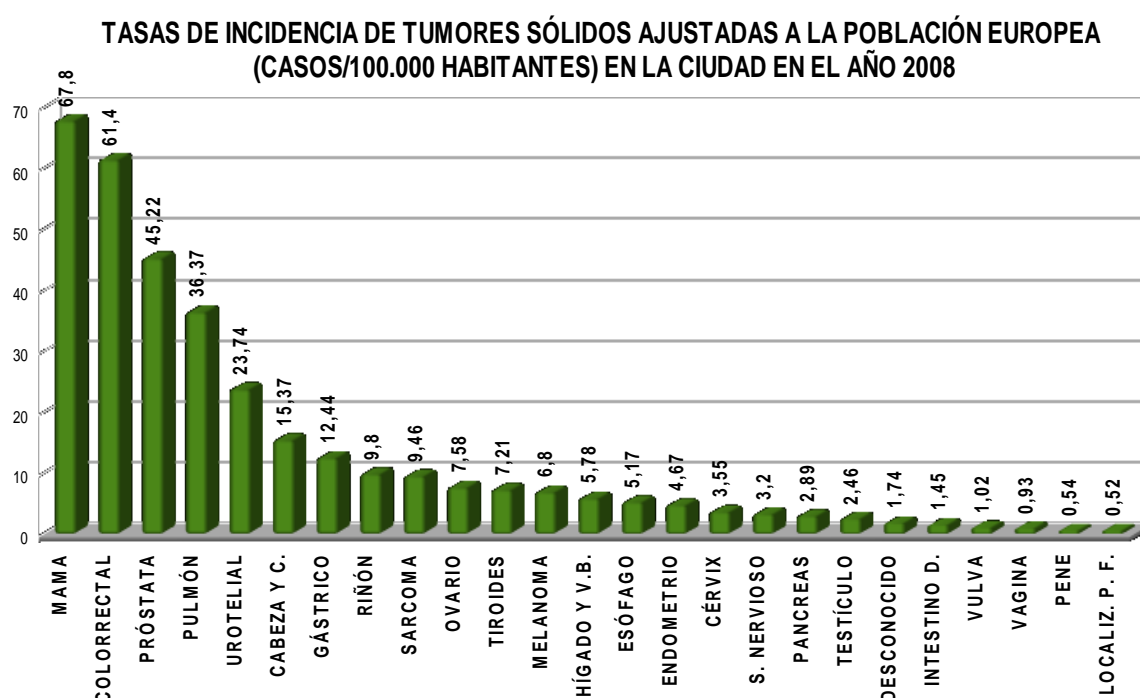


GRÁFICO Nº 43

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA CIUDAD EN EL AÑO 2008						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
COLORRECTAL	154	19,92%	89,66	41,41	61,40	59,46
MAMA	135	17,46%	78,60	50,17	67,80	125,89
PROSTATA	109	14,10%	63,46	31,11	45,22	34,91
PULMÓN	80	10,35%	46,57	25,69	36,37	53,90
UROTELIAL	62	8,02%	36,09	16,25	23,74	28,65
CÁSTRICO	36	4,66%	20,96	8,23	12,44	13,52
CABEZA Y CUELLO	35	4,53%	20,37	10,61	15,37	23,41
MELANOMA	21	2,72%	12,22	4,47	6,80	4,27
SARCOMA	19	2,46%	11,06	8	9,46	12,07
RIÑÓN	17	2,20%	9,89	8,12	9,80	17,01
OVARIO	15	1,94%	8,73	5,66	7,58	13,87
TIROIDES	14	1,81%	8,15	5,88	7,21	12,95
HÍGADO Y V.B.	14	1,81%	8,15	3,99	5,78	7,61
ENDOMETRIO	12	1,55%	6,98	3,23	4,67	5,97
ESÓFAGO	11	1,42%	6,40	3,86	5,17	5,97
CÉRVIX	7	0,91%	4,07	2,76	3,55	5,75
PANCREAS	6	0,78%	3,49	2,07	2,89	3,05
SISTEM. NERVIOSO	6	0,78%	3,49	2,59	3,20	4,58
TESTÍCULO	5	0,65%	2,91	2,37	2,46	1,34
INTESTINO D.	5	0,65%	2,91	0,89	1,45	1,44
VULVA	3	0,39%	1,74	0,61	1,02	1,66
DESCONOCIDO	3	0,39%	1,74	1,33	1,74	3,14
VAGINA	2	0,26%	1,16	0,72	0,93	1,39
LOCALIZ. POCO. F.	1	0,13%	0,58	0,45	0,52	1,34
PENE	1	0,13%	0,58	0,40	0,54	0
TOTAL	773	100%	450,07	240,95	337,24	443,06

TABLA N° 44. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasas bruta (casos/100.000 habitantes), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 habitantes), (T.A.-P.E.-): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000 habitantes), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN HOMBRES EN LA CIUDAD
EN EL AÑO 2008.

En varones en la ciudad en el año 2008 la tasa de incidencia de tumores sólidos ajustada a la población europea fue de 418,15 (casos/100.000 hombres), la tasa de incidencia ajustada a la población mundial de 293,82 (casos/100.000 hombres), la tasa de incidencia bruta de 555,87 (casos/100.000 hombres) y la tasa truncada (entre 35 y 64 años) de 429,01 (Tabla n° 45).

En relación a la incidencia ajustada a la población europea, el tumor con más incidencia en hombres en el año 2008 fue el cáncer de próstata, con una incidencia de 103,28 (casos/100.000 hombres), en segundo lugar la clase de tumor con mayor incidencia fue el cáncer de colorrectal con una incidencia de 71,51 (casos/100.000 hombres); en tercer lugar el cáncer de pulmón con 70,04 (casos/100.000 hombres); seguido del cáncer de urotelial con 47,67 (casos/100.000 hombres); el cáncer de cabeza y cuello con 30,33 (casos/100.000 hombres); el cáncer gástrico con 18,84 (casos/100.000 hombres); el cáncer renal con 18,03 (casos/100.000 hombres); los melanomas con 11,14 (casos/100.000 hombres); el cáncer de esófago con 10,93 (casos/100.000 hombres); los sarcomas con 9,63 (casos/100.000 hombres). (Tabla n° 45) (Gráfico n° 44).

**TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS AJUSTADAS A LA POBLACIÓN EUROPEA
(CASOS/100.000 HOMBRES) EN LA CIUDAD EN EL AÑO 2008**

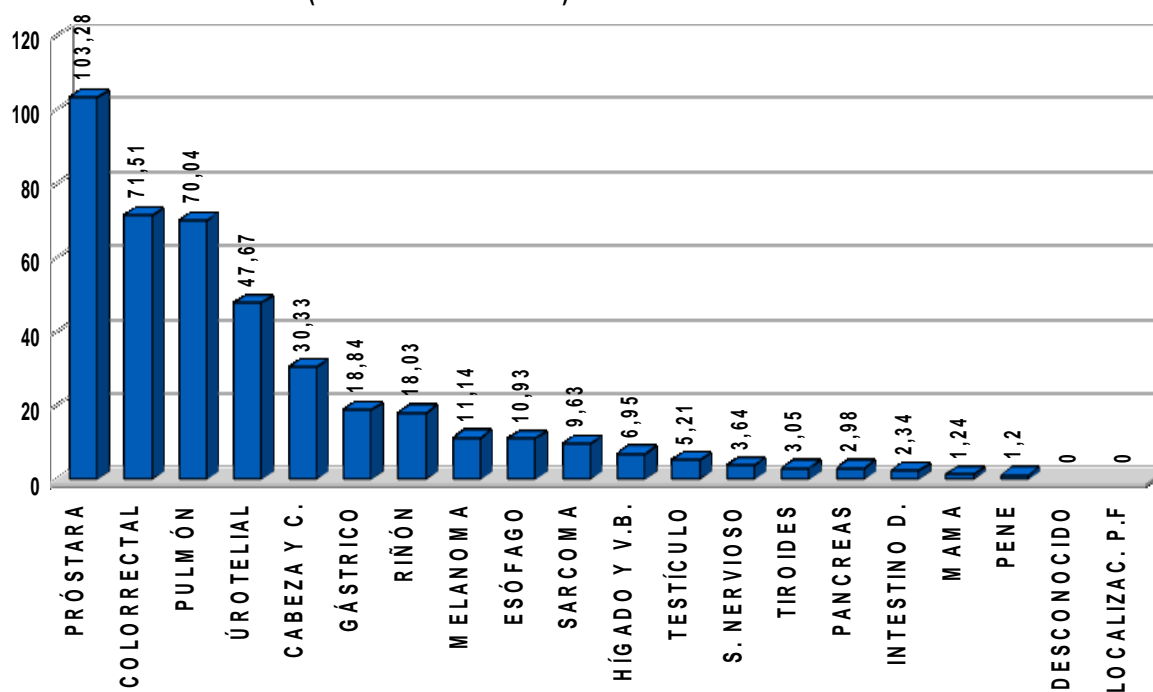


GRÁFICO N° 44

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN HOMBRES EN LA CIUDAD EN EL AÑO 2008						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
PRÓSTATA	109	25,06%	139,46	70,59	103,28	76,50
COLORRECTAL	78	17,93%	99,67	47,69	71,51	51,04
PULMÓN	70	16,09%	89,45	48,80	70,04	100,68
UROTELIAL	54	12,41%	69	31,97	47,67	56,01
CABEZA Y CUELLO	30	6,90%	38,33	20,72	30,33	44,47
GÁSTRICO	21	4,83%	26,83	12,62	18,84	19,76
MELANOMA	15	3,45%	19,16	6,91	11,14	3,17
RIÑÓN	14	3,22%	17,89	15,18	18,03	30,31
ESÓFAGO	10	2,30%	12,77	8,27	10,93	9,92
SARCOMA	8	1,84%	10,22	9,45	9,63	6,02
HÍGADO Y V.B.	7	1,61%	8,94	4,81	6,95	9,92
TESTÍCULO	5	1,15%	6,38	5,04	5,21	2,85
PANCREAS	3	0,69%	3,83	2,08	2,98	0
TIROIDES	3	0,69%	3,83	2,73	3,05	2,98
S. NERVIOSO	3	0,69%	3,83	3,83	3,64	6,36
INTESTINO D.	3	0,69%	3,83	1,54	2,34	3,17
PENE	1	0,23%	1,27	0,90	1,20	0
MAMA	1	0,23%	1,27	1,06	1,24	3,18
DESCONOCIDO	0	0%	0	0	0	0
LOCALIZ. POCO FR	0	0%	0	0	0	0
TOTAL	435	100%	555,87	293,82	418,15	429,01

TABLA N° 45. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 hombres), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 hombres), (T.A.-P.E.-): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000 hombres), Ttr (35-64): Tasa troncada (35-64 años). (IC 95%)

TASA DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN MUJERES EN LA CIUDAD
EN EL AÑO 2008.

En el sexo femenino, la tasa de incidencia de tumores sólidos ajustada a la población europea en el año 2008, fue de 278,69 (casos/100.000 mujeres), la tasa de incidencia ajustada a la población mundial fue de 201,72 (casos/100.000 mujeres), la tasa bruta de 361,51 (casos/100.000 mujeres), y la tasa de incidencia truncada (edad entre 35 y 64 años) de 457,41 (Tabla n° 46).

El tumor con mayor incidencia en el sexo femenino, fue es cáncer de mama con una tasa de incidencia ajustada a la población europea de 122,78 (casos/100.000 mujeres); seguido en segundo lugar del cáncer colorrectal con una tasa de incidencia de 54,53 (casos/100.000 mujeres); en tercer lugar el cáncer de ovario con 13,88 (casos/100.000 mujeres); en cuarto lugar el cáncer de tiroides con 10,77 (casos/100.000 mujeres); en quinto lugar el cáncer de pulmón con 10,01 (casos/100.000 mujeres); seguido de los sarcomas con 9,11 (casos/100.000 mujeres); el cáncer de endometrio con 8,29 (casos/100.000 mujeres); el cáncer de endometrio con 8,29 (casos/100.000 mujeres). (Tabla n° 46) (Gráfico n° 45).

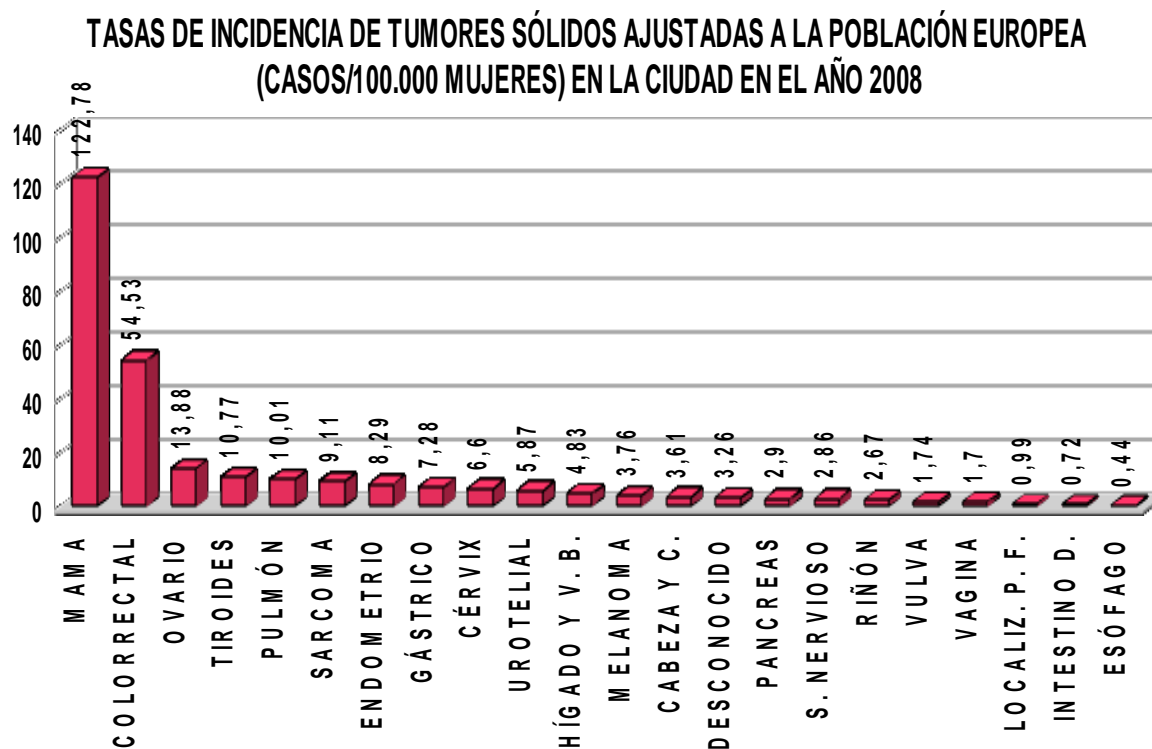


GRÁFICO N° 45

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN MUJERES EN LA CIUDAD EN EL AÑO 2008						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
MAMA	134	39,64%	143,32	91,17	122,78	230,83
COLORRECTAL	76	22,49%	81,28	37,09	54,53	66,85
GÁSTRICO	15	4,44%	16,04	4,68	7,28	8,30
OVARIO	15	4,44%	16,04	10,40	13,88	25,78
ENDOMETRIO	12	3,55%	12,83	5,78	8,29	10,96
TIROIDES	11	3,25%	11,76	8,58	10,77	21,61
SARCOMA	11	3,25%	11,76	6,56	9,11	17,29
PULMÓN	10	2,96%	10,69	7,32	10,01	14,44
UROTELIAL	8	2,37%	8,55	4,16	5,87	5,28
CÉRVIX	7	2,07%	7,48	5,16	6,60	10,79
HÍGADO Y V.B.	7	2,07%	7,48	3,22	4,83	5,68
MELANOMA	6	1,78%	6,41	2,73	3,76	5,33
CABEZA Y CUELLO	5	1,48%	5,34	2,53	3,61	5,66
RIÑÓN	3	0,89%	3,20	1,84	2,67	5,70
PANCREAS	3	0,89%	3,20	2,12	2,90	5,68
VULVA	3	0,89%	3,20	1,06	1,74	3,06
S. NERVIOSO	3	0,89%	3,20	1,99	2,86	3,06
DESCONOCIDO	3	0,89%	3,20	2,46	3,26	5,84
VAGINA	2	0,59%	2,13	1,33	1,70	2,62
INTESTINO D.	2	0,59%	2,13	0,36	0,72	0
ESÓFAGO	1	0,30%	1,06	0,22	0,44	0
LOCALIZ. POCO. FR	1	0,30%	1,06	0,85	0,99	2,55
TOTAL	338	100%	361,51	201,72	278,69	457,41

TABLA N° 46. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 mujeres), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 mujeres), (T.A.-P.E.): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000 mujeres), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

TASAS ESPECÍFICAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN LA CIUDAD EN EL AÑO 2008

En relación a las tasas específicas de incidencia por grupos de edad en la ciudad de Salamanca, en el año 2008, y agrupando las distintas edades en quinquenios, obtuvimos como resultado, que las tasa específicas de incidencia discurrían de forma similar tanto para hombres como para mujeres, hasta el quinquenio de 30-34 años. A partir de este quinquenio de edad y hasta el quinquenio de entre los 50-59 años encontramos mayor incidencia de tumores sólidos en el sexo femenino, que en el sexo masculino. Pero, a partir de este quinquenio la incidencia específica en hombres fue mucho mayor que en mujeres y aumentó progresivamente, hasta alcanzar su pico máximo en el grupo de edad de entre 75-79 años, produciéndose una caída de la incidencia a partir de este quinquenio. En mujeres, la incidencia a partir del quinquenio de edad de entre 55-59 años fue mucho menor que en el sexo masculino y fue fluctuando hasta alcanzar la máxima incidencia en el quinquenio comprendido entre los 75-79 años, disminuyendo entre los 80-84 años para volver a aumentar en edades de más de 84 años. (Gráfico nº 46).

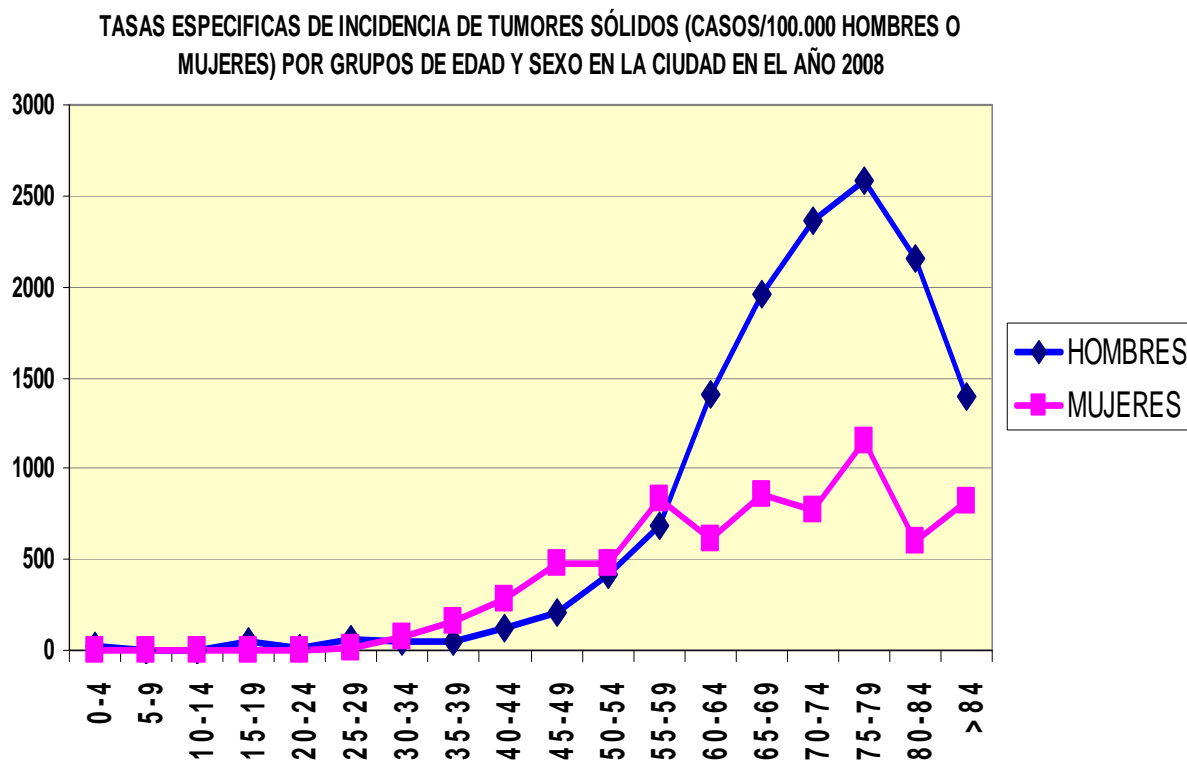


GRÁFICO Nº 46

4.8 COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA CIUDAD EN LOS AÑOS 2006, 2007 y 2008

En la ciudad de Salamanca en el periodo 2006-2008, se diagnosticaron un total de 2.161 tumores sólidos, de los que 1.171 fueron diagnosticados en hombres y 990 fueron diagnosticados en mujeres.

Las tasas de incidencia de tumores sólidos ajustadas a la población europea en la ciudad de Salamanca en el trienio 2006-2008, nos mostraron en todo el trienio una mayor incidencia de tumores sólidos en hombres que en mujeres (Gráfico nº 47).

En la población masculina, los resultados obtenidos indicaron que la tasa de incidencia disminuía en el año 2007 con respecto al año 2006, pero aumentaba claramente en el año 2008 con respecto a los dos años anteriores (Gráfico nº 47).

En el sexo femenino, esta tasa de incidencia era casi similar en los dos primeros años, aumentando en el año (Gráfico nº 47).

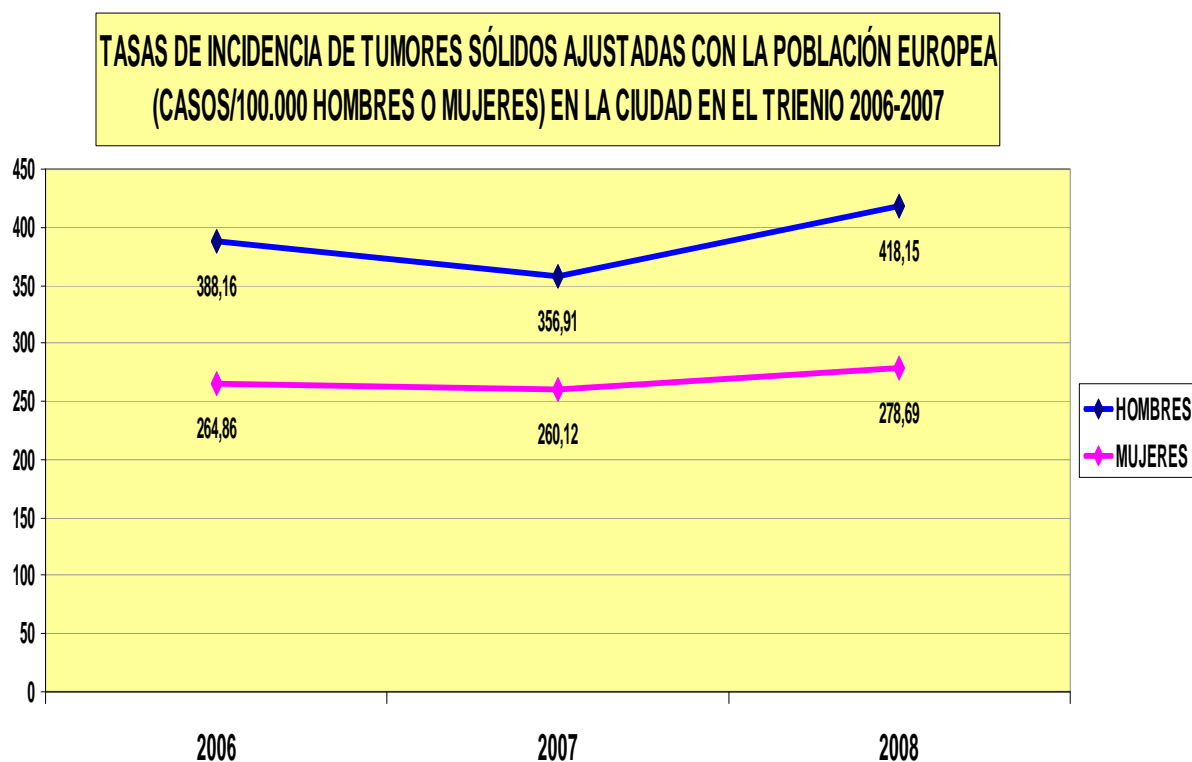


GRÁFICO Nº 47

COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA DE LOS DISTINTOS TIPOS DE TUMORES SÓLIDOS EN LA CIUDAD

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA POBLACIÓN GLOBAL (AMBOS SEXOS).

Comparando las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de los distintos tipos de tumores que fueron diagnosticados en el trienio 2006-2008 para la población en general (sin distinción de sexos), obtuvimos como resultado, que el tumor con la mayor tasa de incidencia en los tres años, fue el cáncer de mama, seguido del cáncer colorrectal que experimentó un claro aumento en el año 2008, seguido en tercer lugar del cáncer de próstata con un importante aumento de su tasa de incidencia también en el año 2008, en cuarto lugar encontramos el cáncer de pulmón con un progresivo aumento en cada año del trienio 2006-2008, el cáncer urotelial con una tasa de incidencia similar en cada año, seguido del cáncer de cabeza y cuello que va reduciendo su tasa de incidencia desde el año 2006 al 2008 (Gráfico n° 48).

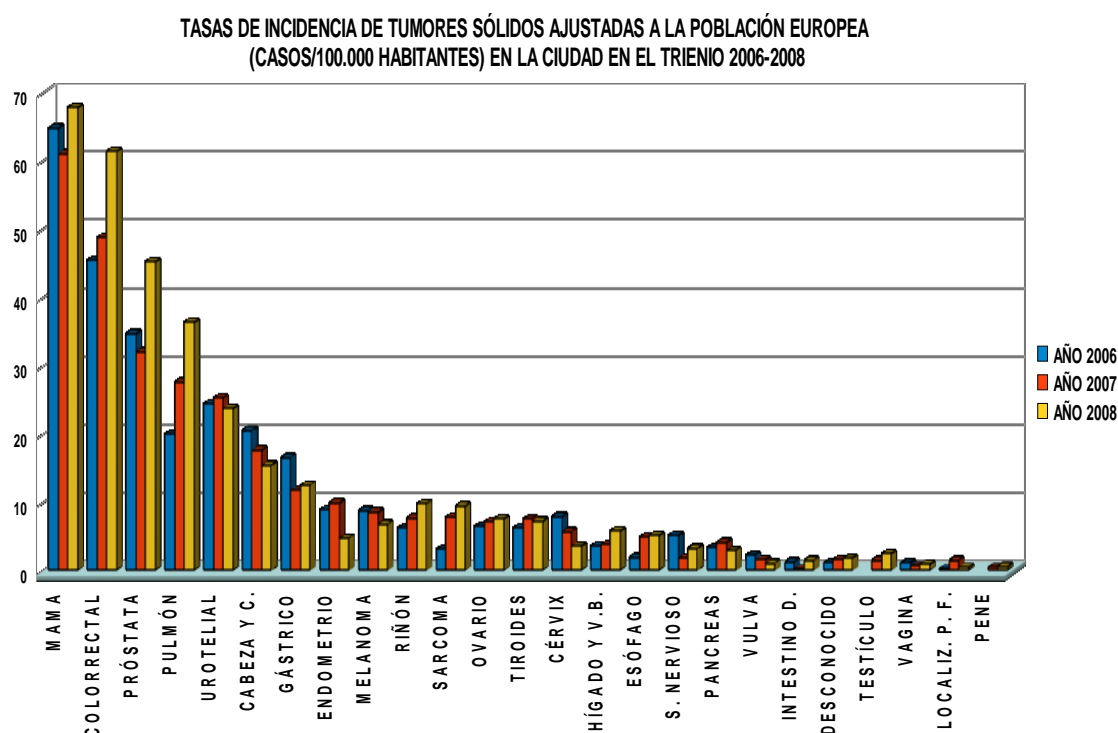


GRÁFICO N° 48

Teniendo en cuenta los 10 tumores sólidos con las mayores tasas de incidencia ajustadas a la población europea, en la población global (sin distinción de sexos) de la ciudad

de Salamanca en el trienio 2006-2008 se obtuvieron como resultados, que el tumor con mayor tasa de incidencia en los tres años fue el cáncer de mama, seguido en segundo lugar del cáncer colorrectal en cada uno de los tres años del trienio estudiado y en tercer lugar para todos los años del trienio, el cáncer de próstata, en cuarto lugar, el cáncer urotelial para el año 2006 y el cáncer de pulmón en los años 2007 y 2008; el cáncer de cabeza y cuello lo encontramos en relación a su tasa de incidencia en quinto lugar en el año 2006 y el cáncer urotelial en los años 2007 y 2008; el sexto lugar en el año 2006 lo ocupa el cáncer de pulmón y el cáncer de cabeza y cuello en los años 2007 y 2008; en séptimo lugar encontramos en los tres años el cáncer gástrico; el octavo lugar en los años 2006 y 2007 se encuentra el cáncer de endometrio y en el año 2008 el cáncer renal; el melanoma se situó en novena posición en el 2006 y 2007 ocupando esta posición en el año 2008 los sarcomas; y en décima posición se localizó el cáncer de cérvix en el 2006, los sarcomas en el 2007 y el cáncer de ovario en el año 2008 (Tabla nº 47).

TUMORES SÓLIDOS CON MAYOR TASA DE INCIDENCIA EN LA POBLACIÓN GLOBAL DE LA CIUDAD DE SALAMANCA EN EL PERIODO 2006-2008 (SEGÚN SU TASA DE INCIENCIA AJUSTADA A LA POBLACIÓN EUROPEA)			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
1º	MAMA	MAMA	MAMA
2º	COLORRECTAL	COLORRECTAL	COLORRECTAL
3º	PRÓSTATA	PRÓSTATA	PRÓSTATA
4º	UROTelial	PULMÓN	PULMÓN
5º	CABEZA Y CUELLO	UROTelial	UROTelial
6º	PULMÓN	CABEZA Y CUELLO	CABEZA Y CUELLO
7º	GÁSTRICO	GÁSTRICO	GÁSTRICO
8º	ENDOMETRIO	ENDOMETRIO	RIÑÓN
9º	MELANOMA	MELANOMA	SARCOMA
10º	CÉRVIX	SARCOMA	OVARIO

TABLA Nº 47

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN EL SEXO MASCULINO.

Atendiendo exclusivamente al sexo masculino, y según las tasas de incidencia ajustadas a la población europea, calculadas para el trienio 2006-2007, se obtuvieron los siguientes resultados: El tumor sólido con mayor tasa de incidencia en hombres, fue el cáncer de próstata que a su vez experimentó un importante aumento en el año 2008, en segundo lugar encontramos el cáncer colorrectal, seguido del cáncer de pulmón, que experimentó un aumento progresivo desde el año 2006 al año 2008; en cuarto lugar el cáncer urotelial, en quinto lugar el cáncer de cabeza y cuello y en sexto lugar el cáncer gástrico (Gráfico nº 49).

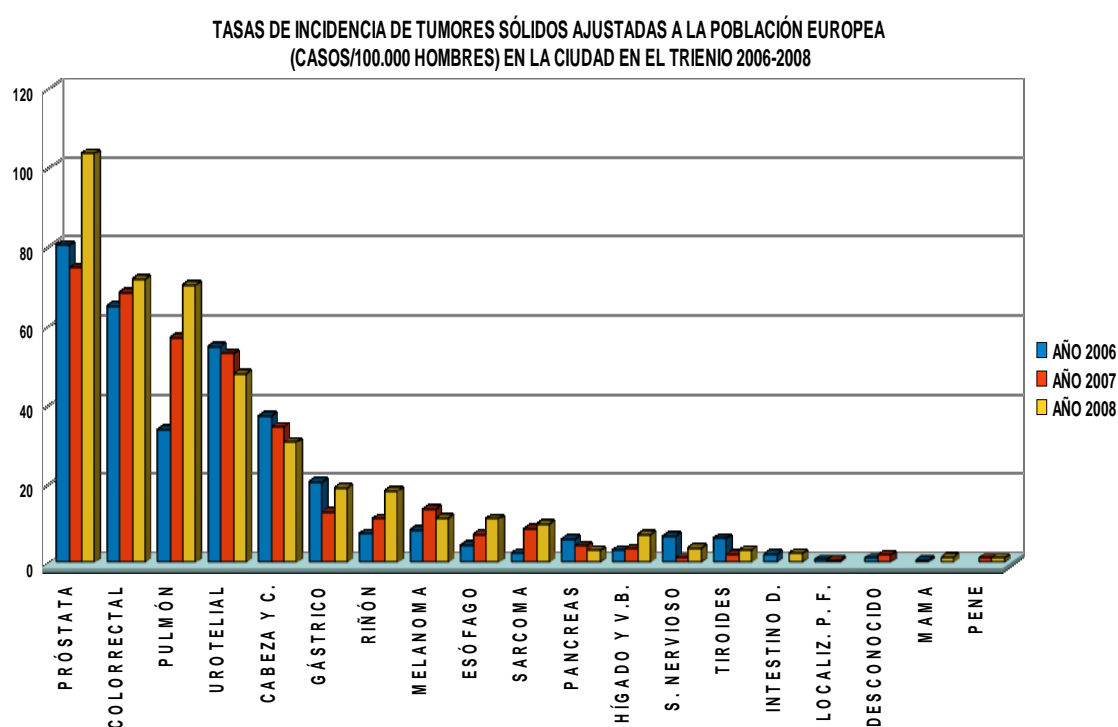


GRÁFICO Nº 49

Considerando los 10 tumores sólidos con mayores tasas de incidencia ajustada a la población europea en el sexo masculino de la ciudad de Salamanca obtuvimos como resultado, que la tasa de incidencia más elevada en los años 2006, 2007 y 2008 correspondió al cáncer de próstata, seguido en segundo lugar en todos los años del trienio, del cáncer colorrectal; en tercer lugar encontramos el cáncer urotelial en el año 2006 y el cáncer de pulmón en los años 2007 y 2008; en cuarto lugar el cáncer de cabeza y cuello en el año 2006 y el cáncer urotelial en los dos años posteriores; en quinta posición por orden de incidencia se localizó el cáncer de pulmón en el año 2006 y el cáncer de cabeza y cuello en los años 2007 y 2008 (Tabla nº 48).

TUMORES SÓLIDOS CON MAYOR TASA DE INCIDENCIA EN HOMBRES DE LA CIUDAD EN EL PERIODO 2006-2008 (SEGÚN SU TASA DE INCIENCIA AJUSTADA A LA POBLACIÓN EUROPEA)			
	<u>AÑO 2006</u>	<u>AÑO 2007</u>	<u>AÑO 2008</u>
1º	PRÓSTATA	PRÓSTATA	PRÓSTATA
2º	COLORRECTAL	COLORRECTAL	COLORRECTAL
3º	UROTelial	PULMÓN	PULMÓN
4º	CABEZA Y CUELLO	UROTelial	UROTelial
5º	PULMÓN	CABEZA Y CUELLO	CABEZA Y CUELLO
6º	GÁSTRICO	MELANOMA	GÁSTRICO
7º	MELANOMA	GÁSTRICO	RIÑÓN
8º	RIÑÓN	RIÑÓN	MELANOMA
9º	SISTEMA NERVIOSO	SARCOMA	ESÓFAGO
10º	TIROIDES	ESÓFAGO	SARCOMA

TABLA N° 48

Considerando la edad en la que se diagnosticaron los distintos tipos de tumores sólidos en el trienio 2006-2008 en la ciudad de Salamanca, observamos que tanto en el caso de la edad media, como en el caso de la edad mediana, los datos obtenidos fueron prácticamente similares en los tres años del periodo estudiado (Tabla n° 49).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD HOMBRES EN LOS QUE SE DIAGNOSTICÓ ALGÚN TIPO DE TUMOR SÓLIDO EN LA CIUDAD EN EL PERIODO 2006-2008.			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
EDAD MEDIA	69,15	69,16	68,23
MEDIANA (EDAD)	72	71	71
DESVIACIÓN TÍPICA	12,94	11,96	12,94
EDAD MÍNIMA	1	15	3
EDAD MÁXIMA	99	92	97

TABLA N° 49

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN EL SEXO FEMENINO.

En la población femenina de la ciudad de Salamanca el tipo de tumor sólido con mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea, fue el cáncer de mama, seguido en segundo lugar pero con tasas de incidencia mucho menores, del cáncer colorrectal que fue progresando año a año, acusándose más esta progresión en el año 2008, en tercer lugar el cáncer de endometrio, en cuarto lugar el cáncer de ovario y en quinto y sexto lugar los cánceres de cérvix y gástrico respectivamente (Gráfico nº 50).

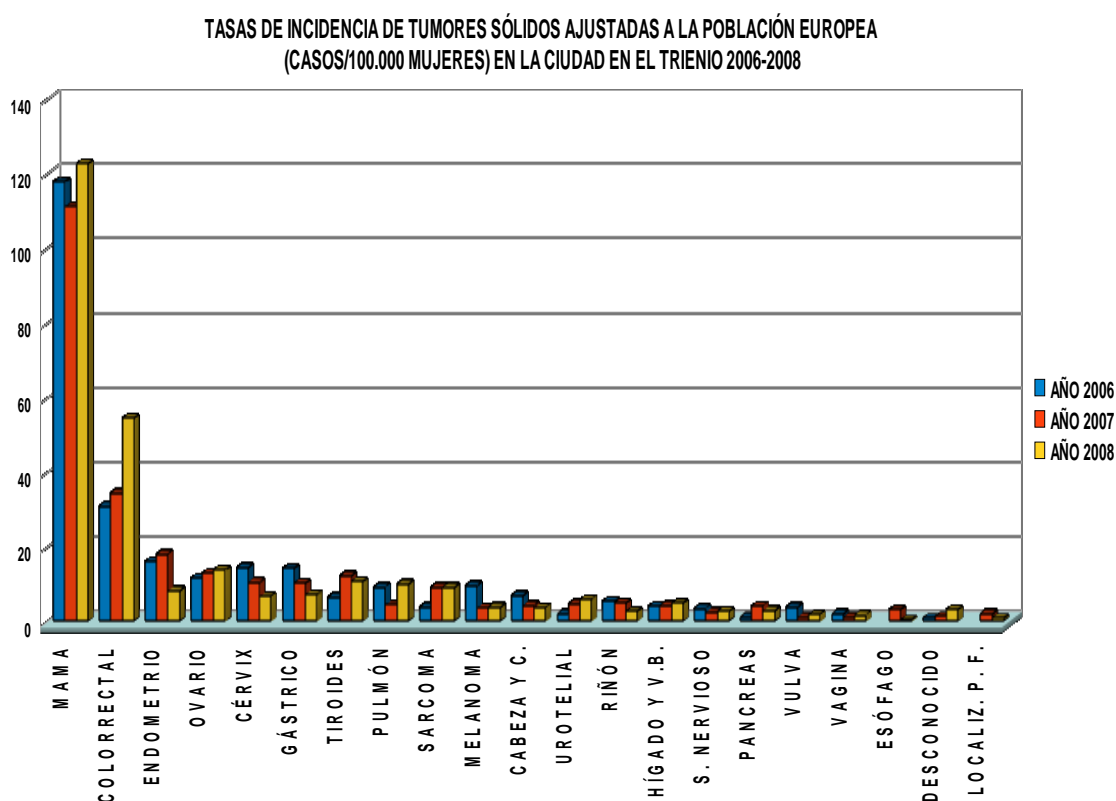


GRÁFICO Nº 50

Estudiando los tipos de tumores sólidos con mayores tasas de incidencia ajustadas a la población europea, el resultado obtenido para el sexo femenino de la ciudad de Salamanca en el trienio estudiado, fue el siguiente: La mayor tasa de incidencia correspondió en todo el trienio al cáncer de mama, colocándose en segundo lugar en los tres años, el cáncer colorrectal; en tercer lugar en los años 2006 y 2007 el cáncer de endometrio y en el 2008 el cáncer de ovario; en cuarto lugar para el año 2006 el cáncer de cérvix, y los cánceres de ovario y tiroides en los años 2007 y 2008 respectivamente (Tabla nº 50).

TUMORES SÓLIDOS CON MAYOR TASA DE INCIDENCIA EN MUJERES DE LA CIUDAD EN EL PERIODO 2006-2008 (SEGÚN SU TASA DE INCIENCIA AJUSTADA A LA POBLACIÓN EUROPEA)			
	<u>AÑO 2006</u>	<u>AÑO 2007</u>	<u>AÑO 2008</u>
1°	MAMA	MAMA	MAMA
2°	COLORRECTAL	COLORRECTAL	COLORRECTAL
3°	ENDOMETRIO	ENDOMETRIO	OVARIO
4°	CÉRVIX	OVARIO	TIROIDES
5°	GÁSTRICO	TIROIDES	PULMÓN
6°	OVARIO	CÉRVIX	SARCOMA
7°	MELANOMA	GÁSTRICO	ENDOMETRIO
8°	PULMÓN	SARCOMA	GÁSTRICO
9°	CABEZA Y CUELLO	RIÑÓN	CÉRVIX
10°	TIROIDES	UROTELIAL	UROTELIAL

TABLA N° 50

Estudiando la edad en la que se diagnosticaron las distintas clases de tumores sólidos en el trienio 2006-2008, obtuvimos como resultado: que tanto la edad media, como la edad mediana de las mujeres en las que se diagnosticó algún tipo de tumor sólido en el periodo 2006-2008, fueron en cada caso muy similares en los tres años (Tabla n° 51).

MEDIDAS ESTADISTICAS RESPECTO A LA EDAD DE LAS MUJERES EN LAS QUE SE DIAGNOSTICÓ ALGÚN TIPO DE TUMOR SÓLIDO EN LA CIUDAD EN EL PERIODO 2006-2008.			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
EDAD MEDIA	64,67	65,01	64,04
MEDIANA (EDAD)	67	66	65
DESVIACIÓN TÍPICA	15,53	16,10	15,02
EDAD MÍNIMA	26	22	28
EDAD MÁXIMA	96	97	96

TABLA N° 51

RAZÓN DE TASAS DE INCIDENCIA HOMBRE/MUJER EN LA CIUDAD EN EL PERIODO 2006-2008.

De los distintos tumores sólidos que aparecen tanto en hombres como en mujeres, la razón de tasas de incidencia, nos dio como resultado, que en todos los tipos de tumores se encontraba una mayor incidencia en hombres, menos en el cáncer de tiroides, los sarcomas y el cáncer de hígado y vías biliares que presenta una mayor tasa de incidencia en mujeres en los años 2006 y 2007 y en los tumores del sistema nervioso con una mayor tasa de incidencia en el año 2007. En cambio, en el cáncer colorrectal en el año 2008, en el cáncer gástrico en los años 2006 y 2007, la tasa de incidencia en hombres era tan solo un poco superior a la tasa de incidencia en mujeres. En todos los demás tumores, la incidencia era mayor en el sexo masculino. Destacando por su mayor incidencia en hombres, el cáncer urotelial, el cáncer de cabeza y cuello, el cáncer de pulmón y el cáncer de esófago, este último en el año 2008 (Tabla nº 52).

RAZÓN DE TASAS DE INCIDENCIA HOMBRE/MUJER EN LA CIUDAD			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
COLORRECTAL	2	1,9	1,3
UROTELIAL	25,8	11,2	8,1
PULMÓN	3,6	12,87	6,9
GÁSTRICO	1,4	1,2	2,5
CABEZA Y CUELLO	5,2	8	8,4
MELANOMA	0,8	3,7	2,9
SARCOMA	0,4	0,9	1,05
RIÑÓN	1,3	2,1	6,7
TIROIDES	0,9	0,17	0,2
HÍGADO Y VÍAS BIL.	0,7	0,7	1,4
ESÓFAGO	-	2,2	24,8
SISTEMA NERVIOSO	1,8	0,4	1,2
PANCREAS	5,3	0,9	1,02
INTESTINO DELGADO	4,5	-	3,25
DESCONOCIDO	1,1	1,4	-
LOCALIZ. POCO FR.	-	0,3	-
TOTAL	2,6	2,6	2,5

TABLA Nº 52. RAZON DE TASAS HOMBRE/MUJER.

TASAS AJUSTADAS A LA POBLACIÓN ESTANDAR EUROPEA (CASOS/100.000)

RAZÓN DE TASAS > 1. TASAS DE INCIDENCIA MAYOR EN HOMBRES.

RAZÓN DE TASAS < 1. TASAS DE INCIDENCIA MAYOR EN MUJERES.

4.9 ZONA RURAL EN EL AÑO 2006.

4.9.1 DATOS DEMOGRÁFICOS.

En la zona rural de Salamanca en el año 2006, se encontraban perteneciendo al Sistema Público de Salud, un total de 166.701 personas, de las que 84.286 (51%) eran varones y 82.415 (49%) eran mujeres. Invirtiéndose la tendencia demográfica de la provincia y de la capital de Salamanca en la que la población femenina es superior a la población masculina (Gráfico nº 51).

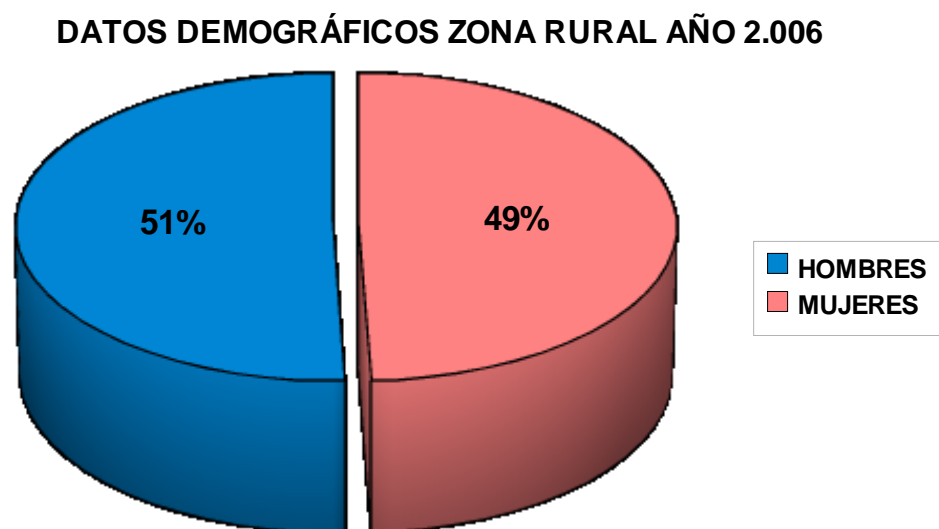


GRÁFICO Nº 51

Agrupando la población incluida en el Sistema Público de Salud en razón de su edad y sexo, en quinquenios, obtuvimos, para la zona rural de Salamanca en el año 2006 una pirámide poblacional mucho más regresiva que la pirámide poblacional resultante para la provincia en general y la ciudad de Salamanca en ese mismo año, con una base estrecha y unos tramos intermedios y superiores más anchos que la base de la pirámide. En el caso del sexo femenino encontramos un mayor envejecimiento en tramos superiores que en el sexo masculino (Gráfico nº 52).

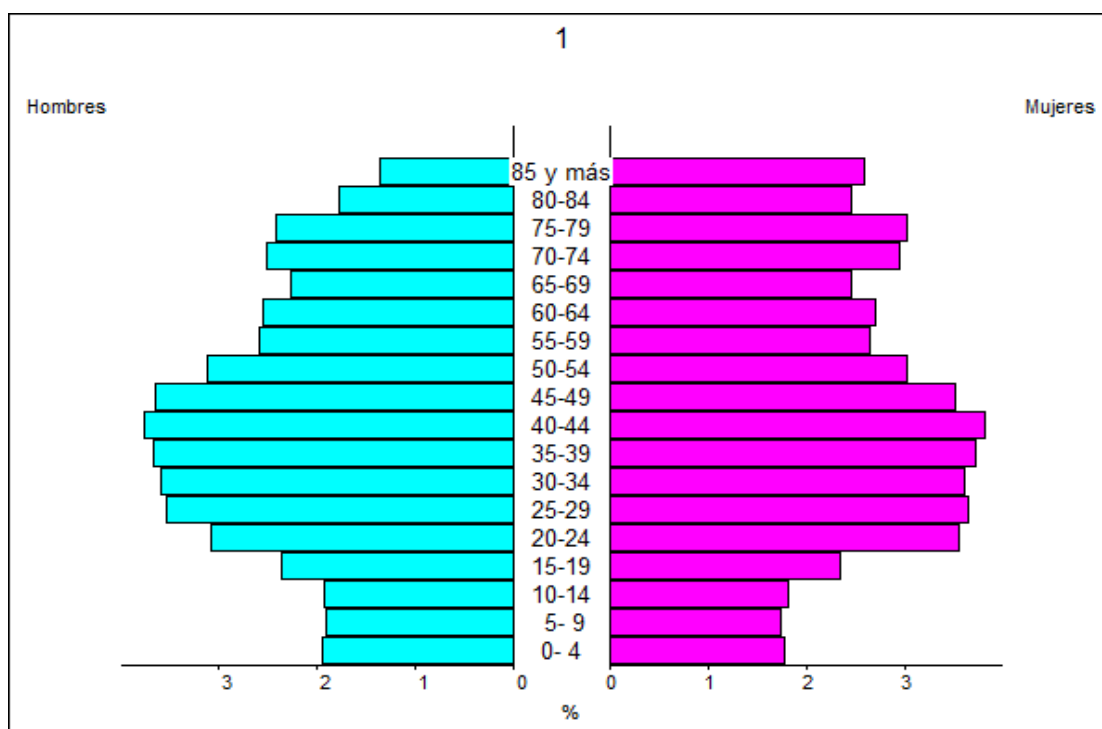


GRÁFICO N° 52

Con los datos demográficos, se obtuvieron unos indicadores que nos ayudaron a analizar la población de la zona rural de Salamanca en el año 2006, obteniendo como resultado que la población de la provincia de Salamanca para este año, era una población claramente envejecida, con un envejecimiento mayor que en ciudad de Salamanca y que la provincia en general (Tabla nº 53).

INDICADORES DEMOGRÁFICOS ZONA RURAL AÑO 2006		
ÍNDICE DE FRIZ	57,77	
ÍNDICE DE SUNDBARG	26,03	104,13
ÍNDICE DE BURGDÖFER	7,92	22,98
ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO	258,21	
EDAD MEDIA	47,23	
EDAD MEDIANA	46,58	

TABLA N° 53

4.9.2 INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2006

En la zona rural de Salamanca se diagnosticaron en el año 2006 un total de 747 casos de tumores sólidos, de los que 454 (61%) casos se diagnosticaron en hombres y 293 (39%) casos fueron diagnosticados en mujeres (Gráfico n° 53).

TUMORES SÓLIDOS EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2006

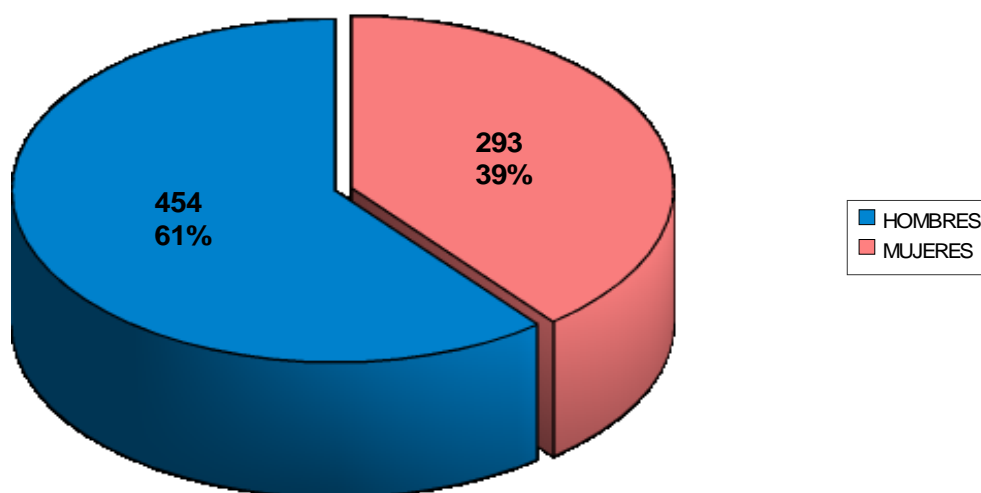


GRÁFICO N° 53

Analizando la edad en que se diagnosticaron los distintos tipos de tumores sólidos en la zona rural en el año 2006, observamos, que la edad media entre los varones en los se diagnosticó algún tipo de tumor, fue de 70,38 años con una desviación típica de 11,47 y la edad mediana de 72,5 años, en mujeres la edad media fue de 68,07 años con una desviación típica de 14,75 y la edad mediana de 70 años (Tabla n° 54).

SALAMANCA ZONA RURAL AÑO 2006		
	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	70,38	68,07
MEDIANA (EDAD)	72,5	70
DESVIACIÓN TÍPICA	11,47	14,75
EDAD MÍNIMA	22	9
EDAD MÁXIMA	94	97

TABLA N° 54. MEDIDAS ESTADÍSTICAS CON RESPECTO A LA EDAD DE LOS PACIENTES EN LOS QUE SE HA DIAGNOSTICADO ALGÚN TIPO DE TUMOR SÓLIDO EN EL AÑO 2006.

En el sexo masculino la edad más baja en la que se diagnosticó un tumor sólido fue de 22 años (sarcoma) y la edad más alta de 94 años (cáncer urotelial). En cuanto al sexo femenino la edad mínima fue de 9 años (sarcoma) y la más elevada de 97 años (cáncer colorrectal). (Tabla nº 54).

TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA POBLACIÓN GLOBAL (AMBOS SEXOS) DE LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2006

En relación a las tasas de incidencia de tumores sólidos ajustadas a la población europea en la población global (ambos sexos) de la zona rural de Salamanca en el año 2006, obtuvimos una tasa de incidencia ajustada a la población europea de 259,63 (casos/100.000 habitantes) y una tasa de incidencia ajustada a la población mundial de 185,28 (casos/100.000 habitantes), siendo la tasa bruta de 448,10 (casos/100.000 habitantes) y la tasa de incidencia truncada (entre 35 y 64 años) de 331,69. (Tabla nº 55).

Atendiendo a la población global, el tumor que mostró una mayor incidencia fue el cáncer colorrectal con una tasa de incidencia ajustada a la población europea de 47,10 (casos/100.000 habitantes), seguido en segundo lugar del cáncer de mama con una tasa de incidencia de 44,52 (casos/100.000 habitantes), en tercer lugar el cáncer de próstata con 37,22 (casos/100.000 habitantes), en cuarto lugar el cáncer de pulmón con 24,46 (casos/100.000 habitantes), seguido del cáncer cabeza y cuello con 18,17 (casos/100.000 habitantes) y el cáncer urotelial con 17,53 (casos/100.000 habitantes). (Tabla nº 55) (Gráfico nº 54).

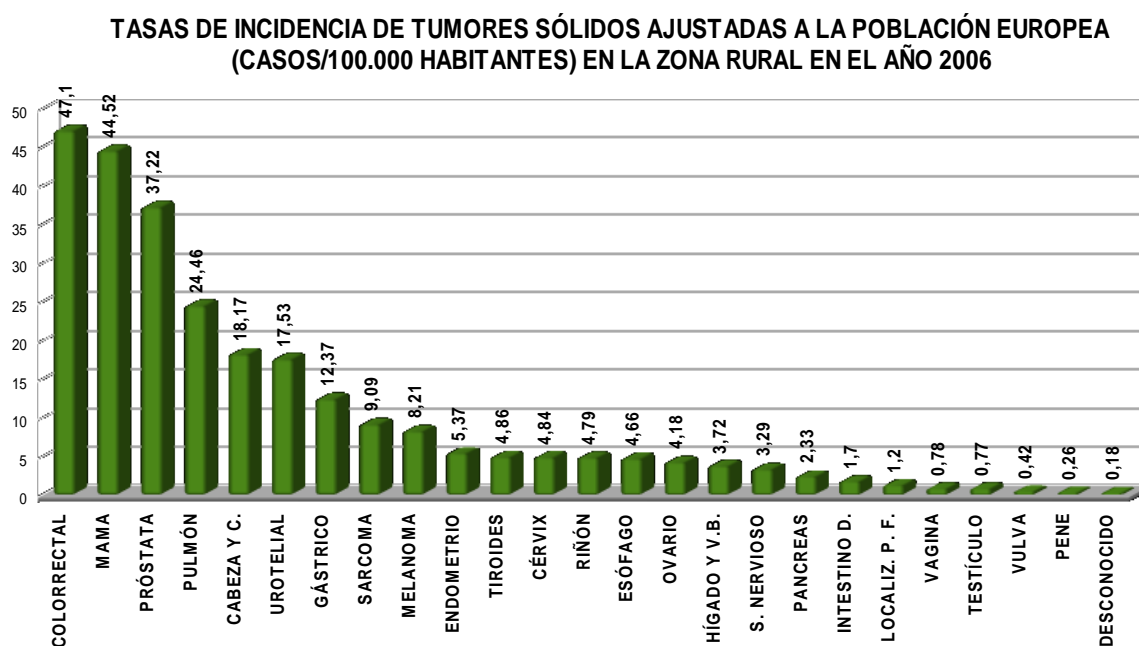


GRÁFICO Nº 54

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2006						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
COLORRECTAL	157	21,02%	94,18	32,43	47,10	57,07
PROSTATA	131	17,54%	87,58	26,10	37,22	34,93
MAMA	107	14,32%	64,18	32,90	44,52	75,82
UROTELIAL	60	8,03%	35,99	11,73	17,53	21,92
PULMÓN	62	8,30%	37,19	17,32	24,46	32,50
GÁSTRICO	50	6,69%	29,99	7,84	12,37	10,32
CABEZA Y CUELLO	39	5,22%	23,39	13,08	18,17	33,60
MELANOMA	24	3,21%	14,39	5,92	8,21	12,58
SARCOMA	19	2,54%	11,39	8,15	9,09	9,69
ENDOMETRIO	17	2,28%	10,19	3,71	5,37	9,55
RIÑÓN	11	1,47%	6,59	3,36	4,79	8,33
ESÓFAGO	11	1,47%	6,59	3,68	4,66	8,87
TIROIDES	9	1,20%	5,39	4,12	4,86	8,03
OVARIO	9	1,20%	5,39	2,98	4,18	8,38
HÍGADO Y V.B.	9	1,20%	5,39	2,78	3,72	4,95
S. NERVIOSO	7	0,94%	4,19	2,63	3,29	4,51
PANCREAS	6	0,80%	3,59	1,78	2,33	4,24
CÉRVIX	5	0,67%	2,99	1,90	4,84	5,72
VULVA	3	0,40%	1,79	0,21	0,42	0
INTESTINO D.	3	0,40%	1,79	1,28	1,70	3,27
VAGINA	2	0,27%	1,19	0,60	0,78	1,54
PENE	2	0,27%	1,19	0,13	0,26	0
LOCALIZ. POCO. F.	2	0,27%	1,19	0,87	1,20	1,98
TESTÍCULO	1	0,13%	0,59	0,55	0,77	1,98
DESCONOCIDO	1	0,13%	0,59	0,09	0,18	0
TOTAL	747	100%	448,10	185,28	259,63	331,69

TABLA N° 55. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 habitantes), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 habitantes), (T.A.-P.E.-): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000 habitantes), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN HOMBRES EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2006.

En varones de la zona rural de Salamanca en el año 2006 la tasa de incidencia de tumores sólidos ajustada a la población europea fue de 305,74 (casos/100.000 hombres), la tasa de incidencia ajustada a la población mundial de 211,54 (casos/100.000 hombres), la tasa de incidencia bruta de 538,64 (casos/100.000 hombres) y la tasa truncada (entre 35 y 64 años) de 374,85 (Tabla nº 56).

En relación a la incidencia ajustada a la población europea, el tumor con más incidencia en hombres en el año 2008 fue el cáncer de próstata, con una incidencia de 76,32 (casos/100.000 hombres), en segundo lugar el cáncer de colorrectal con una incidencia de 56,58 (casos/100.000 hombres); en tercer lugar el cáncer de pulmón con 41,64 (casos/100.000 hombres); seguido del cáncer urotelial con 33,56 (casos/100.000 hombres); el cáncer de cabeza y cuello con 30,51 (casos/100.000 hombres); el cáncer gástrico con 18,09 (casos/100.000 hombres); los melanomas con 9,94 (casos/100.000 hombres); los sarcomas con 9,55 (casos/100.000 hombres); el cáncer de esófago con 7,10 (casos/100.000 hombres); el cáncer de riñón con 5,07 (casos/100.000 hombres). (Tabla nº 56) (Gráfico nº 55).

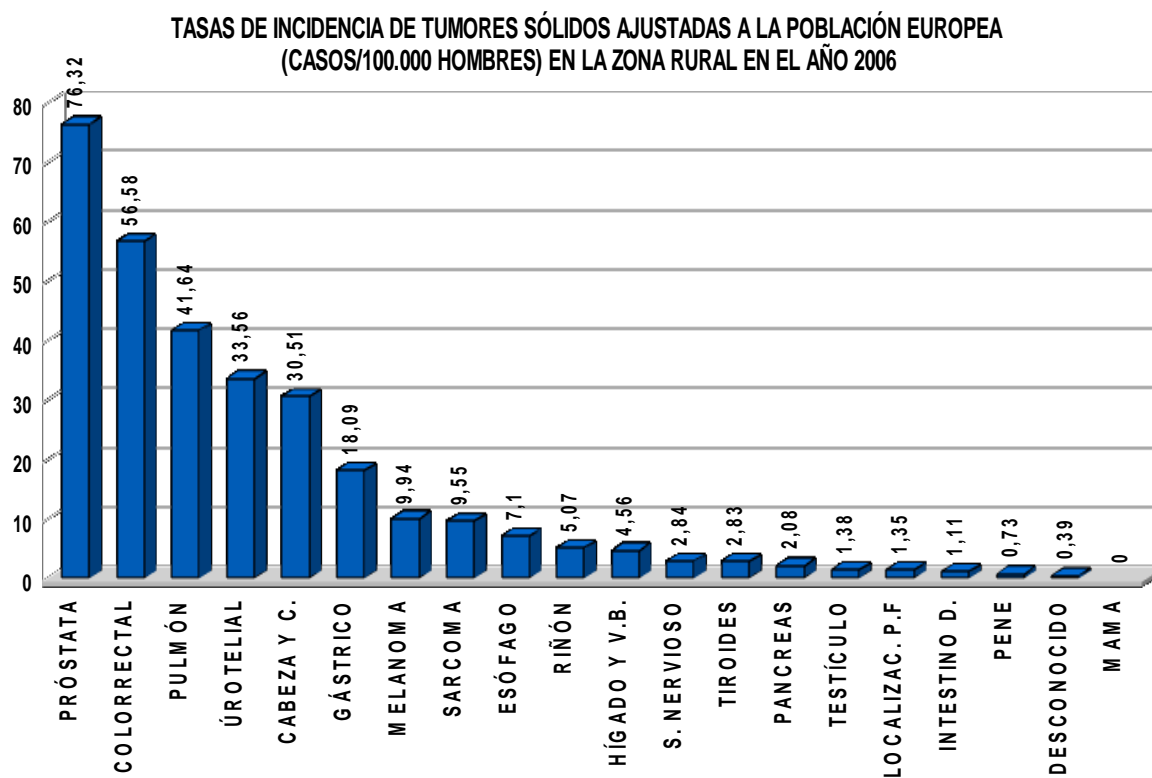


GRÁFICO Nº 55

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN HOMBRES EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2006						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
PRÓSTATA	131	28,85%	155,42	51,12	76,32	67,50
COLORRECTAL	93	20,48%	110,33	38,57	56,58	59,48
UROTelial	54	11,89%	64,06	22,34	33,56	42,10
PULMÓN	53	11,67%	62,88	29,23	41,64	51,70
CABEZA Y CUELLO	33	7,27%	39,15	21,61	30,51	54,99
GÁSTRICO	33	7,27%	39,15	11,38	18,09	16,65
MELANOMA	14	3,08%	16,61	6,93	9,94	15,38
ESÓFAGO	9	1,98%	10,67	5,59	7,10	13,94
SARCOMA	9	1,98%	10,67	8,48	9,55	11,88
RIÑÓN	5	1,10%	5,93	3,38	5,07	10,34
HÍGADO Y V.B.	5	1,10%	5,93	3,51	4,56	9,02
TIROIDES	3	0,66%	3,55	2,03	2,83	6,31
PANCREAS	3	0,66%	3,55	1,58	2,08	2,66
S. NERVIOSO	3	0,66%	3,55	2,24	2,84	2,80
PENE	2	0,44%	2,37	0,36	0,73	0
INTESTINO D.	1	0,22%	1,18	0,95	1,11	2,86
LOCALIZ. POCO FR	1	0,22%	1,18	0,98	1,35	3,55
DESCONOCIDO	1	0,22%	1,18	0,19	0,39	0
TESTÍCULO	1	0,22%	1,18	0,98	1,38	3,55
MAMA	0	0%	0	0	0	0
TOTAL	454	100%	538,64	211,54	305,74	374,85

TABLA N° 56. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 hombres), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 hombres), (T.A.-P.E.-): Tasa ajustada a la población europea (casos/ 100.000 hombres), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

TASA DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN MUJERES EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2006.

Para las mujeres de la zona rural en el año 2006, la tasa de incidencia de tumores sólidos ajustada a la población europea, fue de 219,66 (casos/100.000 mujeres), la tasa de incidencia ajustada a la población mundial de 162,92 (casos/100.000 mujeres), la tasa bruta de 355,51 (casos/100.000 mujeres), y la tasa de incidencia truncada (edad entre 35 y 64 años) de 347,21 (Tabla n° 57).

El tumor con mayor incidencia en mujeres, fue es cáncer de mama con una tasa de incidencia ajustada a la población europea de 92,36 (casos/100.000 mujeres); seguido en segundo lugar del cáncer colorrectal con una tasa de incidencia de 38,81 (casos/100.000 mujeres); en tercer lugar el cáncer de endometrio con 10,83 (casos/100.000 mujeres); en cuarto lugar el cáncer de ovario con 8,64 (casos/100.000 mujeres); en quinto lugar los sarcomas con 8,25 (casos/100.000 mujeres); seguido del cáncer de tiroides con 6,63 (casos/100.000 mujeres); el cáncer gástrico con 7,07 (casos/100.000 mujeres). (Tabla n° 57) (Gráfico n° 56).

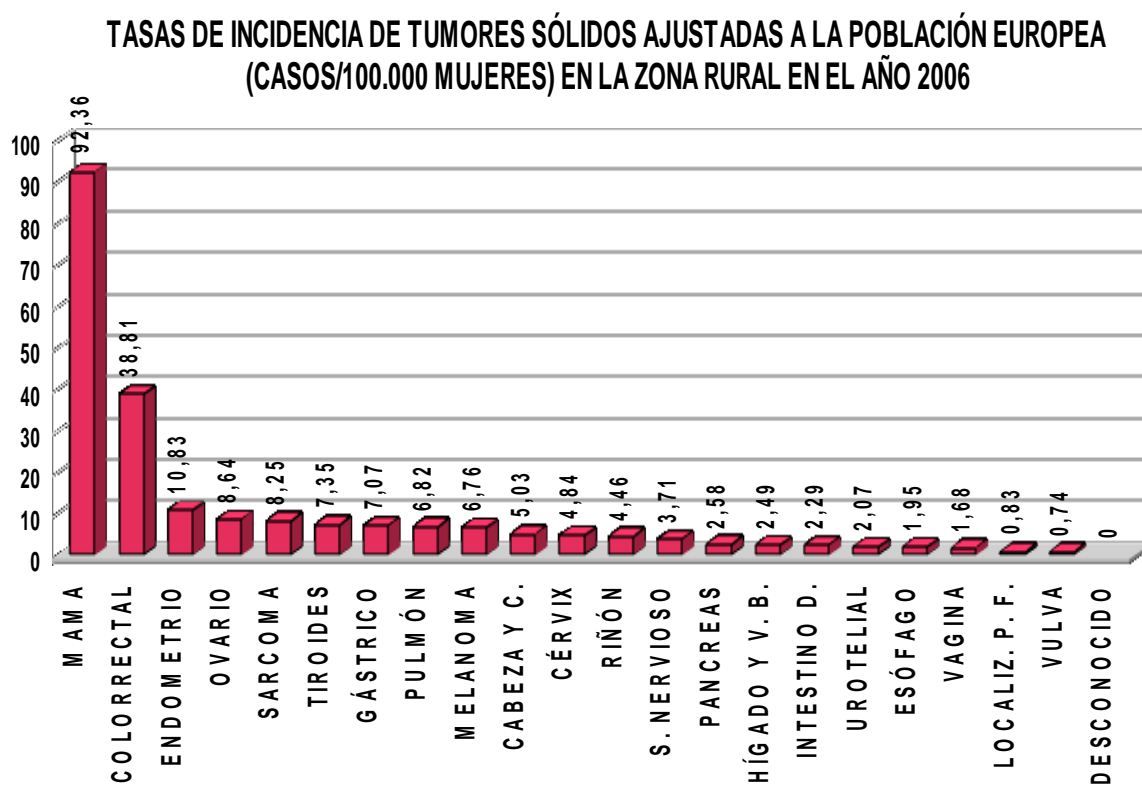


GRÁFICO N° 56

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN MUJERES EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2006						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
MAMA	107	36,52%	129,83	68,77	92,36	163,83
COLORRECTAL	64	21,84%	77,65	26,93	38,81	54,96
GÁSTRICO	17	5,80%	20,62	4,51	7,07	3,44
ENDOMETRIO	17	5,80%	20,62	7,60	10,83	20,30
MELANOMA	10	3,41%	12,13	5,09	6,76	9,77
SARCOMA	10	3,41%	12,13	7,54	8,25	7,18
OVARIO	9	3,07%	10,92	6,14	8,64	17,72
PULMÓN	9	3,07%	10,92	4,97	6,82	10,06
CABEZA Y CUELLO	6	2,05%	7,28	3,97	5,03	9,39
TIROIDES	6	2,05%	7,28	6,63	7,35	10,34
UROTELIAL	6	2,05%	7,28	1,28	2,07	0
RIÑÓN	6	2,05%	7,28	3,33	4,46	6,32
CÉRVIX	5	1,71%	6,06	3,94	4,84	11,88
HÍGADO Y V.B.	4	1,37%	4,85	1,74	2,49	0
S. NERVIOSO	4	1,37%	4,85	3	3,71	6,13
VULVA	3	1,02%	3,64	0,37	0,74	0
PANCREAS	3	1,02%	3,64	1,96	2,58	5,75
VAGINA	2	0,68%	2,42	1,32	1,68	3,44
INTESTINO D.	2	0,68%	2,42	1,59	2,29	3,73
ESÓFAGO	2	0,68%	2,42	1,52	1,95	2,87
LOCALIZ. POCO. FR	1	0,34%	1,21	0,62	0,83	0
DESCONOCIDO	0	0%	0	0	0	0
TOTAL	293	100%	355,51	162,92	219,66	347,21

TABLA N° 57. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 mujeres), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 mujeres), (T.A.-P.E.): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

TASAS ESPECÍFICAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2006

Considerando las tasas específicas de incidencia por grupos de edad en la zona rural en el año 2006, y agrupando las distintas edades en quinquenios, obtuvimos como resultado, que las tasas de incidencia específicas, discurrían de forma similar tanto en hombres como en mujeres hasta el quinquenio de 25-29 años. A partir de ese quinquenio, las tasas específicas en el sexo femenino serán algo mayores que en el sexo masculino, pero es, en el quinquenio de entre 40-45 años, donde la tasa específica de cáncer en mujeres, experimenta un aumento más llamativo que en los hombres. A partir del quinquenio de entre 50-54 años la tasa de incidencia en varones aumenta progresivamente, alcanzando su máxima incidencia en el quinquenio de entre 80-84 años. En el sexo femenino, a partir del grupo de edad de entre 50-54 años la tasa de incidencia específica fue aumentando, pero en todo caso de forma menos significativa que en el sexo masculino, y así hasta el quinquenio de entre 80-84 años que experimenta su máxima incidencia (Gráfico n° 57).

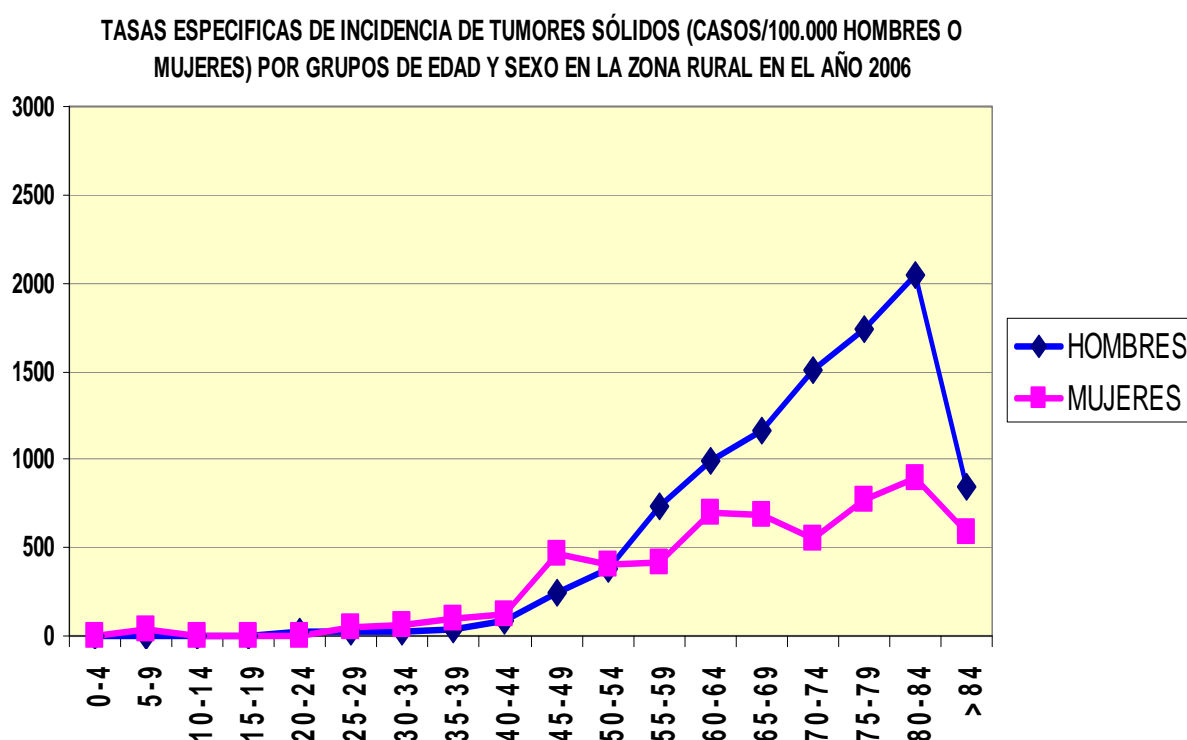


GRÁFICO N° 57

4.10 ZONA RURAL EN EL AÑO 2007

4.10.1 DATOS DEMOGRÁFICOS.

En la zona rural de Salamanca en el año 2007, se encontraban dentro del Sistema Público de Salud, un total de 167.914 personas, de las que 84.966 (51%) eran varones y 82.948 (49%) eran mujeres. Invirtiéndose la tendencia demográfica de la provincia en general y de la capital de Salamanca en las que la población femenina es superior a la población masculina (Gráfico nº 58).

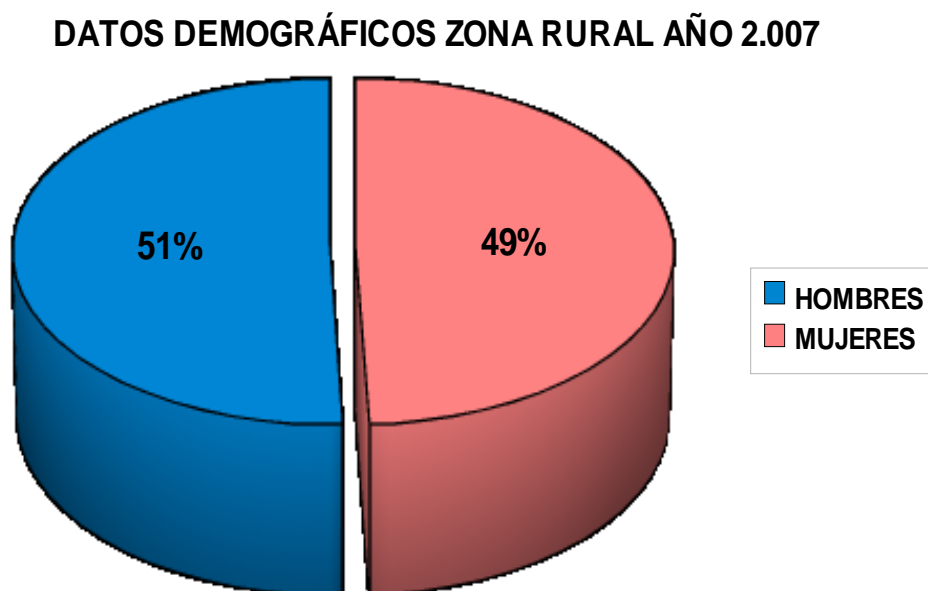


GRÁFICO Nº 58

Agrupando en quinquenios a la población incluida dentro del Sistema Público de Salud en razón de su edad y sexo, obtuvimos para la zona rural en el año 2007, una pirámide poblacional mucho más regresiva que la pirámide de la provincia y de la ciudad para ese mismo año, con una base estrecha y unos tramos intermedios y unos tramos superiores más anchos que la base de la pirámide. Destacando igualmente, un mayor envejecimiento de la población perteneciente al sexo femenino (Gráfico nº 59).

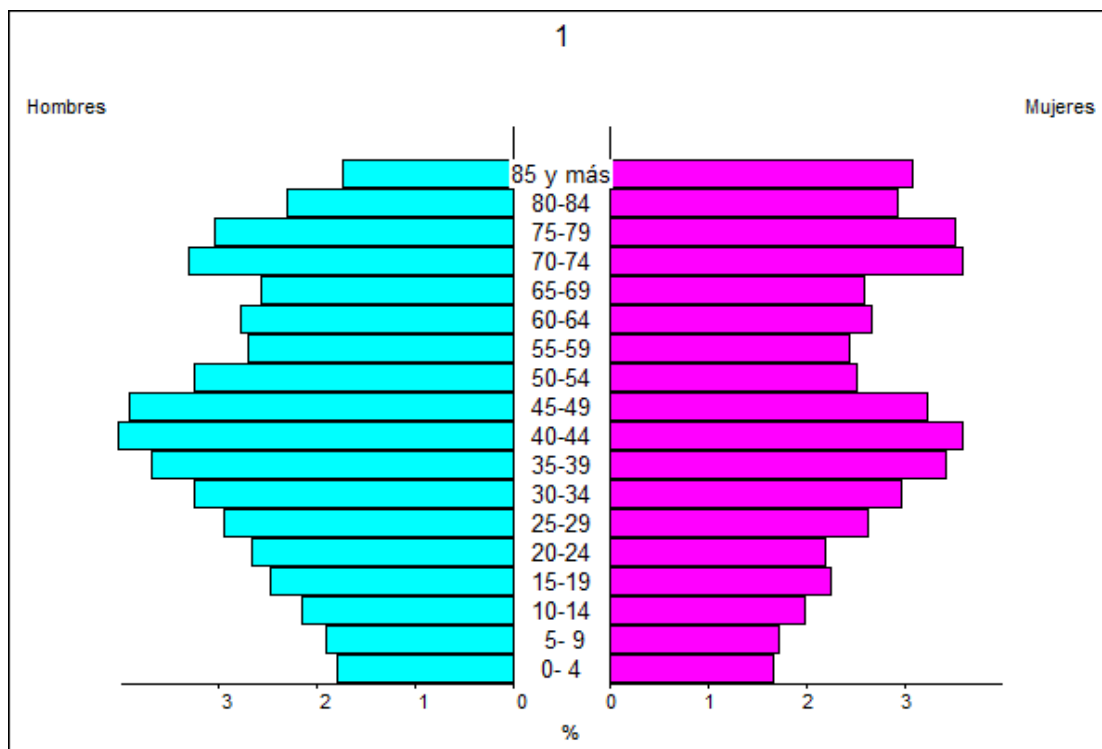


GRÁFICO N° 59

Con los datos demográficos, se obtuvieron unos indicadores que nos ayudaron a analizar la población de la zona rural en el año 2007, obteniendo como resultado que la población de la zona rural para este año, era una población envejecida, con un envejecimiento mayor que en ciudad y la provincia en general para ese mismo año (Tabla n° 58).

INDICADORES DEMOGRÁFICOS ZONA RURAL AÑO 2007		
ÍNDICE DE FRIZ	57,05	
ÍNDICE DE SUNDBARG	26,06	104,17
ÍNDICE DE BURGDÖFER	7,82	23,57
ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO	254,70	
EDAD MEDIA	47,25	
EDAD MEDIANA	46,67	

TABLA N° 58

4.10.2 INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2007

En la zona rural de Salamanca se diagnosticaron en el año 2007 un total de 740 casos de tumores sólidos, de los que 463 (63%) casos se diagnosticaron en hombres y 277 (37%) casos fueron diagnosticados en mujeres (Gráfico n° 60).

TUMORES SÓLIDOS EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2007

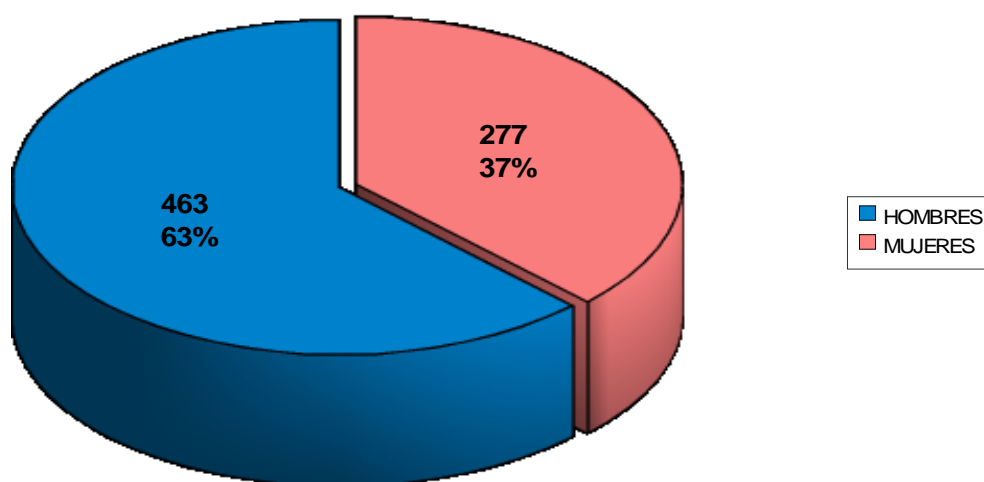


GRÁFICO N° 60

Estudiando la edad en que se diagnosticaron los distintos tipos de tumores sólidos en la zona rural en el año 2007, obtuvimos como resultado, que la edad media entre los componentes del sexo masculino, en los se diagnosticó algún tipo de tumor, era de 69,93 años con una desviación típica de 13,19 y la edad mediana de 73 años, en mujeres la edad media fue de 67,07 años con una desviación típica de 14,53 y la edad mediana de 69 años (Tabla n° 59).

SALAMANCA ZONA RURAL AÑO 2007		
	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	69,93	67,07
MEDIANA (EDAD)	73	69
DESVIACIÓN TÍPICA	13,19	14,53
EDAD MÍNIMA	7	20
EDAD MÁXIMA	93	92

TABLA N° 59. MEDIDAS ESTADÍSTICAS CON RESPECTO A LA EDAD DE LOS PACIENTES EN LOS QUE SE HA DIAGNOSTICADO ALGÚN TIPO DE TUMOR SÓLIDO EN EL AÑO 2007.

En varones, la edad más baja en la que se diagnosticó un tumor fue de 7 años (cáncer urotelial) y la edad más elevada de 93 años (cáncer gástrico). En mujeres la edad mínima fue de 20 años (cáncer gástrico) y la más alta de 92 años (cáncer colorrectal). (Tabla nº 59).

**TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA POBLACIÓN GLOBAL
(AMBOS SEXOS) DE LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2007**

En relación a las tasas de incidencia de tumores sólidos ajustadas a la población europea en la población global (ambos sexos) de la zona rural en el año 2007, obtuvimos como resultado, una tasa de incidencia ajustada a la población europea de 260,85 (casos/100.000 habitantes) y una tasa de incidencia ajustada a la población mundial de 189,14 (casos/100.000 habitantes), siendo la tasa bruta de 440,70 (casos/100.000 habitantes) y la tasa de incidencia truncada (entre 35 y 64 años) de 344,45. (Tabla nº 60).

Atendiendo a la población global, el tumor que muestra una mayor incidencia es el cáncer de mama con una tasa de incidencia ajustada a la población europea de 45,68 (casos/100.000 habitantes), seguido en segundo lugar del cáncer próstata con una tasa de incidencia de 40,48 (casos/100.000 habitantes), en tercer lugar el cáncer de colorrectal con 38,75 (casos/100.000 habitantes), en cuarto lugar el cáncer urotelial con 24,03 (casos/100.000 habitantes), seguido de pulmón con 23,74 (casos/100.000 habitantes) y el cáncer gástrico con 16,05 (casos/100.000 habitantes). (Tabla nº 60) (Gráfico nº 61).

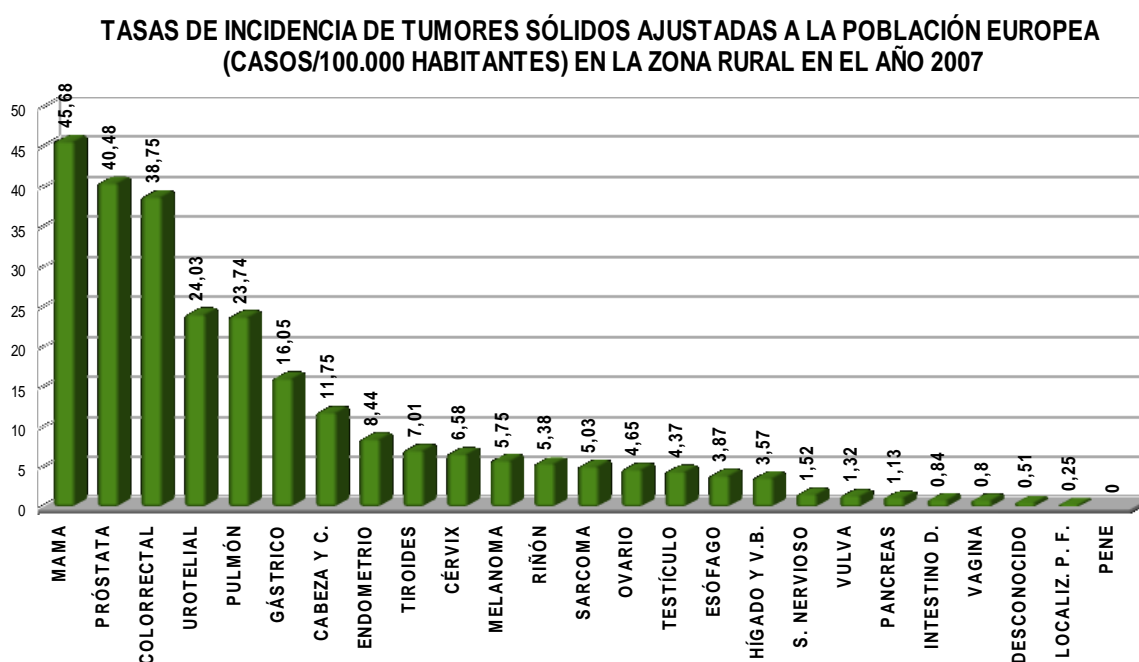


GRÁFICO Nº 61

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2007						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
COLORRECTAL	145	19,59%	86,35	26,21	38,75	40,21
PROSTATA	138	18,65%	82,18	27,45	40,48	33,73
MAMA	98	13,24%	58,95	34,30	45,68	81,59
UROTELIAL	76	10,27%	45,26	18,06	24,03	23,48
PULMÓN	62	8,38%	36,92	16,71	23,74	34,06
GÁSTRICO	56	7,57%	33,35	11,53	16,05	15,44
CABEZA Y CUELLO	29	3,92%	17,27	8,39	11,75	16,55
ENDOMETRIO	21	2,84%	12,50	5,75	8,44	14,10
CÉRVIX	14	1,89%	8,33	5,22	6,58	14,64
MELANOMA	14	1,89%	8,33	4,17	5,75	11,58
RIÑÓN	13	1,76%	7,74	4,01	5,38	6,15
TIROIDES	12	1,62%	7,14	5,78	7,01	14,89
SARCOMA	11	1,49%	6,55	4,66	5,03	2,89
HÍGADO Y V.B.	10	1,35%	5,95	2,85	3,57	5,96
ESÓFAGO	8	1,08%	4,76	2,81	3,87	7,83
OVARIO	8	1,08%	4,76	3,52	4,65	9,75
TESTÍCULO	6	0,81%	3,57	4,44	4,37	9,75
VULVA	5	0,68%	2,97	0,81	1,32	1,84
S. NERVIOSO	4	0,54%	2,38	1,19	1,52	2,79
PANCREAS	3	0,41%	1,78	0,72	1,13	1,77
INTESTINO D.	2	0,27%	1,19	0,57	0,84	1,84
VAGINA	2	0,27%	1,19	0,51	0,80	1,77
DESCONOCIDO	2	0,27%	1,19	0,34	0,51	0
LOCALIZ. POCO. F.	1	0,14%	0,59	0,17	0,25	0
PENE	0	0%	0	0	0	0
TOTAL	740	100%	440,70	189,14	260,85	344,45

TABLA N° 60. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 habitantes), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 habitantes), (T.A.-P.E.-): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000 habitantes), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN HOMBRES EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2007.

En varones en la en la zona rural de Salamanca en el año 2007 la tasa de incidencia de tumores sólidos ajustada a la población europea fue de 308,68 (casos/100.000 hombres), la tasa de incidencia ajustada a la población mundial de 216,86 (casos/100.000 hombres), la tasa de incidencia bruta de 542,57 (casos/100.000 hombres) y la tasa truncada (entre 35 y 64 años) de 331,24 (Tabla nº 61).

En relación a la incidencia ajustada a la población europea, el tumor con más incidencia en hombres en el año 2007 fue el cáncer de próstata, con una incidencia de 83,34 (casos/100.000 hombres), en segundo lugar el cáncer de colorrectal con una incidencia de 50,93 (casos/100.000 hombres); en tercer lugar el cáncer urotelial con 46,84 (casos/100.000 hombres); seguido del cáncer de pulmón con 41,25 (casos/100.000 hombres); el cáncer gástrico con 21,12 (casos/100.000 hombres); el cáncer de cabeza y cuello con 18,20 (casos/100.000 hombres); el cáncer de riñón con 8,52 (casos/100.000 hombres); el cáncer de testículo con 8,23 (casos/100.000 hombres); el cáncer de esófago con 7,54 (casos/100.000 hombres); los melanomas con 7,08 (casos/100.000 hombres). (Tabla nº 61) (Gráfico nº 62).

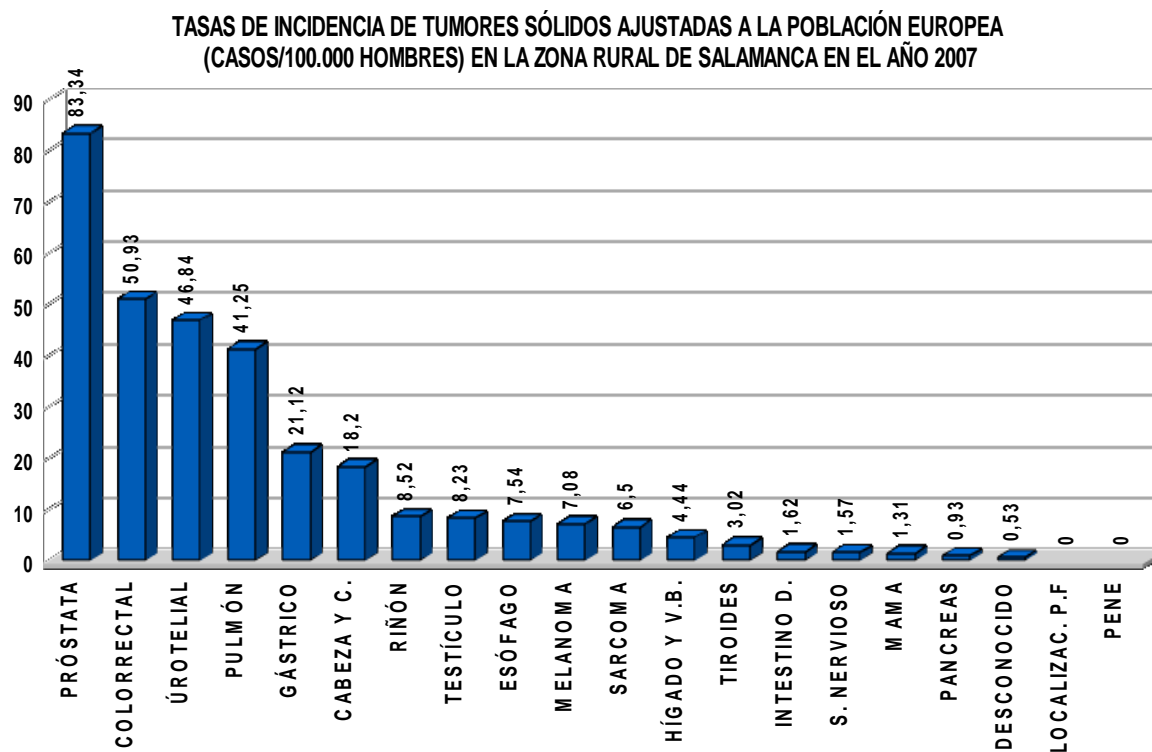


GRAFICO Nº 62

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN HOMBRES EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2007						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
PRÓSTATA	138	29,81%	162,41	55,97	83,34	64,68
COLORRECTAL	89	19,22%	104,74	34,48	50,93	50,35
UROTELIAL	71	15,33%	83,52	34,85	46,84	44,84
PULMÓN	54	11,66%	63,55	28,63	41,25	58,44
GÁSTRICO	35	7,56%	41,19	14,24	21,12	26,30
CABEZA Y CUELLO	20	4,32%	23,53	13,33	18,20	24,44
RIÑÓN	10	2,16%	11,76	6,38	8,52	11,59
MELANOMA	8	1,73%	9,41	5,14	7,08	15,25
ESÓFAGO	8	1,73%	9,41	5,46	7,54	14,97
TESTÍCULO	6	1,30%	7,06	8,35	8,23	14,97
SARCOMA	6	1,30%	7,06	6,55	6,50	0
HÍGADO Y V.B.	6	1,30%	7,06	3,08	4,44	6,12
TIROIDES	3	0,65%	3,53	2,43	3,02	5,39
PANCREAS	2	0,43%	2,35	0,55	0,93	0
S. NERVIOSO	2	0,43%	2,35	1,24	1,57	2,65
INTESTINO D.	2	0,43%	2,35	1,08	1,62	3,28
MAMA	2	0,43%	2,35	0,88	1,31	0
DESCONOCIDO	1	0,22%	1,17	0,35	0,53	0
PENE	0	0%	0	0	0	0
LOCALIZ. POCO FR	0	0%	0	0	0	0
TOTAL	463	100%	542,57	216,86	308,68	331,24

TABLA N° 61. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 hombres), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 hombres), (T.A.-P.E.-): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000 hombres), Ttr (35-64): Tasa troncada (35-64 años). (IC 95%)

TASA DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN MUJERES EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2007.

En el sexo femenino de la zona rural en el año 2007, la tasa de incidencia de tumores sólidos ajustada a la población europea, fue de 217,25 (casos/100.000 mujeres), la tasa de incidencia ajustada a la población mundial fue de 160,01 (casos/100.000 mujeres), la tasa bruta de 353,94 (casos/100.000 mujeres), y la tasa de incidencia truncada (edad entre 35 y 64 años) de 363,01 (Tabla n° 62).

El tumor con mayor incidencia en mujeres, fue el cáncer de mama con una tasa de incidencia ajustada a la población europea de 91,62 (casos/100.000 mujeres); seguido en segundo lugar del cáncer colorrectal con una tasa de incidencia de 27,43 (casos/100.000 mujeres); en tercer lugar el cáncer de endometrio con 17,67 (casos/100.000 mujeres); en cuarto lugar el cáncer de cérvix con 13,66 (casos/100.000 mujeres); en quinto el cáncer de tiroides con 11,55 (casos/100.000 mujeres); seguido del cáncer gástrico con 11,07 (casos/100.000 mujeres); el cáncer de ovario con 9,98 (casos/100.000 mujeres). (Tabla n° 62) (Gráfico n° 63).

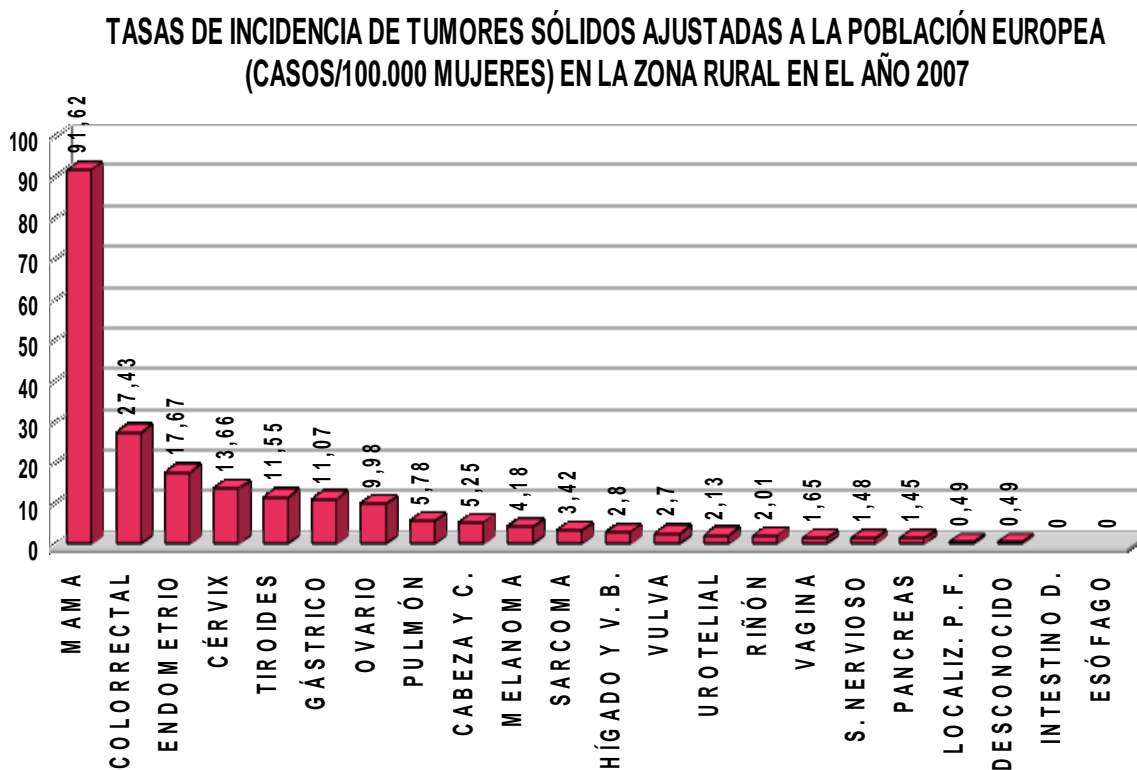


GRÁFICO N° 63

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN MUJERES EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2007						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
MAMA	96	34,66%	115,73	68,81	91,62	174,07
COLORRECTAL	56	20,22%	67,51	18,26	27,43	29,21
ENDOMETRIO	21	7,58%	25,31	12,09	17,67	30,93
GÁSTRICO	21	7,58%	25,31	8,85	11,07	2,84
CÉRVIX	14	5,05%	16,87	10,88	13,66	30,83
TIROIDES	9	3,25%	10,85	9,59	11,55	25,59
CABEZA Y CUELLO	9	3,25%	10,85	3,41	5,25	8,44
OVARIO	8	2,89%	9,64	7,56	9,98	21,16
PULMÓN	8	2,89%	9,64	4,36	5,78	6,58
MELANOMA	6	2,17%	7,23	3,02	4,18	7,17
VULVA	5	1,81%	6,02	1,70	2,70	4,22
SARCOMA	5	1,81%	6,02	2,58	3,42	6,13
UROTelial	5	1,81%	6,02	1,37	2,13	0
HÍGADO Y V.B.	4	1,44%	4,82	2,14	2,80	5,80
RIÑÓN	3	1,08%	3,61	1,46	2,01	0
S. NERVIOSO	2	0,72%	2,41	1,15	1,48	2,95
VAGINA	2	0,72%	2,41	1,07	1,65	3,73
PANCREAS	1	0,36%	1,20	0,97	1,45	3,73
LOCALIZ. POCO. FR	1	0,36%	1,20	0,32	0,49	0
DESCONOCIDO	1	0,36%	1,20	0,32	0,49	0
INTESTINO D.	0	0%	0	0	0	0
ESÓFAGO	0	0%	0	0	0	0
TOTAL	277	100%	333,94	160,01	217,25	363,44

TABLA N° 62. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 mujeres), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 mujeres), (T.A.-P.E.): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000 mujeres), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

TASAS ESPECÍFICAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2007

Considerando las tasas específicas de incidencia por grupos de edad y sexo en la zona rural de Salamanca, en el año 2007, y agrupando las distintas edades en quinquenios, obtuvimos como resultado, que las tasas de incidencia específicas, discurrían de forma similar tanto para hombres como en mujeres, hasta el quinquenio de 35-39 años. A partir de ese quinquenio las tasas específicas en el sexo femenino eran algo mayores que en el sexo masculino, pero es en el quinquenio de entre 50-59 años donde las tasas de incidencia se igualan de nuevo y a partir de este grupo de edad iban aumentando progresivamente en el sexo masculino (muy por encima del sexo femenino), alcanzando la máxima incidencia en el grupo de edad de 75-79 años. En el sexo femenino, a partir del grupo de edad de entre 55-59 años la incidencia se mantuvo en unos mismos niveles, salvo en el quinquenio de 60-64 años en el que sufrió un repunte (Gráfico nº 64).

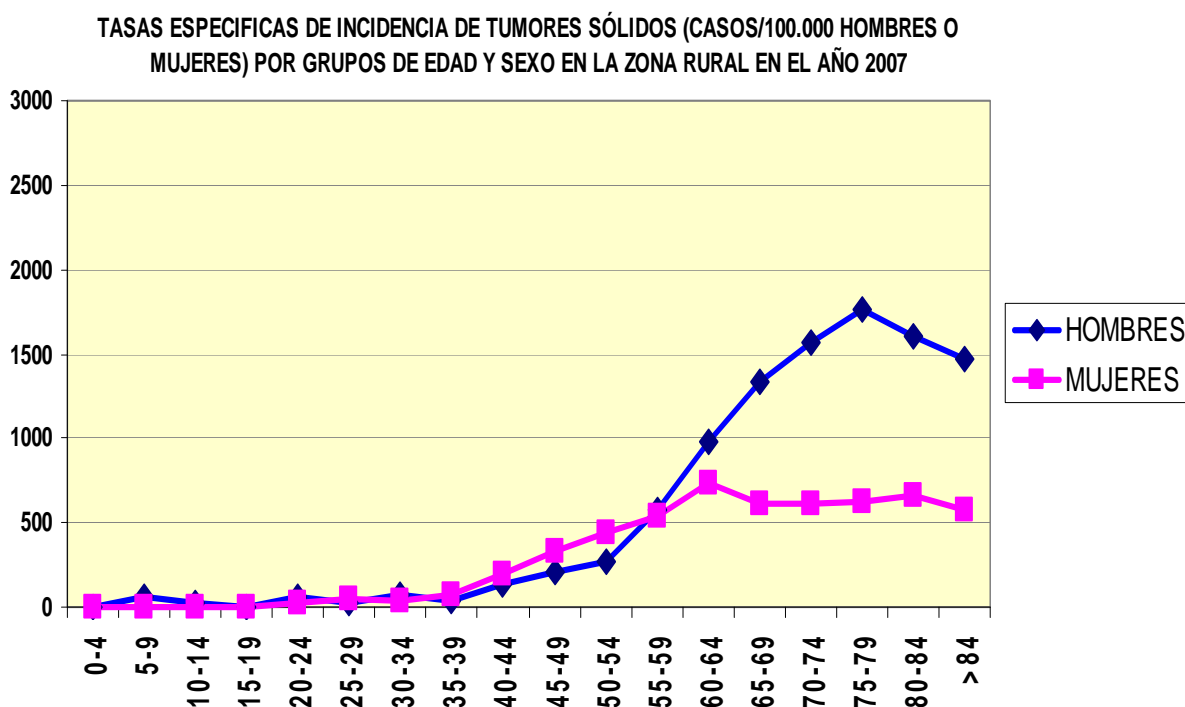


GRÁFICO Nº 64

4.11 ZONA RURAL AÑO 2008

4.11.1 DATOS DEMOGRÁFICOS.

En la zona rural de Salamanca en el año 2008, estaban incluidas dentro del Sistema Público de Salud, un total de 169.094 personas, de las que 85.848 (51%) eran varones y 83.246 (49%) eran mujeres. Invirtiéndose de nuevo este año la tendencia demográfica de la provincia en general y de la ciudad, en la que la población femenina es superior a la población masculina (Gráfico nº 65).

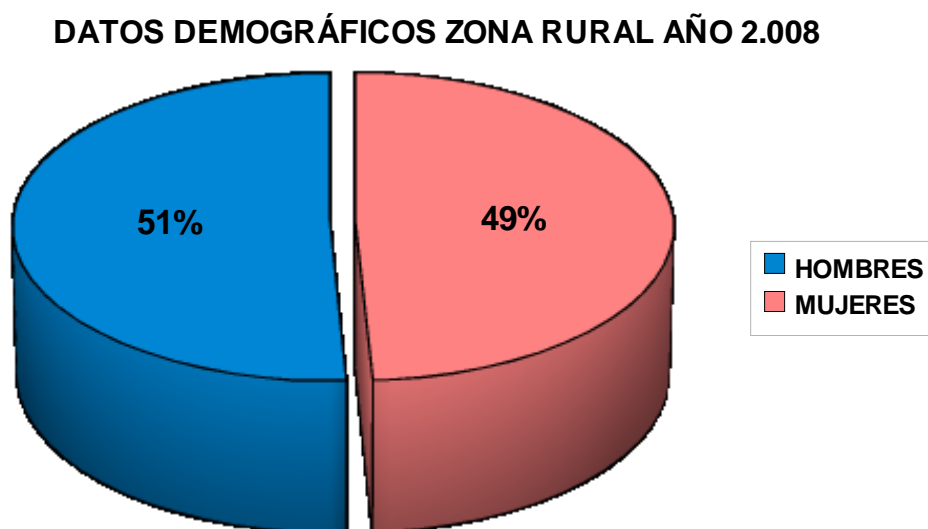


GRÁFICO Nº 65

Agrupando en quinquenios a la población incluida dentro del Sistema Público de Salud, en razón de su edad y sexo, obtuvimos para la zona rural en el año 2008, una pirámide poblacional regresiva que nos mostró una población más envejecida que en la provincia en general y que en la ciudad en ese mismo año, con una base estrecha y unos tramos intermedios y superiores más anchos que la base de la pirámide. Encontrando así mismo, un mayor envejecimiento en la población femenina que en la población del sexo masculino (Gráfico nº 66).

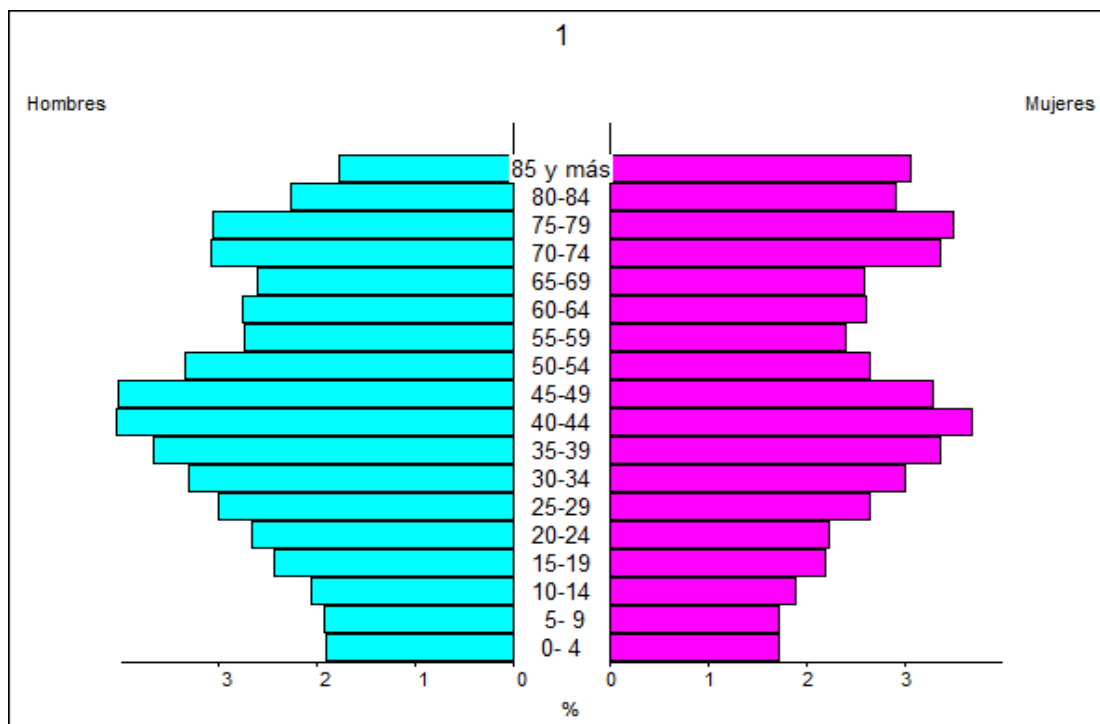


GRÁFICO N° 66

Con los datos demográficos, se obtuvieron unos indicadores que nos ayudaron a analizar la población de la zona rural de Salamanca en el año 2008, obteniendo como resultado que la población de la de la zona rural en el año 2008, era una población claramente envejecida. Envejecimiento que igual que en los años 2006 y 2007 era mayor que en ciudad y en la provincia en general (Tabla nº 63).

INDICADORES DEMOGRÁFICOS ZONA RURAL AÑO 2008		
ÍNDICE DE FRIZ	56,10	
ÍNDICE DE SUNDBARG	25,87	102,62
ÍNDICE DE BURGDÖFER	7,66	23,91
ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO	250,19	
EDAD MEDIA	47,10	
EDAD MEDIANA	46,53	

TABLA N° 63

4.11.2 INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2008

En la zona rural se diagnosticaron en el año 2008 un total de 811 tumores sólidos, de los que 508 (63%) casos se diagnosticaron en hombres y 303 (37%) casos fueron diagnosticados en mujeres (Gráfico n° 67).

TUMORES SÓLIDOS EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2008

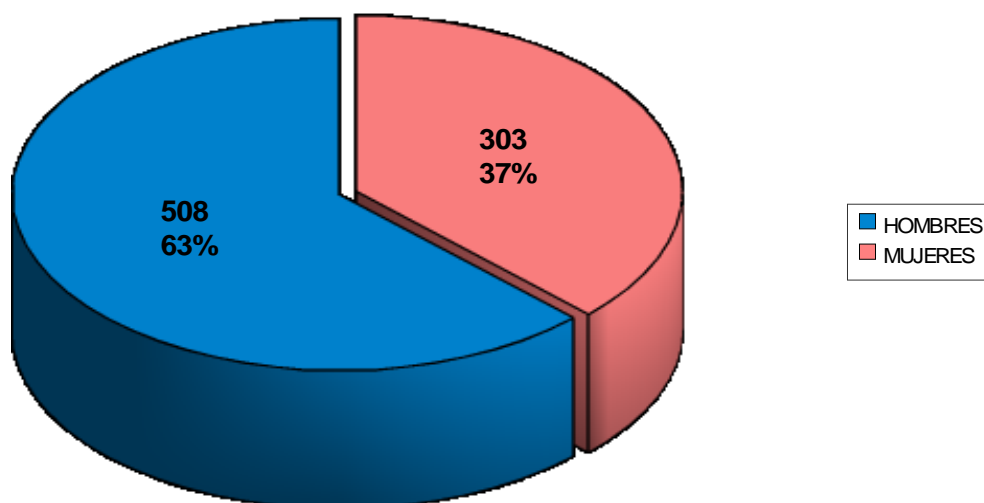


GRÁFICO N° 67

Estudiando la edad en que se diagnosticaron los distintos tipos de tumores sólidos en la zona rural en el año 2008, encontramos el siguiente resultado: La edad media de los varones en los se diagnostico algún tipo de tumor, fue de 70,76 años con una desviación típica de 10,91 y una edad mediana de 73 años, en mujeres la edad media fue de 67,11 años con una desviación típica de 15,42 y la una edad mediana de 70 años (Tabla n° 64).

SALAMANCA ZONA RURAL AÑO 2008		
	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	70,76	67,11
MEDIANA (EDAD)	73	70
DESVIACIÓN TÍPICA	10,91	15,42
EDAD MÍNIMA	30	7
EDAD MÁXIMA	92	95

TABLA N° 64. MEDIDAS ESTADÍSTICAS CON RESPECTO A LA EDAD DE LOS PACIENTES EN LOS QUE SE HA DIAGNOSTICADO ALGÚN TIPO DE TUMOR SÓLIDO EN EL AÑO 2008.

En varones, la menor edad en la que se diagnosticó un tumor fue de 30 años (melanoma) y la edad más elevada de 92 años (cáncer de próstata). En mujeres la edad más baja fue de 7 años (cáncer del sistema nervioso) y la edad más alta de 95 años (cáncer gástrico). (Tabla nº 64).

TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA POBLACIÓN GLOBAL (AMBOS SEXOS) DE LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2008

En relación a las tasas de incidencia de tumores sólidos ajustadas a la población europea, en la población global (ambos sexos) de la zona rural en el año 2008, se obtuvieron los siguientes resultados: La tasa de incidencia ajustada a la población europea era de 283,58 (casos/100.000 habitantes), la tasa de incidencia ajustada a la población mundial era de 201,82 (casos/100.000 habitantes), siendo la tasa bruta de 479,48 (casos/100.000 habitantes) y la tasa de incidencia truncada (entre 35 y 64 años) de 395,15 (Tabla nº 65).

Atendiendo a la población global, el tumor que muestra una mayor incidencia era el cáncer de próstata con una tasa de incidencia ajustada a la población europea de 55,45 (casos/100.000 habitantes), seguido en segundo lugar del cáncer de mama con una tasa de incidencia de 50,08 (casos/100.000 habitantes), en tercer lugar el cáncer de colorrectal con 41,07 (casos/100.000 habitantes), en cuarto lugar el cáncer de pulmón con 27,91 (casos/100.000 habitantes), seguido del cáncer urotelial con 22,51 (casos/100.000 habitantes) y el cáncer de cabeza y cuello con 15,23 (casos/100.000 habitantes). (Tabla nº 65) (Gráfico nº 68).

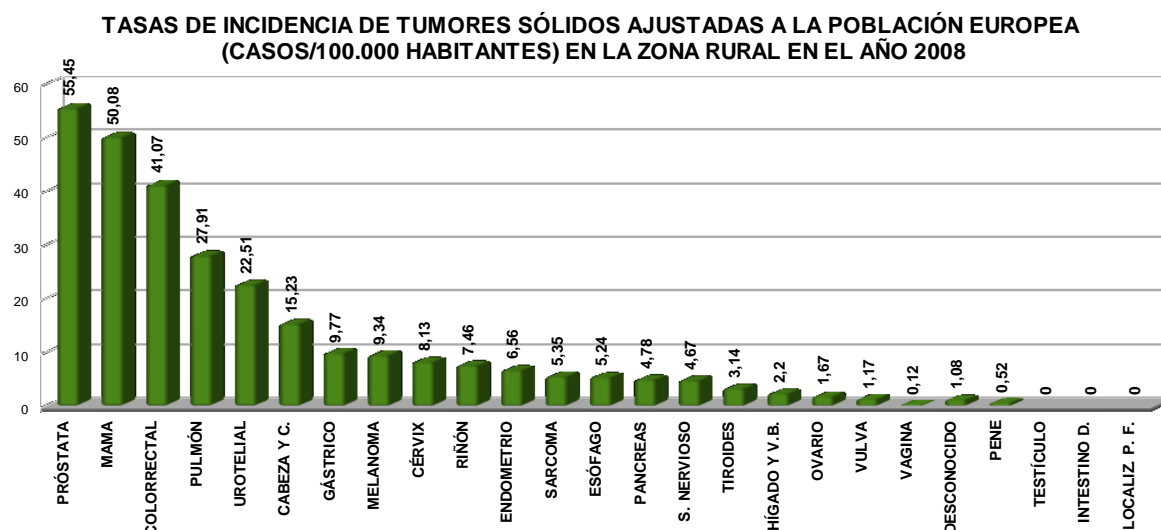


GRÁFICO Nº 68

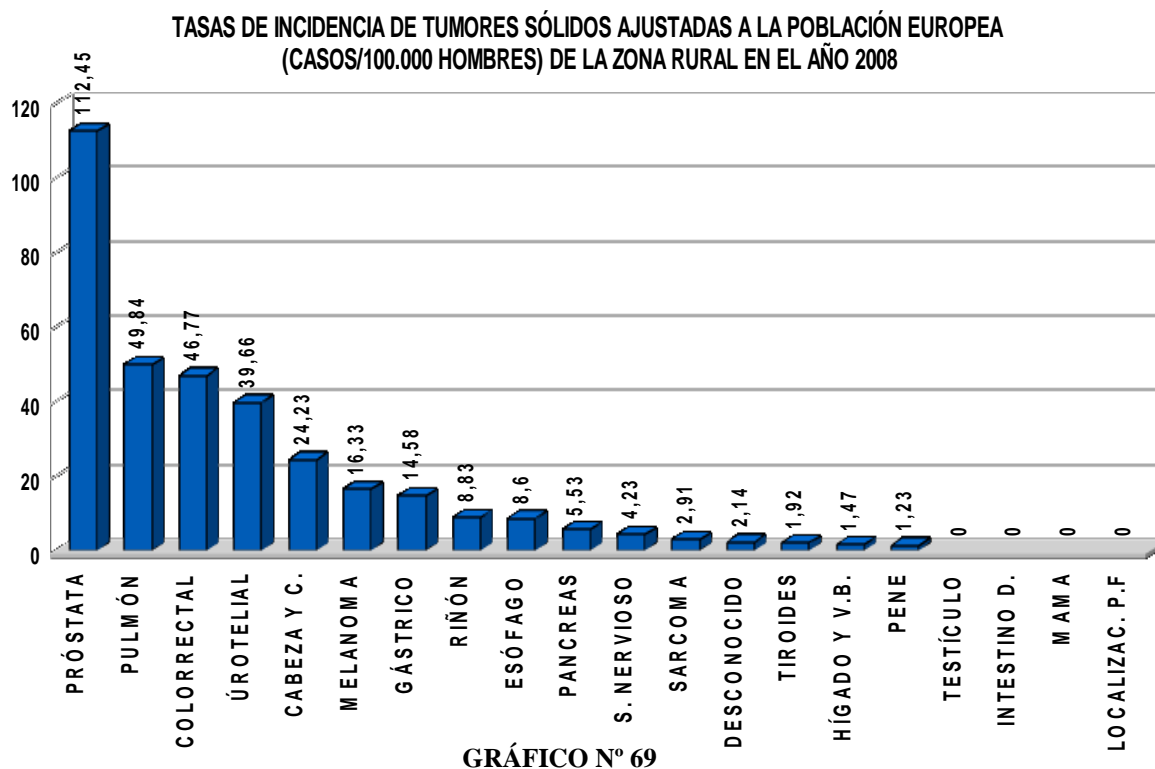
INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2008						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
PRÓSTATA	173	21,33%	102,28	38,31	55,45	57,29
COLORRECTAL	152	18,74%	89,86	26,96	41,07	39,57
MAMA	115	14,18%	67,99	37,53	50,08	92,76
PULMÓN	77	9,49%	45,52	19,67	27,91	43,17
UROTELIAL	68	8,38%	40,20	15,60	22,51	34,24
GÁSTRICO	42	5,18%	24,83	6,07	9,77	8,09
CABEZA Y CUELLO	37	4,56%	21,87	11,05	15,23	26,12
MELANOMA	28	3,45%	16,55	7,07	9,34	7,51
ENDOMETRIO	16	1,97%	9,45	4,67	6,56	10,98
RIÑÓN	16	1,97%	9,45	5,50	7,46	12,71
CÉRVIX	13	1,60%	7,68	6,72	8,13	14,07
SARCOMA	13	1,60%	7,68	3,77	5,35	9,46
ESÓFAGO	11	1,36%	6,50	3,78	5,24	11,23
PANCREAS	10	1,23%	5,91	3,39	4,78	9,90
S. NERVIOSO	10	1,23%	5,91	4,21	4,67	4,61
TIROIDES	6	0,74%	3,54	2,69	3,14	4,58
HÍGADO Y V.B.	6	0,74%	3,54	1,63	2,20	2,80
OVARIO	5	0,62%	2,95	1,27	1,67	2,81
VULVA	5	0,62%	2,95	0,79	1,17	1,40
PENE	4	0,49%	2,36	0,26	0,52	0
DESCONOCIDO	3	0,37%	1,77	0,73	1,08	1,76
VAGINA	1	0,12%	0,59	0,06	0,12	0
TESTÍCULO	0	0%	0	0	0	0
INTESTINO D.	0	0%	0	0	0	0
LOCALIZ. POCO. F.	0	0%	0	0	0	0
TOTAL	811	100%	479,48	201,82	283,58	395,15

TABLA N° 65. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 habitantes), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 habitantes), (T.A.-P.E.): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000 habitantes), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

TASAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN HOMBRES EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2008.

En los varones en la zona rural en el año 2008, la tasa de incidencia de cáncer ajustada a la población europea fue de 340,80 (casos/100.000 hombres), la tasa de incidencia ajustada a la población mundial de 234,78 (casos/100.000 hombres), la tasa de incidencia bruta de 591,74 (casos/100.000 hombres) y la tasa truncada (entre 35 y 64 años) de 410,57 (Tabla nº 66).

En relación a la incidencia ajustada a la población europea, el tumor con más incidencia en hombres en el año 2008 fue el cáncer de próstata, con una incidencia de 112,45 (casos/100.000 hombres), en segundo lugar el cáncer de pulmón con una incidencia de 49,84 (casos/100.000 hombres); en tercer lugar el cáncer colorrectal con 46,77 (casos/100.000 hombres); seguido del cáncer urotelial con 39,66 (casos/100.000 hombres); el cáncer de cabeza y cuello con 24,23 (casos/100.000 hombres); los melanomas con 16,33 (casos/100.000 hombres); el cáncer gástrico con 14,58 (casos/100.000 hombres); el cáncer de riñón con 8,83 (casos/100.000 hombres); el cáncer de esófago con 8,6 (casos/100.000 hombres); el cáncer de páncreas con 5,53 (casos/100.000 hombres). (Tabla nº 66) (Gráfico nº 69).



INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN HOMBRES EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2008						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
PRÓSTATA	173	34,06%	201,51	77,11	112,45	109,86
COLORRECTAL	82	16,14%	95,51	30,65	46,77	41,53
PULMÓN	68	13,39%	79,20	34,73	49,84	74
UROTELIAL	61	12,01%	71,05	27,38	39,66	54,67
CABEZA Y CUELLO	29	5,71%	33,78	17,53	24,23	41,17
GÁSTRICO	27	5,31%	31,45	9,10	14,58	12,55
MELANOMA	24	4,72%	27,95	11,68	16,33	14,31
ESÓFAGO	9	1,77%	10,48	6,23	8,60	17,91
RIÑÓN	9	1,77%	10,48	6,61	8,83	17,77
PANCREAS	7	1,38%	8,15	3,79	5,53	9,23
SARCOMA	4	0,79%	4,65	1,94	2,91	3,17
S. NERVIOSO	4	0,79%	4,65	3,29	4,23	8,54
PENE	4	0,79%	4,65	0,61	1,23	0
DESCONOCIDO	3	0,59%	3,49	1,43	2,14	3,17
TIROIDES	2	0,39%	2,32	1,55	1,92	2,61
HÍGADO Y V.B.	2	0,39%	2,32	1,06	1,47	0
TESTÍCULO	0	0%	0	0	0	0
INTESTINO D.	0	0%	0	0	0	0
MAMA	0	0%	0	0	0	0
LOCALIZ. POCO FR	0	0%	0	0	0	0
TOTAL	508	100%	591,74	234,78	340,80	410,57

TABLA N° 66. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 hombres), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 hombres), (T.A.-P.E.-): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000 hombres), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

TASA DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN MUJERES EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2008.

En las mujeres de la zona rural en el año 2008, la tasa de incidencia de tumores sólidos ajustada a la población europea, fue de 233,42 (casos/100.000 mujeres), la tasa de incidencia ajustada a la población mundial fue de 173,24 (casos/100.000 mujeres), la tasa bruta de 363,98 (casos/100.000 mujeres), y la tasa de incidencia truncada (edad entre 35 y 64 años) de 380,12 (Tabla nº 67).

El tumor con mayor incidencia en mujeres en año 2008 en la zona rural de Salamanca, fue el cáncer de mama con una tasa de incidencia ajustada a la población europea de 104,02 (casos/100.000 mujeres); seguido en segundo lugar del cáncer colorrectal con una tasa de incidencia de 35,82 (casos/100.000 mujeres); en tercer lugar el cáncer de cérvix con 17,18 (casos/100.000 mujeres); en cuarto lugar el cáncer de endometrio con 13,55 (casos/100.000 mujeres); en quinto los sarcomas con 7,86 (casos/100.000 mujeres); seguido del cáncer urotelial con 5,88 (casos/100.000 mujeres); el cáncer de pulmón con 5,73 (casos/100.000 mujeres). (Tabla nº 67) (Gráfico nº 70).

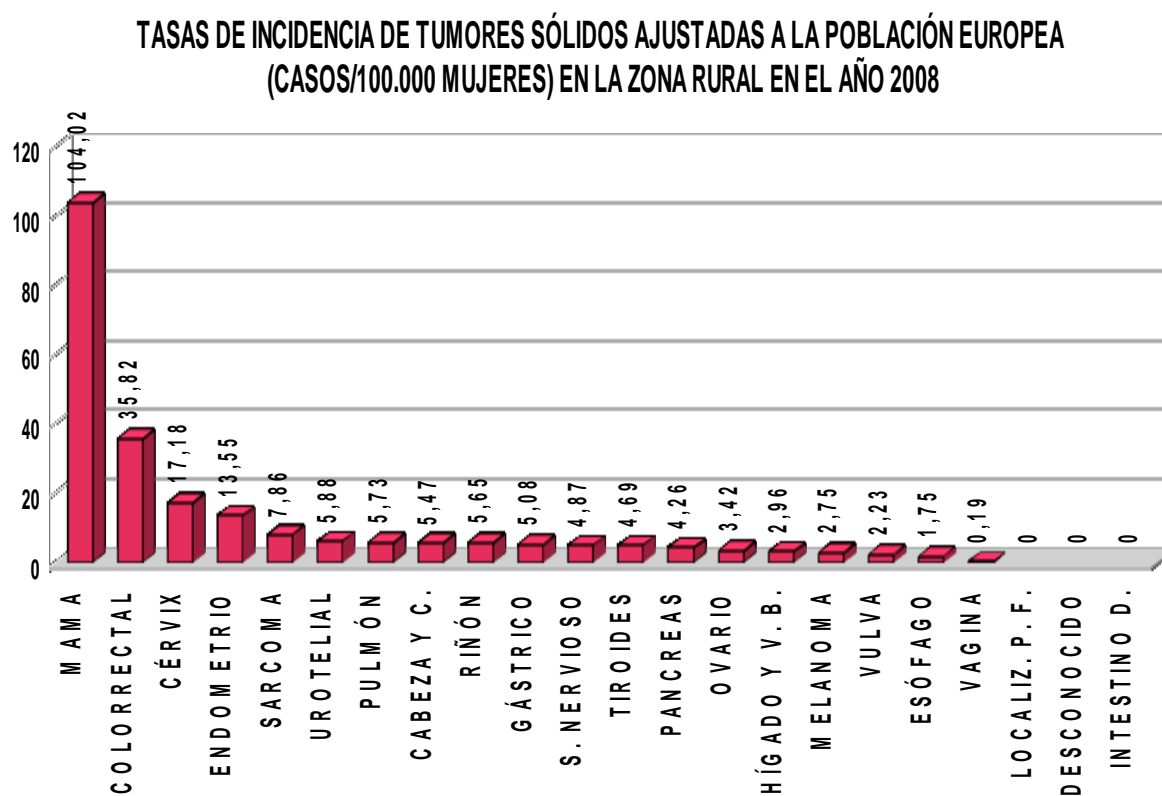


GRÁFICO Nº 70

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN MUJERES EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2008						
	CASOS	PORCENTAJE	T.B.	T.A. (P.M.)	T.A. (P.E.)	Ttr (35-64)
MAMA	115	37,95%	138,14	78,30	104,02	197,72
COLORRECTAL	70	23,10%	84,08	23,52	35,82	37,83
ENDOMETRIO	16	5,28%	19,22	9,70	13,55	23,43
GÁSTRICO	15	4,95%	18,01	3,05	5,08	2,87
CÉRVIX	13	4,29%	15,61	14,17	17,18	29,94
PULMÓN	9	2,97%	10,81	4,25	5,73	8,61
SARCOMA	9	2,97%	10,81	5,66	7,86	16,12
CABEZA Y CUELLO	8	2,64%	9,61	3,97	5,47	8,62
UROTELIAL	7	2,31%	8,40	3,85	5,88	11,49
RIÑÓN	7	2,31%	8,40	4,03	5,65	6,63
S. NERVIOSO	6	1,98%	7,20	5,04	4,87	0
OVARIO	5	1,65%	6	2,64	3,42	6,07
VULVA	5	1,65%	6	1,53	2,23	2,87
TIROIDES	4	1,32%	4,80	4,12	4,69	7,18
MELANOMA	4	1,32%	4,80	2,64	2,75	0
HÍGADO Y V.B.	4	1,32%	4,80	2,24	2,96	5,74
PANCREAS	3	0,99%	3,60	3,15	4,26	10,94
ESÓFAGO	2	0,66%	2,40	1,21	1,75	3,98
VAGINA	1	0,33%	1,20	0,09	0,19	0
LOCALIZ. POCO. FR	0	0%	0	0	0	0
DESCONOCIDO	0	0%	0	0	0	0
INTESTINO D.	0	0%	0	0	0	0
TOTAL	303	100%	363,98	173,24	233,42	380,12

TABLA N° 67. Casos de cáncer, Porcentaje (%), (T.B.): Tasa bruta (casos/100.000 mujeres), (T.A.-P.M.): Tasa ajustada a la población mundial (casos/100.000 mujeres), (T.A.-P.E.): Tasa ajustada a la población europea (casos/100.000 mujeres), Ttr (35-64): Tasa truncada (35-64 años). (IC 95%)

TASAS ESPECÍFICAS DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN LA ZONA RURAL EN EL AÑO 2008

Considerando las tasas específicas de incidencia por grupos de edad en la zona rural, en el año 2008, y agrupando las distintas edades en quinquenios, obtuvimos como resultado, que las tasas de incidencia específicas, discurrían de forma similar tanto para hombres como en mujeres, hasta el quinquenio de entre 30-34 años. A partir de ese quinquenio las tasas específicas en el sexo femenino eran algo mayores que en el sexo masculino, pero es a partir del quinquenio de entre 35-39 años las tasas de incidencia aumentaban por encima de la tasa de incidencia en hombres, descendiendo nuevamente la tasa de incidencia por debajo del sexo masculino en el grupo de edad de entre 50-54 años, para volver a aumentar por encima de los varones en el grupo de edad de entre 55-59 años, que eran a su vez donde alcanzaba su máxima incidencia, manteniéndose en los demás años con un descenso de la tasa de incidencia específica en el quinquenio de entre 50-54 años. En el sexo masculino, aumentaba considerablemente la incidencia de cáncer a partir del quinquenio de entre 55-59 años, situándose a partir de este grupo de edad muy por encima de la incidencia en mujeres, y alcanzando su máxima tasa de incidencia entre 75-79 años, descendiendo a partir de este momento (Gráfico n° 71).

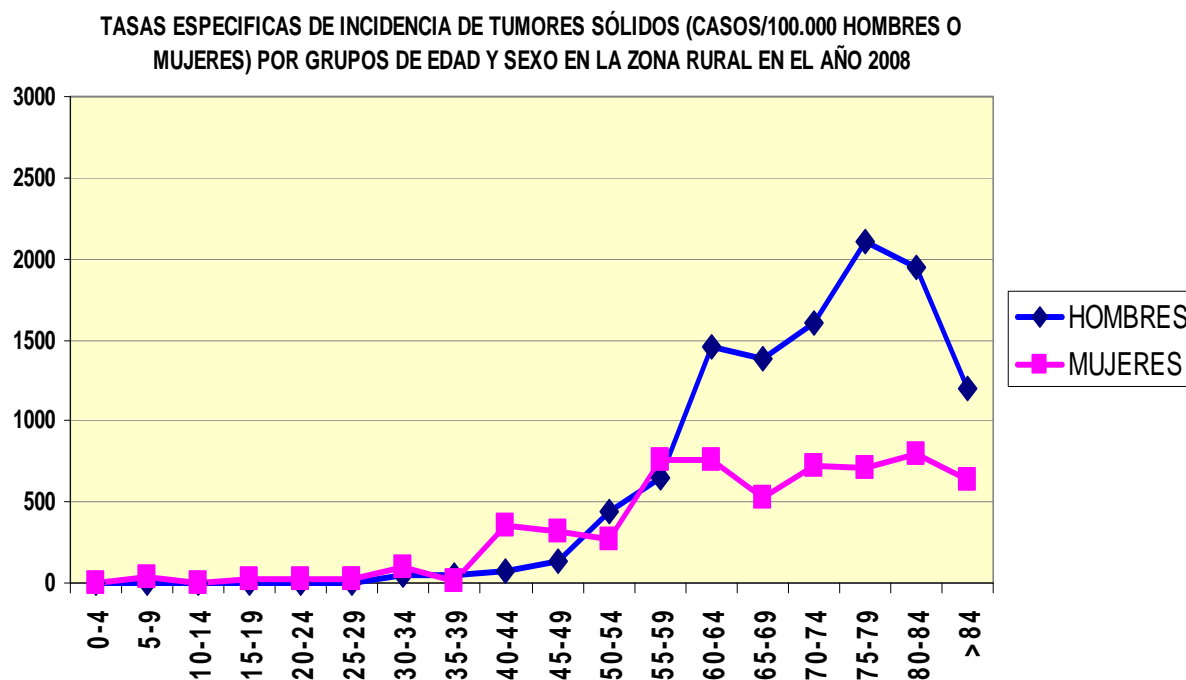


GRÁFICO N° 71

4.12 COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN LA ZONA RURAL EN EL PERIODO 2006-2008

En la zona rural de Salamanca en el periodo 2006-2008, se diagnosticaron un total de 2.298 tumores sólidos, de los que 1.425 fueron diagnosticados en hombres y 873 fueron diagnosticados en mujeres.

Las tasas de incidencia de tumores sólidos ajustadas a la población europea, resultantes para el trienio 2006-2008 en la zona rural de Salamanca, nos mostraron, tanto en hombres como en mujeres, unas tasas de incidencia estables en los dos primeros años y un aumento de las tasas de incidencia en ambos sexos, en el año 2008 (Gráfico nº 72).

Si comparamos los dos sexos, encontramos que en hombres las tasas de incidencia de tumores sólidos ajustadas a la población europea eran siempre más elevadas que en el sexo femenino (Gráfico nº 72).

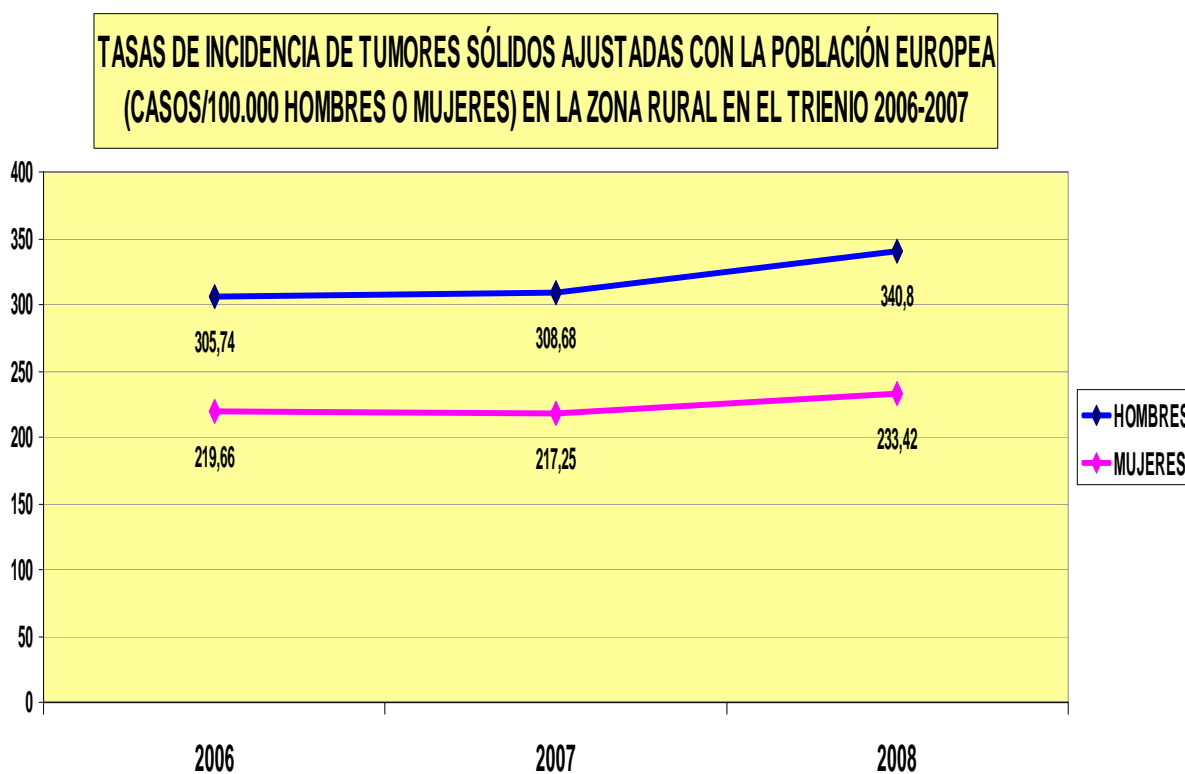


GRÁFICO Nº 72

4.12.1 COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA DE LOS DISTINTOS TIPOS DE TUMORES SÓLIDOS EN LA ZONA RURAL

INCIDENCIA DE CÁNCER EN LA POBLACIÓN GLOBAL (AMBOS SEXOS).

Comparando las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de los distintos tipos de tumores que fueron diagnosticados en la zona rural en el trienio 2006-2008, para la población en general (sin distinción de sexos), obtuvimos como resultado, que el tumor con una mayor tasa de incidencia en todo el trienio, era el cáncer de mama, seguido del cáncer de próstata que mostró un claro aumento en el año 2008, seguido en tercer lugar del cáncer colorrectal con una importante tasa de incidencia en el año 2006, en cuarto lugar encontramos el cáncer de pulmón, seguido del cáncer urotelial, el cáncer de cabeza y cuello, el cáncer gástrico, los melanomas (Gráfico nº 73).

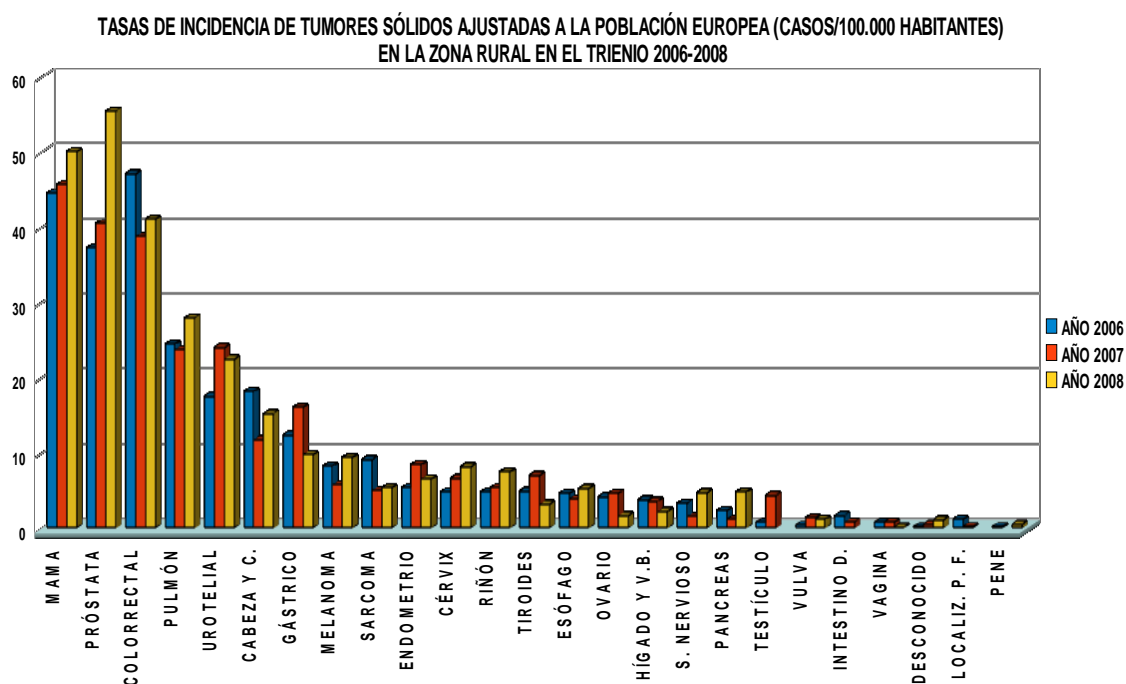


GRÁFICO Nº 73

Teniendo en cuenta los 10 tumores con mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea, en la población global (sin distinción de sexos) de la zona rural de Salamanca, en el trienio 2006-2008 se obtuvieron como resultado, que el tumor con mayor tasa de incidencia variaba en cada año del trienio, en el año 2006 era el cáncer colorrectal, en el año 2007 el cáncer de mama y en el año 2008 el cáncer de próstata; en segundo lugar

encontrábamos el cáncer de mama en los años 2006 y 2008 y el cáncer de próstata en el año 2007; en tercer lugar se situaba el cáncer de próstata en el año 2006 y el cáncer colorrectal en los años 2007 y 2008; en cuarto lugar el cáncer de pulmón para los años 2006 y 2008 y el cáncer urotelial en el año 2007; en quinto lugar el cáncer de cabeza y cuello en el año 2006, el cáncer de pulmón en el año 2007 y el cáncer urotelial en el año 2008; el sexto lugar en el año 2006 lo ocupa el cáncer de urotelial, el cáncer gástrico en el año 2007 y el cáncer de cabeza y cuello en el año 2008; en séptimo lugar el cáncer gástrico en los años 2006 y 2008 y el cáncer de cabeza y cuello en el año 2007 (Tabla nº 68).

TUMORES SÓLIDOS CON MAYOR TASA DE INCIDENCIA EN LA POBLACIÓN GLOBAL DE LA ZONA RURAL EN EL PERIODO 2006-2008 (SEGÚN SU TASA DE INCIENCIA AJUSTADA A LA POBLACIÓN EUROPEA)			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
1º	COLORRECTAL	MAMA	PRÓSTATA
2º	MAMA	PRÓSTATA	MAMA
3º	PRÓSTATA	COLORRECTAL	COLORRECTAL
4º	PULMÓN	UROTELIAL	PULMÓN
5º	CABEZA Y CUELLO	PULMÓN	UROTELIAL
6º	UROTELIAL	GÁSTRICO	CABEZA Y CUELLO
7º	GÁSTRICO	CABEZA Y CUELLO	GÁSTRICO
8º	SARCOMA	ENDOMETRIO	MELANOMA
9º	MELANOMA	TIROIDES	CÉRVIX
10º	ENDOMETRIO	CÉRVIX	RIÑÓN

TABLA Nº 68

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN EL SEXO MASCULINO.

Atendiendo exclusivamente al sexo masculino, y según las tasas de incidencia ajustadas a la población europea para el trienio 2006-2007, se obtuvieron los siguientes resultados: El tumor sólido con mayor tasa de incidencia en hombres, era el cáncer de próstata que a su vez experimentaba un importante aumento en el año 2008, en segundo lugar encontrábamos el cáncer colorrectal, seguido del cáncer de pulmón, que experimentaba un repunte de la tasa de incidencia en el año 2008; en cuarto lugar el cáncer urotelial, en quinto lugar el cáncer de cabeza y cuello y en sexto lugar el cáncer gástrico (Gráfico nº 74).

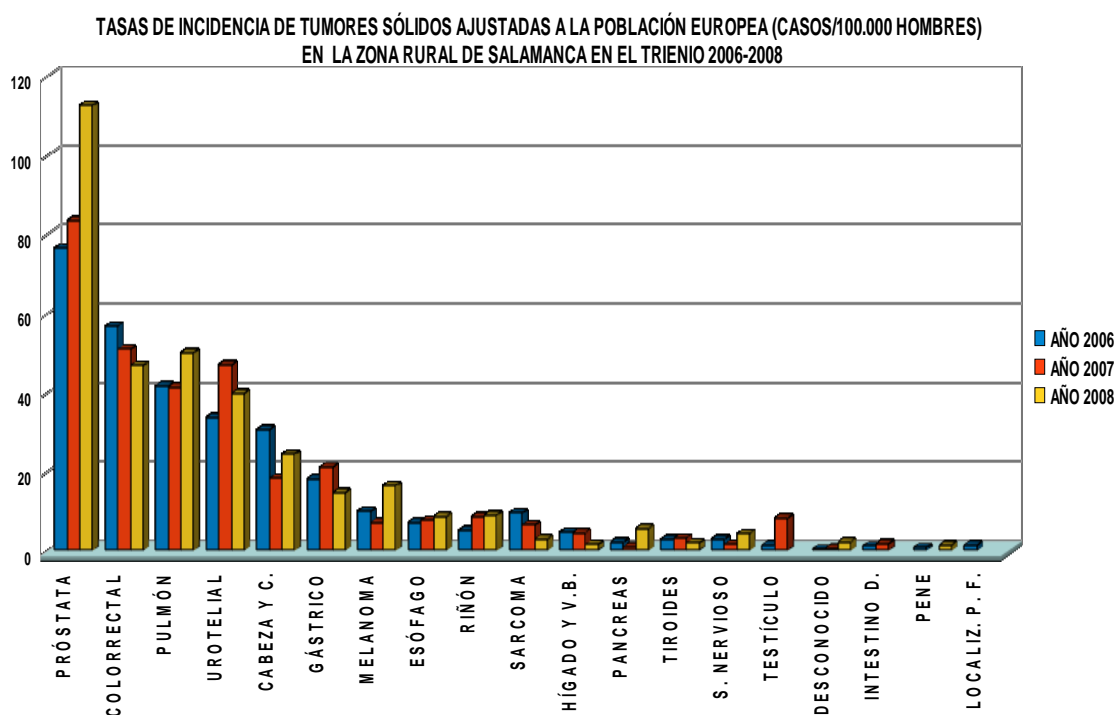


GRÁFICO Nº 74

Considerando los 10 tumores sólidos con mayores tasas de incidencia ajustada a la población europea para el sexo masculino de la zona rural de Salamanca obtuvimos como resultado que la tasa de incidencia más elevada en los años 2006, 2007 y 2008 correspondía al cáncer de próstata, seguido en segundo lugar en los años 2006 y 2007 del cáncer colorrectal y en el año 2008 del cáncer de pulmón; en tercer lugar encontramos en el año 2006 el cáncer de pulmón, en el año 2007 el cáncer urotelial y en el año 2008 el cáncer colorrectal; en cuarto lugar el cáncer de urotelial en los años 2006 y 2008 y el cáncer de pulmón en el año 2007; en quinto lugar el cáncer de cabeza y cuello en los años 2006 y 2008 y el cáncer gástrico en el año 2007 (Tabla nº 69).

TUMORES SÓLIDOS CON MAYOR TASA DE INCIDENCIA EN HOMBRES DE LA ZONA RURAL EN EL PERIODO 2006-2008 (SEGÚN SU TASA DE INCIENCIA AJUSTADA A LA POBLACIÓN EUROPEA)			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
1º	PRÓSTATA	PRÓSTATA	PRÓSTATA
2º	COLORRECTAL	COLORRECTAL	PULMÓN
3º	PULMÓN	UROTELIAL	COLORRECTAL
4º	UROTELIAL	PULMÓN	UROTELIAL
5º	CABEZA Y CUELLO	GÁSTRICO	CABEZA Y CUELLO
6º	GÁSTRICO	CABEZA Y CUELLO	MELANOMA
7º	MELANOMA	RIÑÓN	GÁSTRICO
8º	SARCOMA	TESTÍCULO	RIÑÓN
9º	ESÓFAGO	ESÓFAGO	ESÓFAGO
10º	RIÑÓN	MELANOMA	PANCREAS

TABLA Nº 69

Considerando la edad en la que se diagnosticaron los distintos tipos de tumores sólidos en el trienio 2006-2008 en la zona rural de Salamanca, observamos que tanto la edad media de los tres años así como la edad mediana de los varones en los que se diagnosticó algún tipo de tumor sólido, fueron en cada caso muy similares en todo el periodo estudiado (Tabla nº 70).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD HOMBRES EN LOS QUE SE DIAGNOSTICÓ ALGÚN TIPO DE TUMOR SÓLIDO EN LA ZONA RURAL EN EL PERIODO 2006-2008.			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
EDAD MEDIA	70,38	69,93	70,76
MEDIANA (EDAD)	72,5	73	73
DESVIACIÓN TÍPICA	11,47	13,19	10,91
EDAD MÍNIMA	22	7	30
EDAD MÁXIMA	94	93	92

TABLA Nº 70

INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN EL SEXO FEMENINO.

En la población femenina de la zona rural, el tipo de tumor sólido con mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea, fue el cáncer de mama, seguido en segundo lugar pero con unas tasas de incidencia mucho menores, por el cáncer colorrectal, en tercer lugar el cáncer de endometrio, en cuarto lugar el cáncer de cérvix, a continuación el cáncer de tiroides, el cáncer gástrico, el cáncer de ovario (Gráfico nº 75).

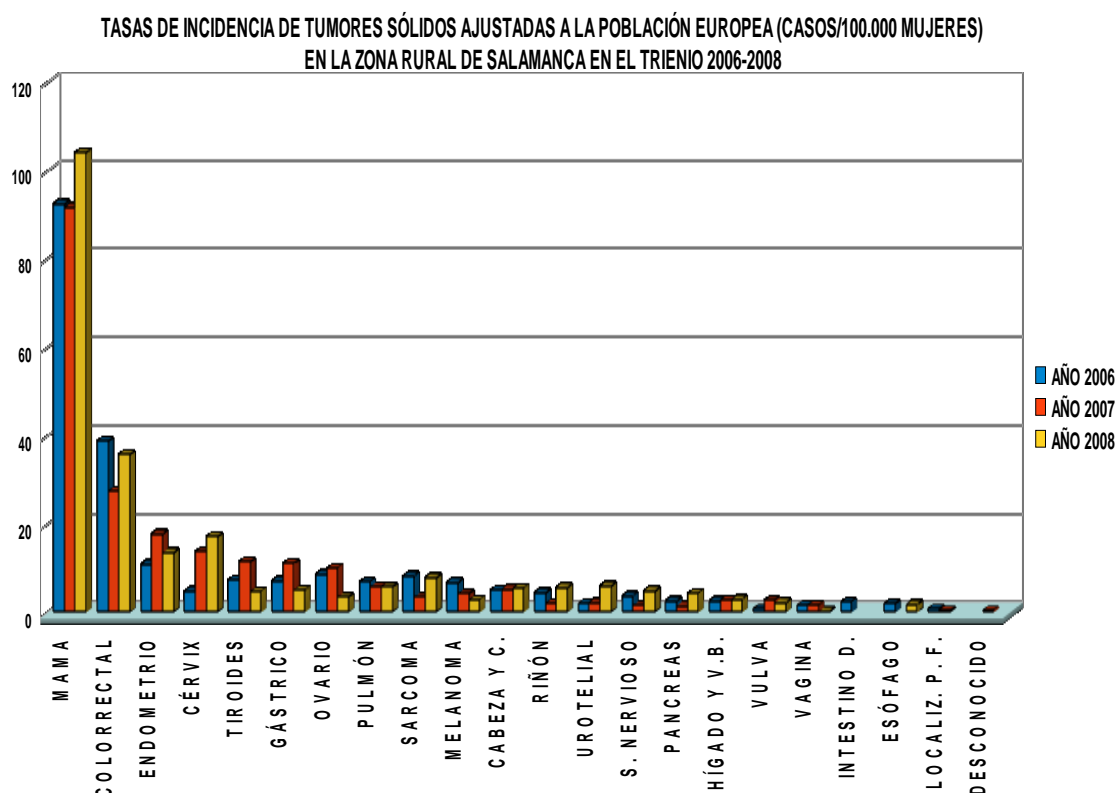


GRÁFICO Nº 75

Estudiando los tipos de tumores sólidos con mayores tasa de incidencia ajustada a la población europea, el resultado obtenido para el sexo femenino en la zona rural en el trienio 2006-2007, fue el siguiente: La mayor tasa de incidencia corresponde en todos los años al cáncer de mama, seguido en segundo lugar también en los tres años del cáncer colorrectal; en cuarto lugar en los años 2006 y 2007 el cáncer de endometrio y en el 2008 el cáncer de cérvix; en cuarto lugar y en el año 2006 el cáncer de ovario, en el año 2007 el cáncer de cérvix y en el año 2008 el cáncer de endometrio; en quinto en los años 2006 y 2008, tenemos los sarcomas y

en el año 2007 el cáncer de tiroides; en sexto lugar en el año 2006 el cáncer de tiroides, en el año 2007 el cáncer gástrico, y en el año 2008 el cáncer urotelial (Tabla nº 71).

TUMORES SÓLIDOS CON MAYOR TASA DE INCIDENCIA EN MUJERES DE LA ZONA RURAL EN EL PERIODO 2006-2008 (SEGÚN SU TASA DE INCIENCIA AJUSTADA A LA POBLACIÓN EUROPEA)			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
1º	MAMA	MAMA	MAMA
2º	COLORRECTAL	COLORRECTAL	COLORRECTAL
3º	ENDOMETRIO	ENDOMETRIO	CÉRVIX
4º	OVARIO	CÉRVIX	ENDOMETRIO
5º	SARCOMA	TIROIDES	SARCOMA
6º	TIROIDES	GÁSTRICO	UROTELIAL
7º	GÁSTRICO	OVARIO	PULMÓN
8º	PULMÓN	PULMÓN	CABEZA Y CUELLO
9º	MELANOMA	CABEZA Y CUELLO	RIÑÓN
10º	CABEZA Y CUELLO	MELANOMA	GÁSTRICO

TABLA Nº 71

Estudiando la edad en la que se diagnosticaron los distintos tipos de tumores sólidos en el trienio 2006-2008, obtuvimos como resultado que la tanto la edad media en los tres años como la edad mediana de las mujeres en las que se diagnostico algún tipo de tumor sólido en la zona rural, fueron muy similares a lo largo de todo el periodo (Tabla nº 72).

MEDIDAS ESTADISTICAS RESPECTO A LA EDAD DE LAS MUJERES EN LAS QUE SE DIAGNOSTICÓ ALGÚN TIPO DE TUMOR SÓLIDO EN LA ZONA RURAL EN EL PERIODO 2006-2008.			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
EDAD MEDIA	68,07	67,07	67,11
MEDIANA (EDAD)	70	69	70
DESVIACIÓN TÍPICA	14,75	14,53	15,42
EDAD MÍNIMA	9	20	7
EDAD MÁXIMA	97	92	95

TABLA Nº 72

4.12.2. RAZÓN DE TASAS HOMBRE/MUJER EN LA ZONA RURAL EN EL PERIODO 2006-2008.

De los distintos tumores que aparecen en ambos sexos, la razón de tasas, nos dio como resultado, que en todos los tumores se encontró una mayor incidencia en hombres, menos, en el cáncer de tiroides, el cáncer de sistema nervioso (menos en el año 2007 que se igualan), páncreas (en el año 2008 es similar) y los sarcomas que en el año 2008 tienen una mayor tasa de incidencia en mujeres. En todos los demás tumores, la incidencia es casi siempre más alta en el sexo masculino. Destacando por su mayor tasa incidencia en hombres, el cáncer urotelial, el cáncer de pulmón, el cáncer de cabeza y cuello y el cáncer de esófago (Tabla nº 73).

RAZÓN DE TASAS HOMBRE/MUJER EN LA ZONA RURAL DE SALAMANCA			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
COLORRECTAL	1,4	1,8	1,3
UROTALIAL	16,2	21,9	6,7
PULMÓN	6,1	7,1	8,6
GÁSTRICO	2,5	1,9	2,8
CABEZA Y CUELLO	6	3,4	4,2
MELANOMA	1,4	1,6	5,9
SARCOMA	1,1	1,9	0,3
RIÑÓN	1,1	4,2	1,5
TIROIDES	0,3	0,2	0,4
HÍGADO Y VÍAS BIL.	1,8	1,5	0,4
ESÓFAGO	3,6	-	4,9
SISTEMA NERVIOSO	0,7	1	0,8
PANCREAS	0,8	0,6	1,2
INTESTINO DELGADO	0,4	-	-
DESCONOCIDO	-	1	-
LOCALIZ. POCO FR.	1,6	-	-
TOTAL	2,08	2,7	2,4

TABLA Nº 73. RAZON DE TASAS HOMBRE/MUJER.

TASAS AJUSTADAS A LA POBLACIÓN ESTANDAR EUROPEA (POR 100.000 HABIT.)

RAZÓN DE TASAS > 1. TASAS DE INCIDENCIA MAYOR EN HOMBRES.

RAZÓN DE TASAS < 1. TASAS DE INCIDENCIA MAYOR EN MUJERES.

4.13 COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS ENTRE LA CIUDAD Y LA ZONA RURAL EN EL PERIODO 2006-2008.

Las distintas tasas de incidencia de tumores sólidos ajustadas a la población europea obtenidas en la ciudad y en la zona rural de Salamanca en el trienio 2006-2008, nos dieron como resultado, que tanto cuando nos referimos a la población global (sin distinción de sexo), como al sexo masculino y al sexo femenino, en los tres casos y en todos los años del trienio, las tasas de incidencia de tumores sólidos fueron mayores en la ciudad de Salamanca que en la zona rural de esta provincia, todo ello, a pesar de que la población de la zona rural según los indicadores demográficos estudiados, se encontraba más envejecida que la población de la ciudad.

En la población global (sin distinción de sexos) los resultados nos indicaron que la tasa de incidencia ajustada a la población europea era mayor en la ciudad que en la zona rural, y esta tasa de incidencia iba aumentando año a año tanto en la ciudad como en la zona rural, siendo más acusado este aumento en el año 2008 que en los años anteriores (Gráfico nº 76).

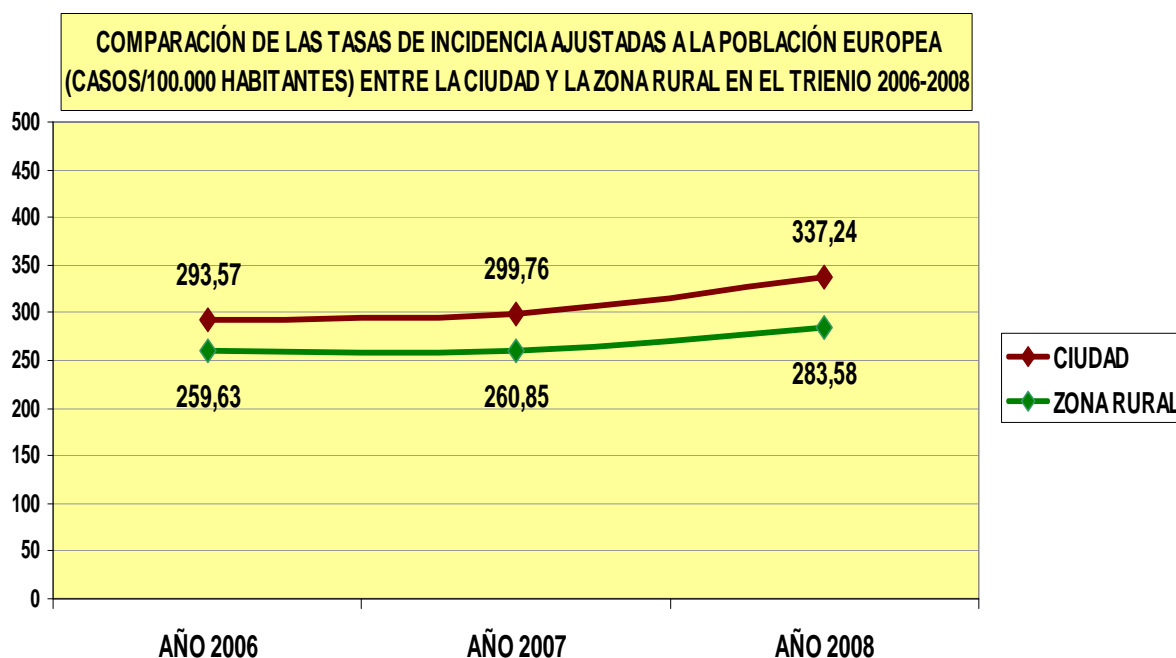


GRÁFICO Nº 76

En cuanto al sexo masculino las tasas de incidencia ajustadas a la población europea nos mostraron en todos los años, una mayor incidencia en la ciudad que en la zona rural. En la ciudad en el año 2007 se produjo una caída de la incidencia con respecto al año 2006, y un aumento de esta con respecto a los dos años anteriores en el año 2008. En el la zona rural la incidencia iba aumentando según trascurrían los años, pero con un mayor aumento en el año 2008 (Gráfico n° 77).

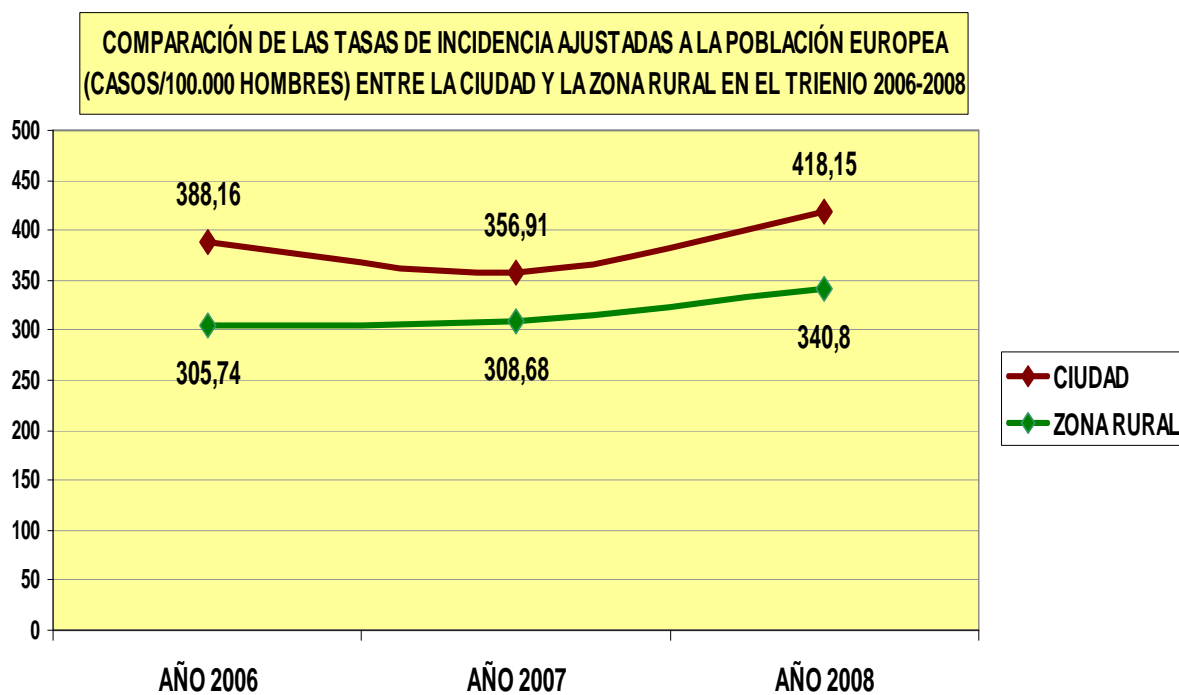


GRÁFICO N° 77

En mujeres, las tasas de incidencia de tumores sólidos ajustadas a la población europea eran también mayores en la ciudad que en la zona rural en todo el trienio 2006-2008. En ambos medios la tasa de incidencia, iba a aumentando año a año, siendo este aumento mayor en el año 2008 (Gráfico n° 78).

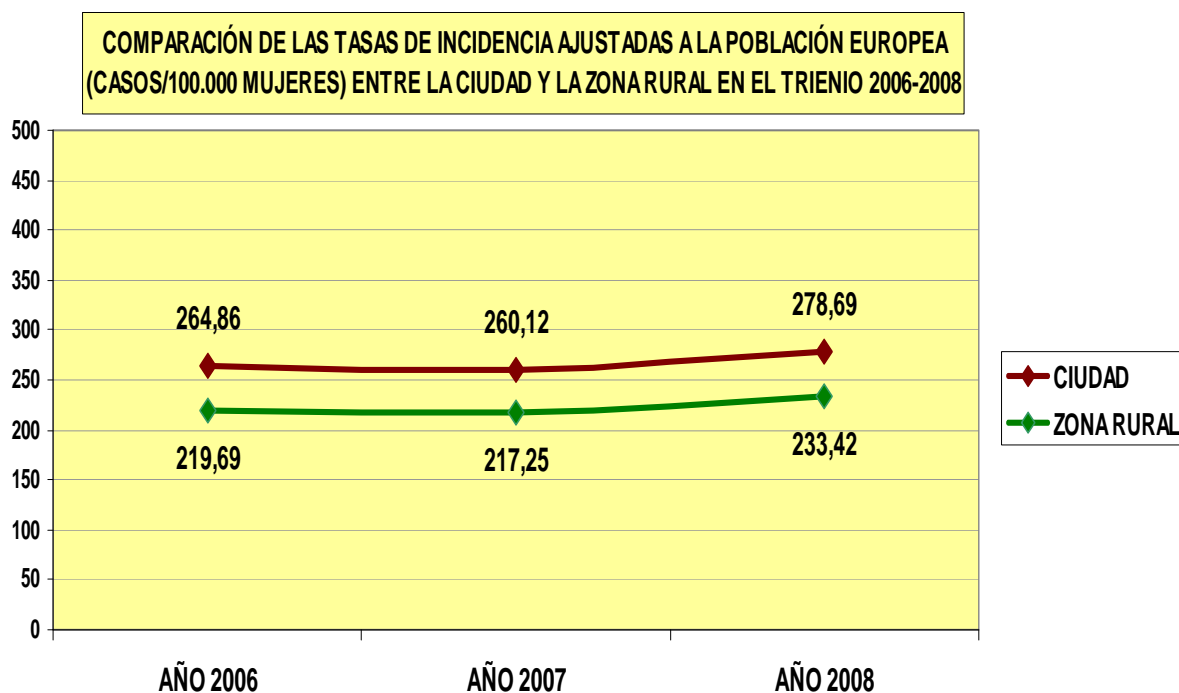


GRÁFICO N° 78

En relación a la edad en la que se diagnosticó algún tipo de tumor sólido en los componentes del sexo masculino de la ciudad y de la zona rural, los resultados nos indicaron que aun siendo algo mayor esta edad en la zona rural, no se encontró gran diferencia respecto a la edad media en la que se diagnosticó algún tipo de tumor sólido en la ciudad y en el medio rural, tampoco había gran diferencia en la edad mediana aunque fue algo mayor en la zona rural, y con respecto a la desviación típica, salvo en el año 2007, la dispersión fue mayor en la ciudad que en la zona rural (Tabla n° 74).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN LA QUE SE DIAGNOSTICÓ ALGÚN TIPO DE TUMOR SÓLIDO EN LOS VARONES DE LA CIUDAD Y DE LA ZONA RURAL EN EL TRIENIO 2006-2008						
	AÑO 2006		AÑO 2007		AÑO 2008	
	<u>CIUDAD</u>	<u>Z. RURAL</u>	<u>CIUDAD</u>	<u>Z. RURAL</u>	<u>CIUDAD</u>	<u>Z. RURAL</u>
EDAD MEDIA	69,15	70,38	69,16	69,93	68,23	70,76
MEDIANA (EDAD)	72	72,5	71	73	71	73
DESVIACIÓN TÍPICA	12,94	11,47	11,96	13,19	12,94	10,91

TABLA N° 74

En el sexo femenino, y en relación a la edad en la que se diagnosticó cualquier tipo de tumor sólido en la ciudad y en la zona rural en el trienio 2006-2008, los resultados nos indicaron que la edad media fue menor en la ciudad que en la zona rural en los tres años, al igual que la edad mediana y la desviación típica, salvo en el año 2008, en que la desviación típica fue prácticamente similar en la ciudad y en la zona rural (Tabla nº 75).

MEDIDAS ESTADISTICAS RESPECTO A LA EDAD EN LA QUE SE DIAGNOSTICÓ ALGÚN TIPO DE TUMOR SÓLIDO EN EL SEXO FEMENINO DE LA CIUDAD Y DE LA ZONA RURAL EN EL PERIODO 2006-2008						
	AÑO 2006		AÑO 2007		AÑO 2008	
	<u>CIUDAD</u>	<u>Z. RURAL</u>	<u>CIUDAD</u>	<u>Z. RURAL</u>	<u>CIUDAD</u>	<u>Z. RURAL</u>
EDAD MEDIA	64,67	68,07	65,01	67,07	64,04	67,11
MEDIANA (EDAD)	67	70	66	69	65	70
DESVIACIÓN TÍPICA	15,35	14,75	16,10	14,53	15,02	15,42

TABLA Nº 75

4.14 CÁNCER DE MAMA.

En la población global (sin distinción de sexos) de la provincia de Salamanca, el cáncer de mama ocupa en todos los años del trienio 2006-2007 la tasa de incidencia ajustada a la población europea más elevada de todos los tipos de cáncer que se diagnosticaron en dicho periodo (Gráficos nº 4, 11 y 18). Igualmente esta tasa de incidencia es la más elevada de los diferentes tipos de cáncer que se diagnosticaron en la ciudad de Salamanca en ese mismo periodo (Gráficos nº 29, 36 y 43). En cambio, en la zona rural, la tasa de incidencia de cáncer de mama tiene la mayor tasa de incidencia en el año 2007 y la segunda mayor tasa de incidencia en los años 2006 y 2008, siendo superada por el cáncer de próstata (Gráficos nº 43, 54 y 61).

Atendiendo exclusivamente a la población femenina, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de mama es la más elevada en la provincia de Salamanca, en todos los años del trienio 2006-2008 (Gráficos nº 6, 13 y 20). En la ciudad y en la zona rural, esta tasa de incidencia es la más elevada de todos los tipos de cáncer que se diagnosticaron en el trienio 2006-2008 (Gráficos nº 31, 38, 45, 56, 63 y 70).

No obstante, también se encontraron en este trienio, cuatro casos de cáncer de mama en varones, un caso en el año 2006 con una tasa de incidencia ajustada a la población europea de 0,16 casos/100.000 hombres, dos casos en el año 2007 con una tasa de incidencia de 0,75 casos/100.000 hombres y otro caso en el año 2008 con una tasa de incidencia de 0,56 casos/100.000 hombres.

En el año 2006 se diagnosticó cáncer de mama en un varón de 81 años en la ciudad de Salamanca; en el año 2007 en dos varones de 68 y 78 años pertenecientes a la zona rural, y en el año 2008 en un varón de 49 años en la ciudad.

En la provincia de Salamanca en las mujeres en que se diagnosticó cáncer, en los años 2006 y 2007 se encontró una tasa de incidencia ajustada a la población europea muy similar, aunque era levemente inferior en el año 2007, produciéndose un aumento de esta tasa de incidencia en el año 2008 (Gráfico nº 79).

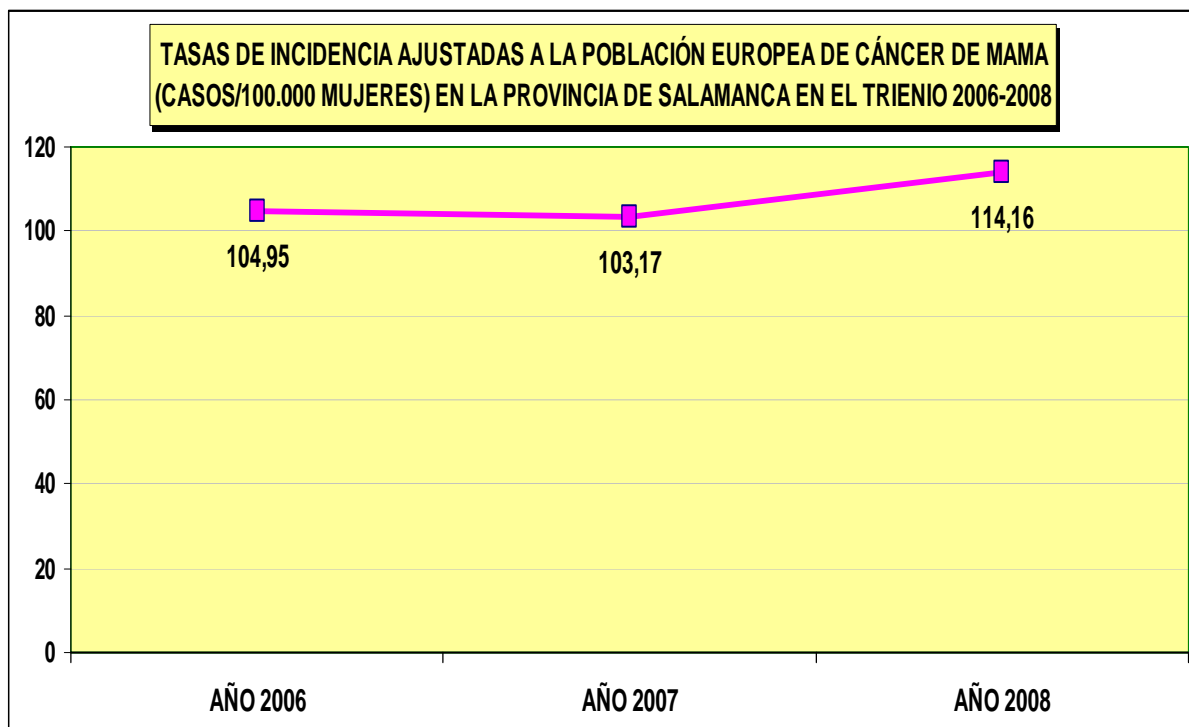


GRÁFICO N° 79

Con respecto a la ciudad y a la zona rural de la provincia de Salamanca, obtenemos como resultado, que las tasas de incidencia de cáncer de mama ajustadas a la población europea en mujeres, eran mayores en todos los años del trienio 2006-2008 en la capital de Salamanca que en la zona rural (Gráfico n° 80).

En la ciudad de Salamanca se produce una disminución de esta tasa de incidencia en el año 2007 con respecto al año 2006, pero en el año 2008 aumenta esta tasa de incidencia (Gráfico n° 80).

En la zona rural la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de mama en mujeres era muy similar en los dos primeros años, pero, sufrió un aumento en el año 2008 (Gráfico n° 80).

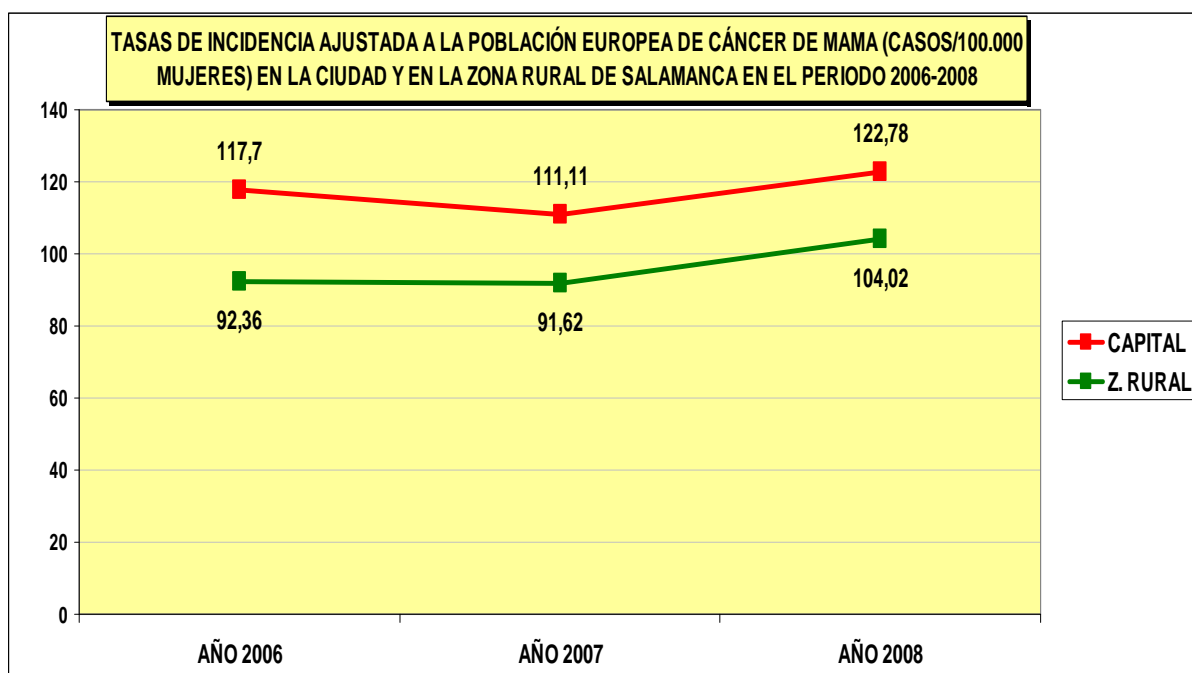


GRÁFICO N° 80

Los resultados obtenidos en relación a la edad en la que se diagnosticó cáncer de mama en las mujeres de la provincia de Salamanca, nos indicaron que la edad media de las mujeres en que se diagnosticó este tipo de cáncer, fue disminuyendo año a año, al igual que la edad mediana. La desviación típica fue muy similar en los tres años del estudio (Tabla n° 76)

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE LA PROVINCIA EN EL PERIODO 2006-2008			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
EDAD MEDIA	63,04	61,85	61,21
MEDIANA (EDAD)	64	62	60
DESVIACIÓN TÍPICA	15,59	14,59	14,69
EDAD MÍNIMA	29	26	28
EDAD MÁXIMA	96	93	94

TABLA N° 76

Comparando la edad de las mujeres en las que se diagnosticó cáncer de mama en la ciudad de Salamanca y en la zona rural, obtuvimos como resultado: que la edad media y la edad mediana, fue menor en la ciudad que en la zona rural. La desviación típica nos indicó que la dispersión con respecto a la edad media fue muy similar tanto en la ciudad como en la zona rural, en los tres años estudiados (Tabla nº 77).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN LA QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE LA CIUDAD Y DE LA ZONA RURAL DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	AÑO 2006		AÑO 2007		AÑO 2008	
	<u>CIUDAD</u>	<u>Z. RURAL</u>	<u>CIUDAD</u>	<u>Z. RURAL</u>	<u>CIUDAD</u>	<u>Z. RURAL</u>
EDAD MEDIA	61,31	65,16	61,17	62,76	60,13	62,46
MEDIANA (EDAD)	61	67	61,5	62	58	63
DESVIACIÓN TÍPICA	15,41	16,61	15,58	13,18	14,63	14,72
EDAD MÍNIMA	31	29	26	33	28	32
EDAD MÁXIMA	96	94	93	90	94	91

TABLA Nº 77

4.15 CÁNCER COLORRECTAL.

En la población global (sin distinción de sexos) de la provincia de Salamanca, el cáncer colorrectal fue la segunda mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea de todos los tipos de cáncer diagnosticados en el trienio 2006-2008 (Gráficos nº 4, 11 y 18). Esto mismo ocurrió en la población global de la ciudad de Salamanca en este mismo periodo (Gráficos nº 29, 36 y 43). En la zona rural, la tasa de incidencia de cáncer colorrectal fue la más elevada de todos los tipos de cáncer diagnosticados en el año 2006 y la tercera mayor en los años 2007 y 2008 (Gráficos nº 54, 61 y 68).

En la población masculina de la provincia de Salamanca, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer colorrectal fue la segunda tasa de incidencia más elevada de todas las clases de tumores diagnosticados en los años 2006 y 2007 y la tercera más elevada en el año 2008 (Gráficos nº 5, 12 y 19). En la ciudad de Salamanca en todo el trienio y en la zona rural en los años 2006 y 2007 esta tasa de incidencia fue la segunda más elevada, por el contrario, en la zona rural en el año 2008 esta tasa de incidencia fue la tercera más elevada (Gráficos nº 30, 37, 44, 55, 62 y 69).

En el sexo femenino de la provincia de Salamanca la tasa de incidencia de cáncer colorrectal, fue la segunda más elevada en cada uno de los años del trienio 2006-2008 (Gráficos nº 6, 13 y 20). En la ciudad y en la zona rural, la tasa de de incidencia ajustada a la población europea de cáncer colorrectal fue la segunda más elevada en los años 2006, 2007 y 2008 (Gráficos nº 31, 38, 45, 56, 63 y 70).

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer colorrectal, fue la segunda más elevada de todos los tipos de cáncer que afectaban a la población global (sin distinción de sexos) en la provincia de Salamanca en cada uno de los tres años del trienio 2006-2008, con unas tasas de incidencia que iban desde los 45,83 (casos/100.000 habitantes) en el año 2006 a los 43,46 y 50,53 (casos/100.000 habitantes) en los años 2007 y 2008 respectivamente (Gráfico nº 81).

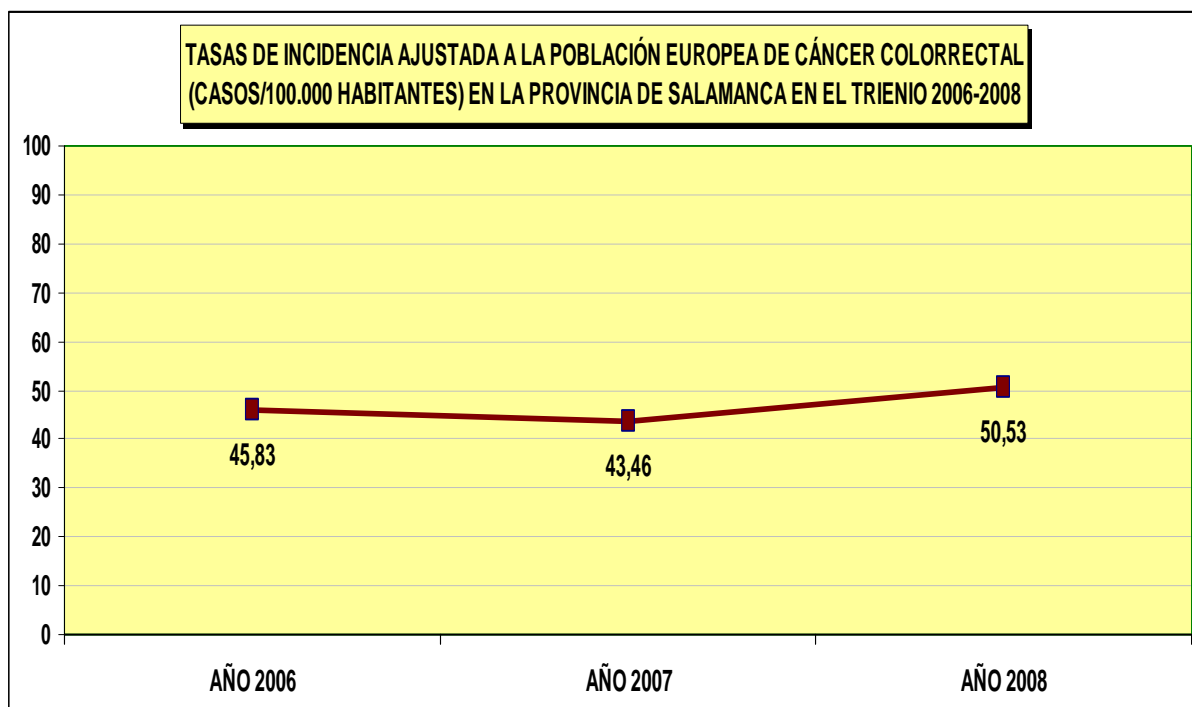


GRÁFICO N° 81

Distinguiendo entre el sexo masculino y el sexo femenino, los resultados obtenidos para la provincia de Salamanca, nos indicaron una mayor tasa de incidencia de cáncer colorrectal en hombres que en mujeres, la tasa de incidencia en hombres fue similar en los tres años, apreciándose una pequeña disminución según transcurren los años de este trienio (Gráfico n° 82).

La tasa de incidencia en hombres fue similar en los tres años. Por el contrario, en el sexo femenino, se constató una disminución de la tasa de incidencia entre los años 2006 y 2007 y un aumento en el año 2008 con respecto a los dos años anteriores (Gráfico n° 82).

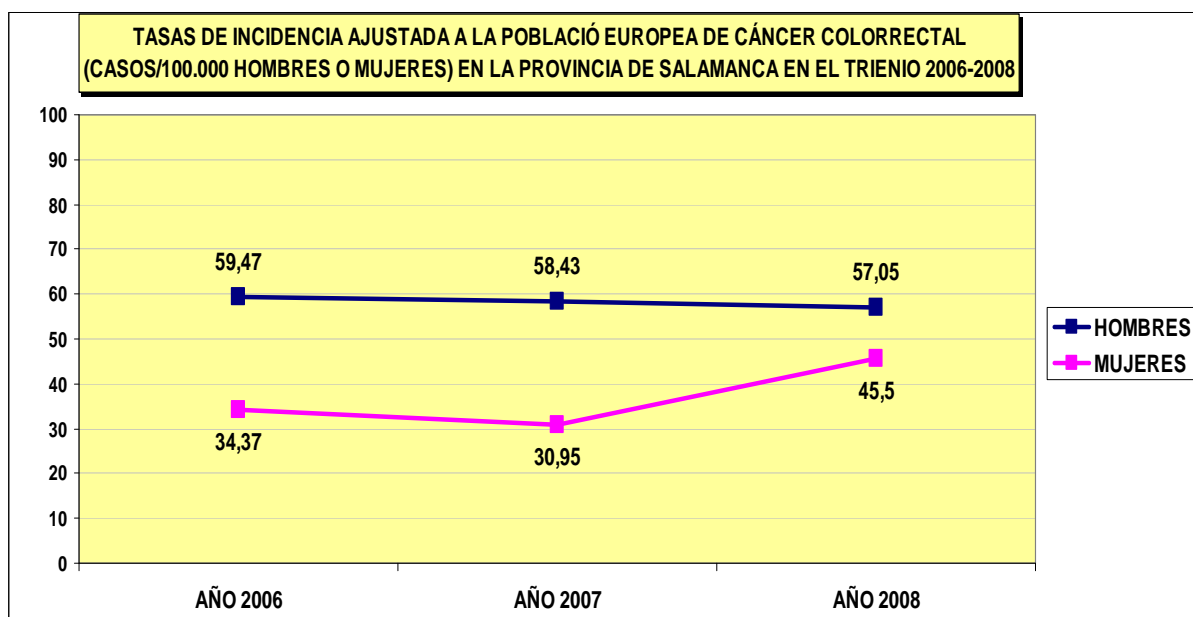


GRÁFICO N° 82

Las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de cáncer colorrectal en la ciudad y en la zona rural de la provincia de Salamanca, fueron muy similares en el año 2006, pero, a partir de este año, disminuyeron en la zona rural y por el contrario aumentaron en la ciudad (Gráfico n° 83).

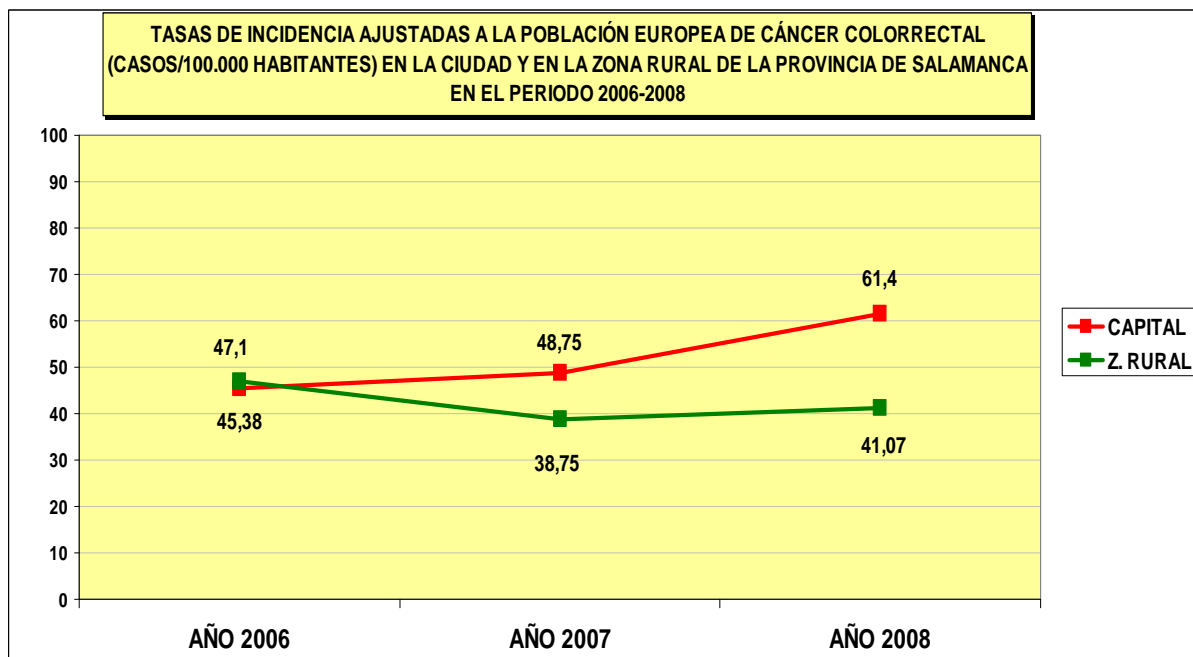


GRÁFICO N° 83

Atendiendo a la ciudad de Salamanca, obtuvimos que las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de cáncer colorrectal, fueron aumentando en ambos sexos desde el año 2006 al año 2008. No obstante, las tasas de incidencia de cáncer colorrectal en el sexo masculino, fueron siempre más elevadas que las tasas de incidencia de este tipo de tumor en el sexo femenino (Gráfico nº 84).

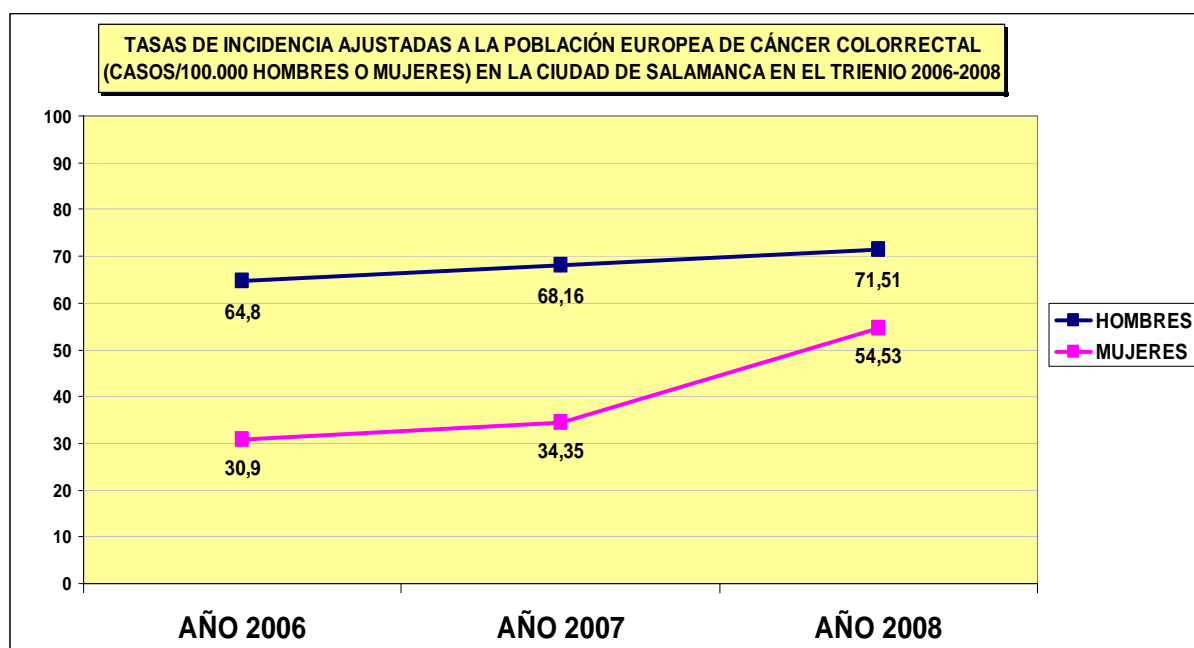


GRÁFICO Nº 84

En el medio rural de la provincia de Salamanca, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer colorrectal, fue mas elevada en el sexo masculino que en el sexo femenino (Grafico nº 85).

En el caso de los varones, se produjo una progresiva disminución de esta tasa de incidencia desde el año 2006 al año 2008. En cuanto al sexo femenino, también disminuyó la tasa de incidencia entre el año 2006 y los años 2007 y 2008, aunque la disminución que se produce en el año 2007 es más acusada (Gráfico nº 85).

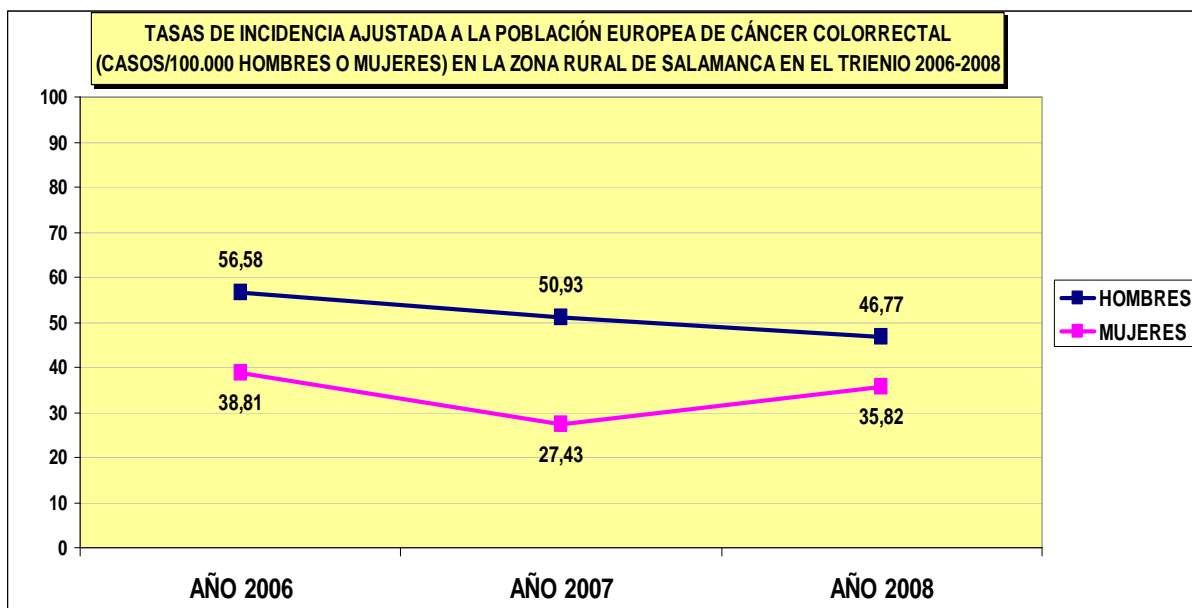


GRÁFICO Nº 85

En relación a la edad en la que se diagnosticó cáncer colorrectal en la provincia de Salamanca, los resultados obtenidos nos mostraron que la edad media de cada uno de los tres años para ambos sexos así como la edad mediana, se situó en la década de edad de los 70 años (Tabla nº 78).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER COLORRECTAL EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	72,28	72,81	72,99	75,17	73,06	72,20
MEDIANA (EDAD)	74,5	75,5	75	77	74	75
DESVIACIÓN TÍPICA	10,47	11,78	9,84	10,84	9,76	12,40
EDAD MÍNIMA	41	42	41	47	39	32
EDAD MÁXIMA	99	97	92	96	97	96

TABLA Nº 78

En la ciudad y en el medio rural, la edad media en la que se diagnosticó cáncer colorrectal, fue muy similar en todo el periodo (Tablas nº 79 y 80).

La edad mediana en la que se diagnosticó cáncer colorrectal fue muy parecida en la ciudad y en el medio rural a lo largo de todo el periodo (Tablas nº 79 y 80).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER COLORRECTAL EN LA CIUDAD DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	72,56	72,77	72,67	74,94	72,23	69,51
MEDIANA (EDAD)	75	76	74	77	73	73
DESVIACIÓN TÍPICA	10,31	12,49	9,41	11,34	9,70	12,68
EDAD MÍNIMA	42	42	46	48	53	32
EDAD MÁXIMA	99	95	92	96	97	96

TABLA Nº 79

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER COLORRECTAL EN LA ZONA RURAL DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	72,06	72,84	73,26	75,41	73,85	75,12
MEDIANA (EDAD)	74	73,5	76	77	77	77
DESVIACIÓN TÍPICA	10,65	11,31	10,25	10,41	9,82	11,47
EDAD MÍNIMA	41	43	41	47	39	35
EDAD MÁXIMA	92	97	91	92	92	94

TABLA Nº 80

4.16 CÁNCER DE PRÓSTATA.

El cáncer de próstata en la población global (sin distinción de sexos) de la provincia de Salamanca, fue en los tres años del trienio estudiado, la tercera mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea de las distintos tipos de cáncer que fueron diagnosticados en dicho periodo (Gráficos nº 4, 11 y 18).

En la población global de la ciudad de Salamanca fue también el tumor con la tercera mayor tasa de incidencia entre todos los tumores diagnosticados en todo el trienio 2006-2008 (Gráficos nº 29, 36 y 43).

En la población global de la zona rural, este tipo de tumor, fue la tercera mayor tasa de incidencia en el año 2006, la segunda mayor tasa de incidencia en el año 2007 y la mayor tasa de incidencia de todas las clases de tumores sólidos diagnosticados en el año 2008 (Gráficos nº 54, 61 y 68).

Considerando a la población masculina de la provincia de Salamanca, obtuvimos como resultado, que de todos los tipos de tumores diagnosticados en los años 2006, 2007 y 2008, el cáncer de próstata tuvo la mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea (Gráficos nº 5, 12 y 19).

En los varones de la ciudad y de la zona rural, este tipo de tumor presentó en todos los años del trienio 2006-2008 la mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea de todos los tipos de cáncer diagnosticados en el sexo masculino en ese periodo (Gráficos nº 31, 38, 45, 56, 63 y 70).

La tasa de incidencia ajustada a la población europea, de cáncer de próstata en la población masculina de la provincia de Salamanca fue similar en los años 2006 y 2007, sufriendo un importante aumento en el año 2008 (Gráfico nº 86).

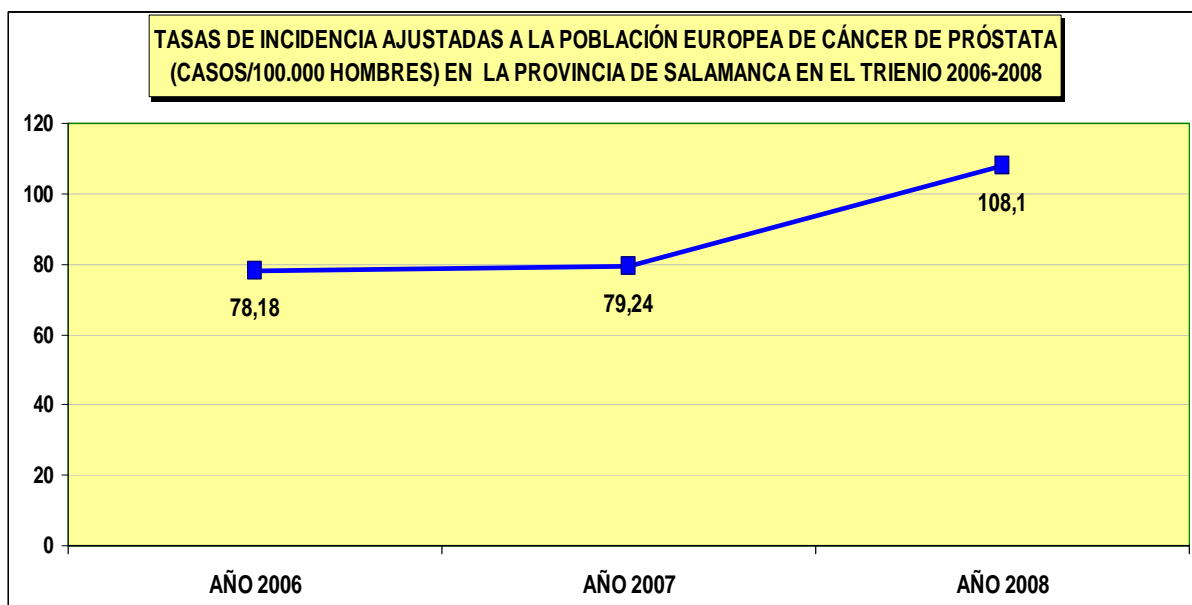


GRÁFICO N° 86

En los varones de la ciudad y del medio rural, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de próstata, fue algo mayor en el año 2006 en la ciudad que en el medio rural, para disminuir en el año 2007 en la ciudad y aumentar en el medio rural y aumentando de forma importante en el año 2008, tanto en la ciudad como en la zona rural, pero siendo esta tasa de incidencia mayor en la zona rural (Gráfico n° 87).

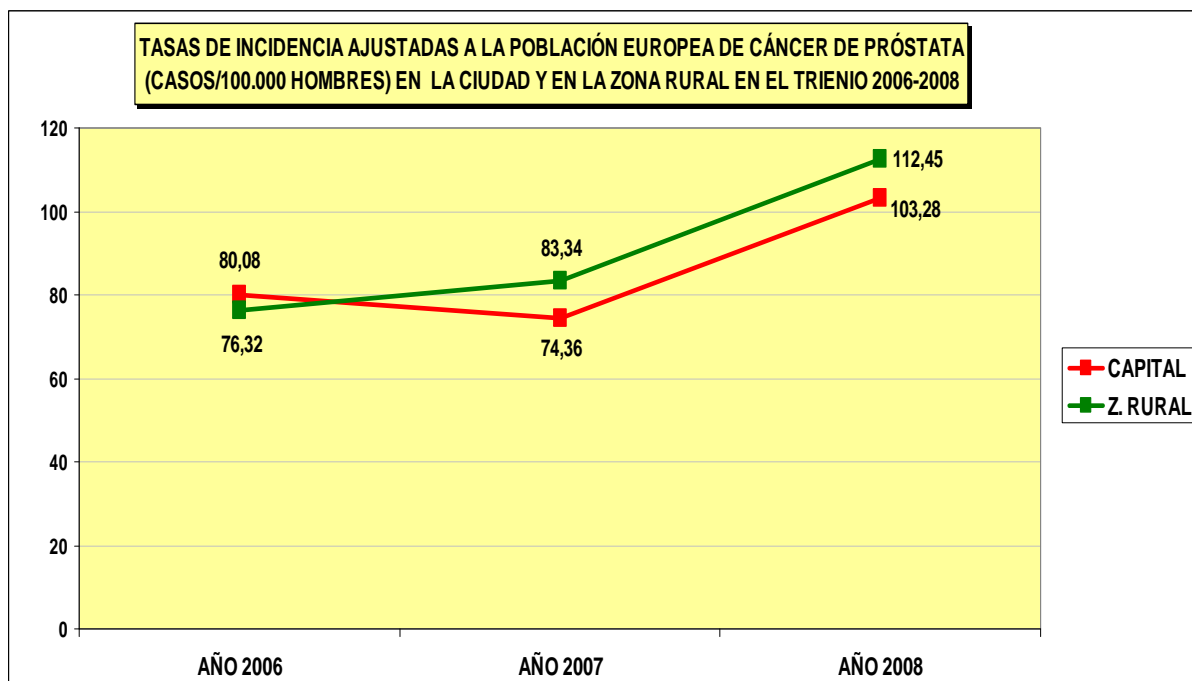


GRÁFICO N° 87

La edad media de los varones en los que se diagnosticó cáncer de próstata en la provincia de Salamanca, fue muy similar en los tres años estudiados. La edad mediana y la desviación típica fueron igualmente muy similares en los tres años (Tabla nº 81).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
EDAD MEDIA	72,14	72,53	71,15
MEDIANA (EDAD)	73	73	72
DESVIACIÓN TÍPICA	8,46	8,16	8,07
EDAD MÍNIMA	43	48	45
EDAD MÁXIMA	91	92	92

TABLA Nº 81

En la ciudad de Salamanca y en la zona rural de la provincia, la edad media y la edad mediana en la que se diagnosticó cáncer de próstata, fue prácticamente similar en ambos medios, aunque algo mayor en el medio rural. La desviación típica, fue igualmente muy similar (Tabla nº 82).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN LA QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA CIUDAD Y EN LA ZONA RURAL DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	AÑO 2006		AÑO 2007		AÑO 2008	
	CIUDAD	Z. RURAL	CIUDAD	Z. RURAL	CIUDAD	Z. RURAL
EDAD MEDIA	71,44	72,61	72,13	72,77	70,27	71,71
MEDIANA (EDAD)	72	74	73	73	71	73
DESVIACIÓN TÍPICA	8,93	8,14	7,84	8,73	7,78	8,21
EDAD MÍNIMA	49	43	56	48	49	45
EDAD MÁXIMA	90	91	92	89	85	92

TABLA Nº 82

4.17 CÁNCER DE PULMÓN.

El cáncer de pulmón en la provincia de Salamanca y atendiendo a la población global (sin distinción de sexo) tuvo la cuarta mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea, de todas las tasas de incidencia, de los distintos tipos de cáncer diagnosticados en los años 2006 y 2008, y la quinta mayor tasa de incidencia en el año 2007 (Gráficos nº 4, 11 y 18). En la ciudad de Salamanca, ocupó el sexto lugar en relación a su tasa de incidencia en el año 2006 y el cuarto lugar en los años 2007 y 2008 (Gráficos nº 29, 36 y 43). En el medio rural representó la cuarta mayor tasa de incidencia en los años 2006 y 2008 y la quinta mayor tasa de incidencia en el año 2007 (Gráficos nº 54, 61 y 68).

En la población masculina, el cáncer de pulmón a nivel de toda la provincia de Salamanca, tuvo una tasa de incidencia ajustada a la población europea, que le situó como la cuarta mayor tasa de incidencia en los años 2006 y 2007, aumentando esta tasa de incidencia en el año 2008 hasta situar a este tipo de tumor en segundo lugar (Gráficos nº 5, 12 y 19). A nivel de la ciudad de Salamanca la tasa de incidencia del cáncer de pulmón fue la quinta más elevada en el año 2006, aumentando hasta situarse como la tercera más alta en los años 2007 y 2008 (Gráficos nº 30, 37 y 44). En la zona rural esta tasa de incidencia fue la tercera más elevada en el año 2006, la cuarta en el año 2007 y la segunda más alta en el año 2008 (Gráfico nº 55, 62 y 69).

En la población de sexo femenino de la provincia de Salamanca, en la ciudad y en la zona rural, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de pulmón, fue mucho menor que la tasa de incidencia de este tipo de tumor en el sexo masculino. De esta forma, en la provincia de Salamanca, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de pulmón, fue la octava más alta en los años 2006 y 2007 y la séptima más alta en el año 2008 (Gráficos nº 6, 13 y 20). En la ciudad de Salamanca esta tasa de incidencia fue la octava mayor en el año 2006, la onceava en el año 2007 y la quinta en el año 2008 (Gráficos nº 31, 38 y 45). En el medio rural fue la séptima mayor tasa de incidencia en los años 2006 y 2008 y la octava en el año 2007 (Gráficos nº 56, 63 y 70).

En relación a la población global (sin distinción de sexos) de la provincia de Salamanca, la tasa de incidencia ajustada a la población europea, sufrió un progresivo aumento desde el año 2006 al 2008 (Gráfico nº 88).

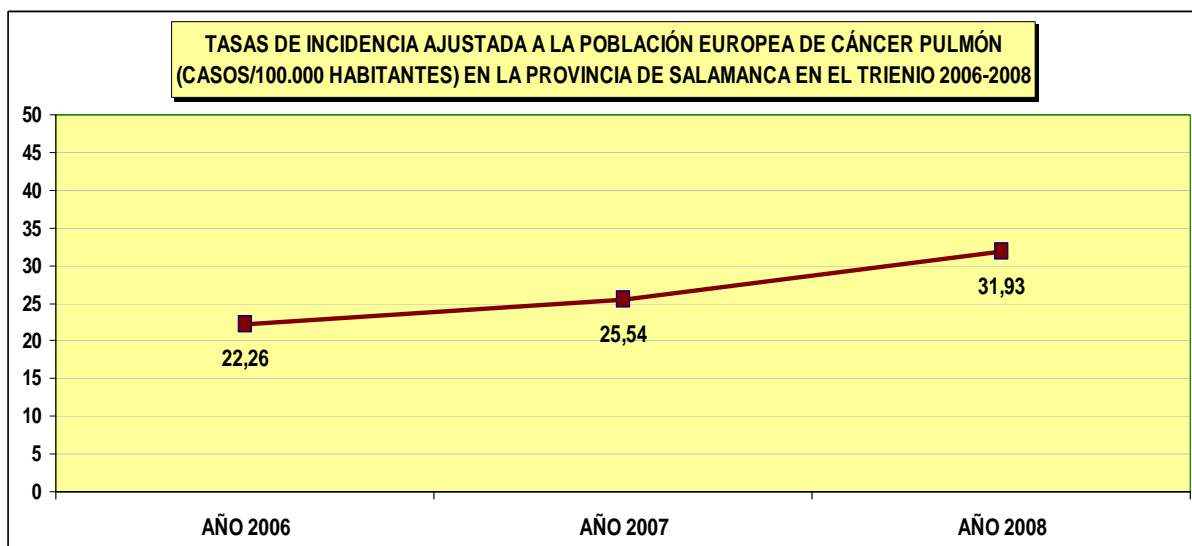


GRÁFICO Nº 88

Diferenciando entre sexos, las tasas de incidencia ajustadas a la población europea para la provincia de Salamanca, nos dieron como resultado una tasa de incidencia de cáncer de pulmón muy superior en todos los años del trienio en el sexo masculino con respecto al sexo femenino (Gráfico nº 89).

En la provincia de Salamanca, la tasa de incidencia en varones sufrió un progresivo aumento desde el año 2006 al año 2008, y en cambio, en el sexo femenino, la tasa de incidencia fue similar en los años 2006 y 2008 descendiendo en el año 2007 (Gráfico nº 89).

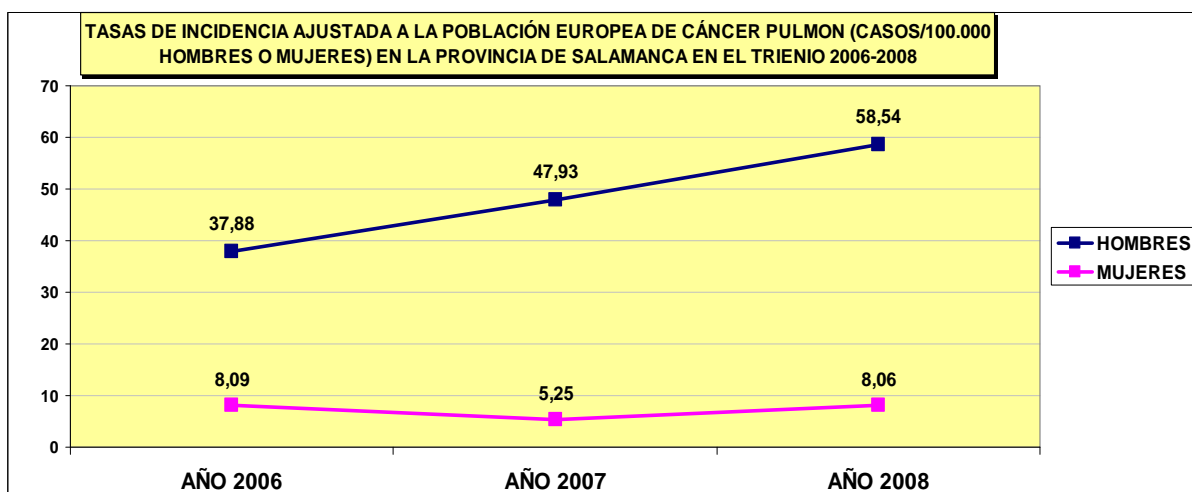


GRÁFICO Nº 89

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de pulmón en la capital y en la zona rural para la población global (sin distinción de sexos) nos mostró los siguientes resultados: en el año 2006 la tasa de incidencia de cáncer de pulmón fue mayor en la zona rural que en la ciudad y fue a partir de este año cuando esta tasa de incidencia sufrió un aumento progresivo año a año en la ciudad, mientras que en la zona rural disminuyó levemente en el año 2007 respecto al año 2006, para sufrir un aumento en el año 2008 (Gráfico nº 90).

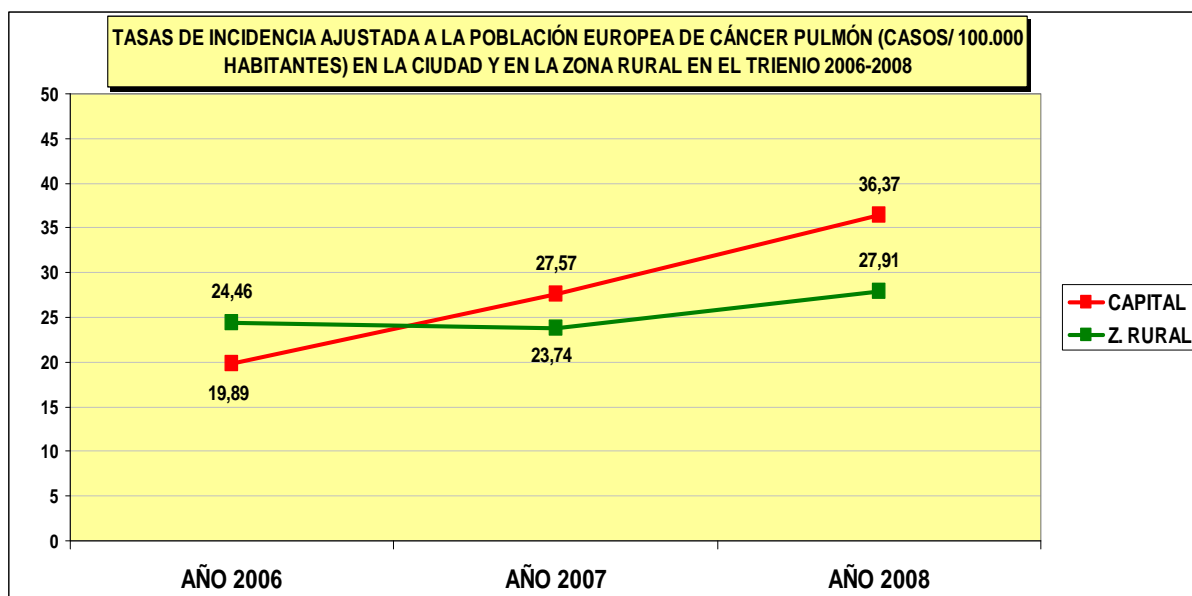


GRÁFICO Nº 90

En la ciudad de Salamanca, las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de cáncer de pulmón, nos dieron como resultado una tasa de incidencia muy elevada de este tipo de cáncer en el sexo masculino en relación a la tasa de incidencia de cáncer de pulmón en el sexo femenino. Incluso, la tasa de incidencia en varones aumento según avanzaba el trienio, mientras que la tasa de incidencia de mujeres disminuyó en el año 2007 para aumentar nuevamente en el año 2008 (Gráfico nº 91).

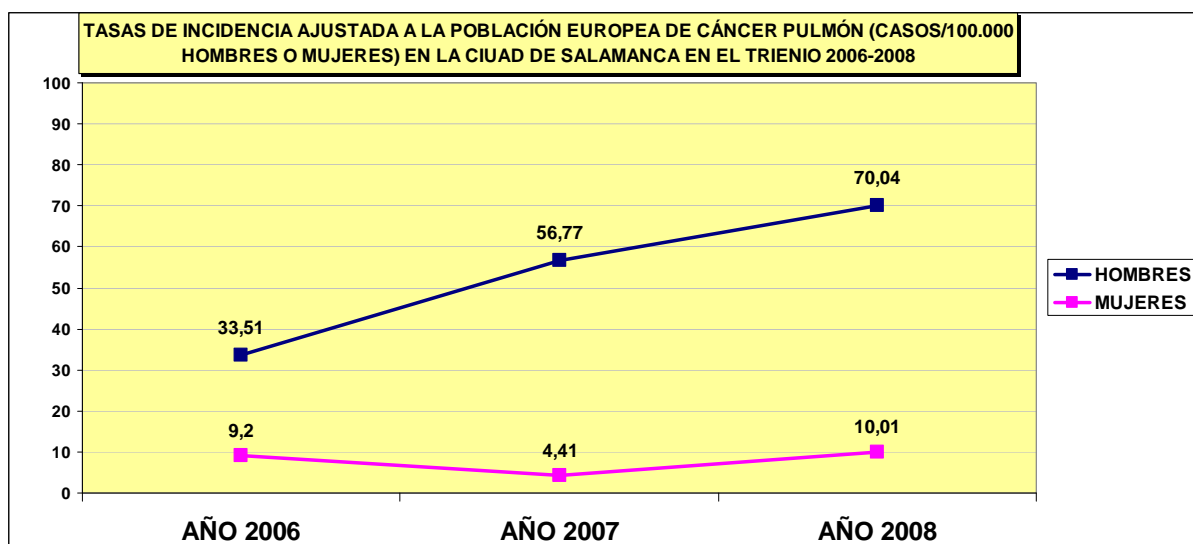


GRÁFICO N° 91

En la zona rural, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de este tipo de tumor, fue al igual que en la ciudad, más elevada en hombres que en mujeres (Gráfico n° 92).

En el sexo masculino permaneció casi estable en los años 2006 y 2007, aumentando en el año 2008. En el sexo femenino disminuyó levemente desde el año 2006 al año 2008 (Gráfico n° 92).

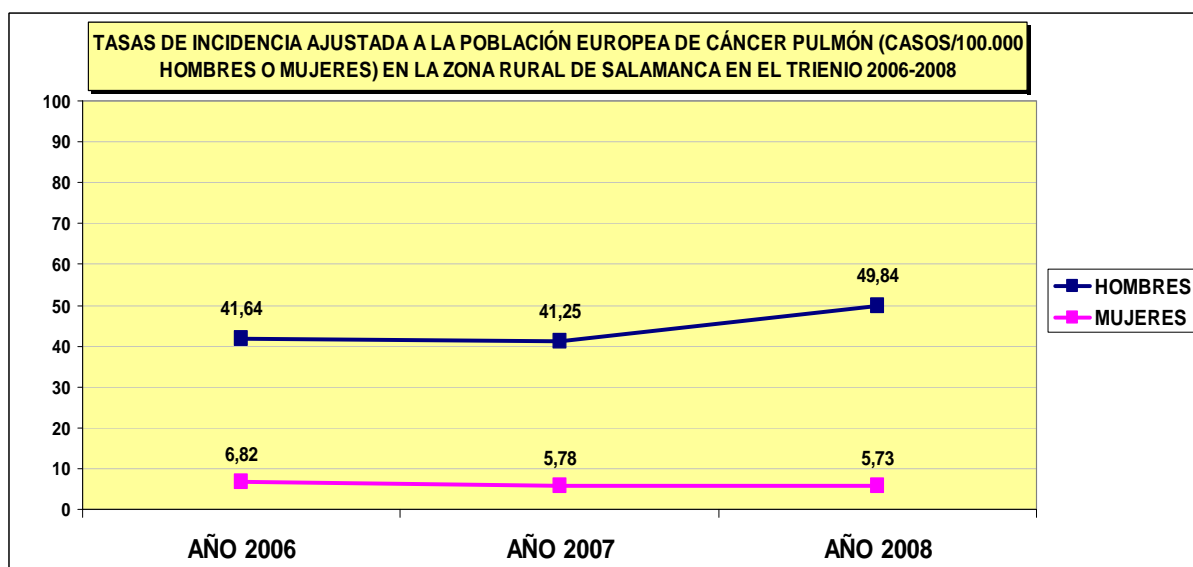


GRÁFICO N° 92

En la provincia de Salamanca la edad media en la que se diagnosticó cáncer de pulmón fue algo menor en el sexo femenino que en el sexo masculino. Igualmente, fue menor la edad mediana en mujeres que en hombres, salvo en el año 2007 que se invirtió esta tendencia (Tabla nº 83).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE PULMÓN EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	67,33	64,89	67,01	65,42	68,55	65,31
MEDIANA (EDAD)	69	68	70	72	70,5	65
DESVIACIÓN TÍPICA	11,10	12,35	11,26	16,18	10,49	11,50
EDAD MÍNIMA	40	41	40	37	41	44
EDAD MÁXIMA	84	85	86	91	90	83

TABLA Nº 83

En la ciudad de Salamanca, la edad media de las personas en la que se diagnosticó cáncer de pulmón en el trienio 2006-2008, fue mayor en hombres que en mujeres. La edad mediana resultante fue menor en cada uno de los tres años, en mujeres que en hombres (Tabla nº 84).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE PULMÓN EN LA CIUDAD DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	66,91	62,1	66,89	63,5	67,51	61,3
MEDIANA (EDAD)	70	63	69,5	60,5	68	64
DESVIACIÓN TÍPICA	11,94	12,13	11,21	21,91	10,86	9,31
EDAD MÍNIMA	40	41	40	37	44	44
EDAD MÁXIMA	83	79	85	91	87	77

TABLA Nº 84

En la zona rural de la provincia de Salamanca y para el trienio 2006-2008, la edad media en la que se diagnosticó cáncer de pulmón fue muy parecida en hombres y en mujeres. La edad mediana en la que se diagnosticó este tipo de tumor fue igualmente similar en hombres y mujeres en los tres años estudiados (Tabla nº 85).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE PULMÓN EN LA ZONA RURAL DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	67,60	68	67,14	66,87	69,61	69,77
MEDIANA (EDAD)	68	68	70,5	72,5	71	71
DESVIACIÓN TÍPICA	10,63	12,59	11,43	11,74	10,06	12,56
EDAD MÍNIMA	46	45	40	48	41	44
EDAD MÁXIMA	88	85	86	78	90	83

TABLA Nº 85

4.18 CÁNCER UROTELIAL.

El 93% de todos los cánceres uroteliales que se diagnosticaron en el periodo 2006-2008, fueron cánceres de vejiga.

Estudiando a la población global (sin distinción de sexo) el cáncer urotelial en la provincia de Salamanca, tuvo la quinta mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea en los años 2006 y 2008. En el año 2007 fue la cuarta mayor tasa de incidencia entre todos los tipos de cáncer diagnosticados (Gráficos nº 4, 11 y 18). En la ciudad de Salamanca, esta tasa de incidencia fue la cuarta más alta en el año 2006 y la quinta en los años 2007 y 2008 (Gráficos nº 29, 36 y 43). En la zona rural, este tipo de cáncer representó la quinta mayor tasa de incidencia en los años 2006 y 2008 y la cuarta mayor en el año 2007 (Gráficos nº 54,61 y 68).

Considerando a la población del sexo masculino, en la provincia de Salamanca el cáncer urotelial, fue la tercera mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea en los años 2006 y 2007 y la cuarta mayor tasa en el año 2008 (Gráficos nº 5, 12 y 19). En la ciudad de Salamanca, esta tasa de incidencia fue la tercer más alta en el año 2006 y la cuarta en los años 2007 y 2008 (Gráficos nº 30, 37 y 44). En la zona rural la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer urotelial, fue la cuarta más elevada de todos los tipos de cáncer diagnosticados en los años 2006 y 2008 y la tercera más elevada en el año 2007 (Gráfico nº 55, 62 y 69).

Entre la población del sexo femenino de la provincia de Salamanca, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer urotelial, fue la décimo sexta más alta de las tasas de incidencia de los tumores diagnosticados en el año 2006, la décimo cuarta más alta en el año 2007 y la décima en el año 2008 (Gráficos nº 6, 13 y 20). En las mujeres de la ciudad de Salamanca, la tasa de incidencia de este tipo de cáncer, fue la décimo sexta más alta en el año 2006 y la décima mayor en los años 2006 y 2007 respectivamente (Gráficos nº 31, 38 y 45). En la zona rural en el año 2006 la tasa de incidencia en mujeres de cáncer urotelial, fue la décimo séptima más elevada de las tasas de incidencia de todos los tipos de cáncer diagnosticados en el sexo femenino, la décimo cuarta más elevada en el año 2007 y la sexta en el año 2008 (Gráficos nº 56, 63 y 70).

La tasa de incidencia ajustada a la población europea del cáncer urotelial en el trienio 2006-2008 en la población global (sin distinción de sexos) de la provincia de Salamanca, fue muy similar en los tres años estudiados (Gráfico nº 93).

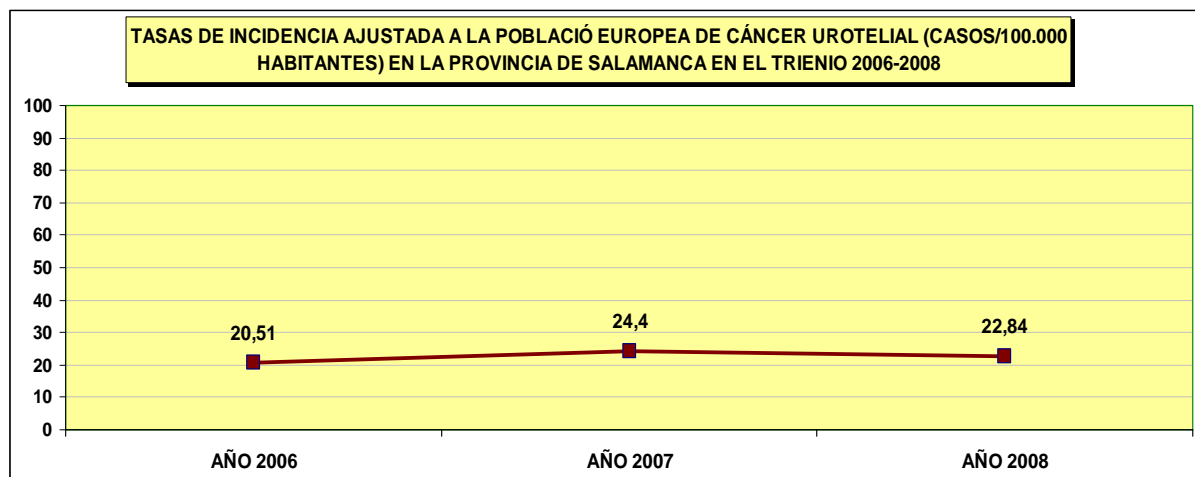


GRÁFICO Nº 93

Estudiando la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer urotelial en la provincia de Salamanca y distinguiendo entre sexos, el resultado nos mostró, una tasa de incidencia de este tipo de cáncer mucho mayor en hombres que en mujeres (Gráfico nº 94).

En el sexo masculino la mayor incidencia la encontramos en el año 2008 con 48 casos/100.000 hombres, encontrando una tasa de incidencia muy parecida aunque menor en los años 2006 y 2008. En el sexo femenino la incidencia aumentó levemente aunque de forma progresiva entre los años 2006 y 2008 (Gráfico nº 94).

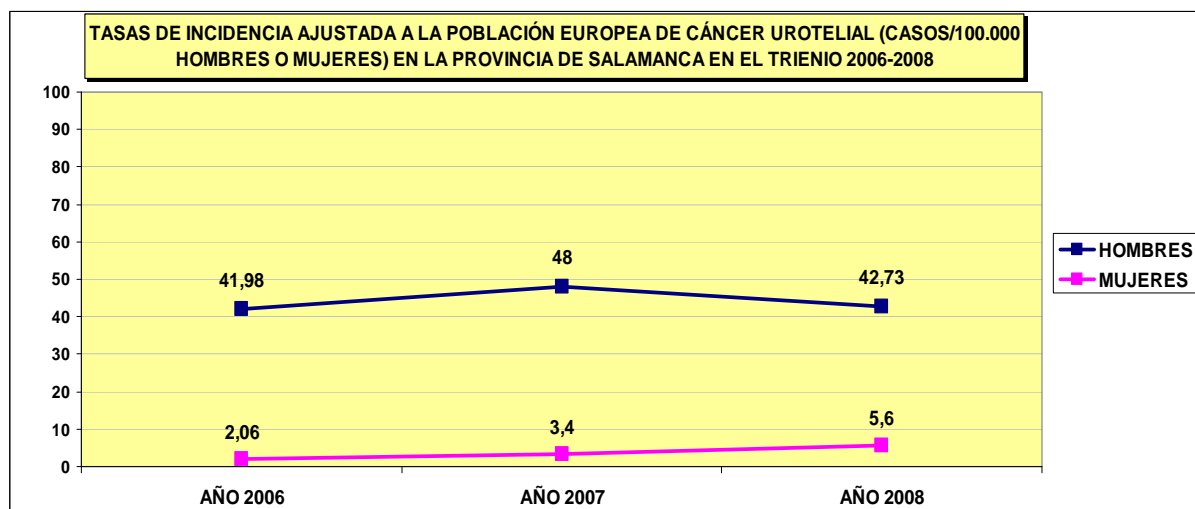


GRÁFICO Nº 94

Los resultados obtenidos sobre la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer urotelial de la población global (sin distinción de sexos) de la ciudad y de la zona rural de la provincia de Salamanca, nos mostraron como resultado: que salvo en el año 2006 en que existe una tasa de incidencia menor en la zona rural en relación a la capital, en el resto de los años, las tasas de incidencia de la zona rural y de la capital fueron bastante similares aunque en todos los casos algo menores en la zona rural (Gráfico nº 95).

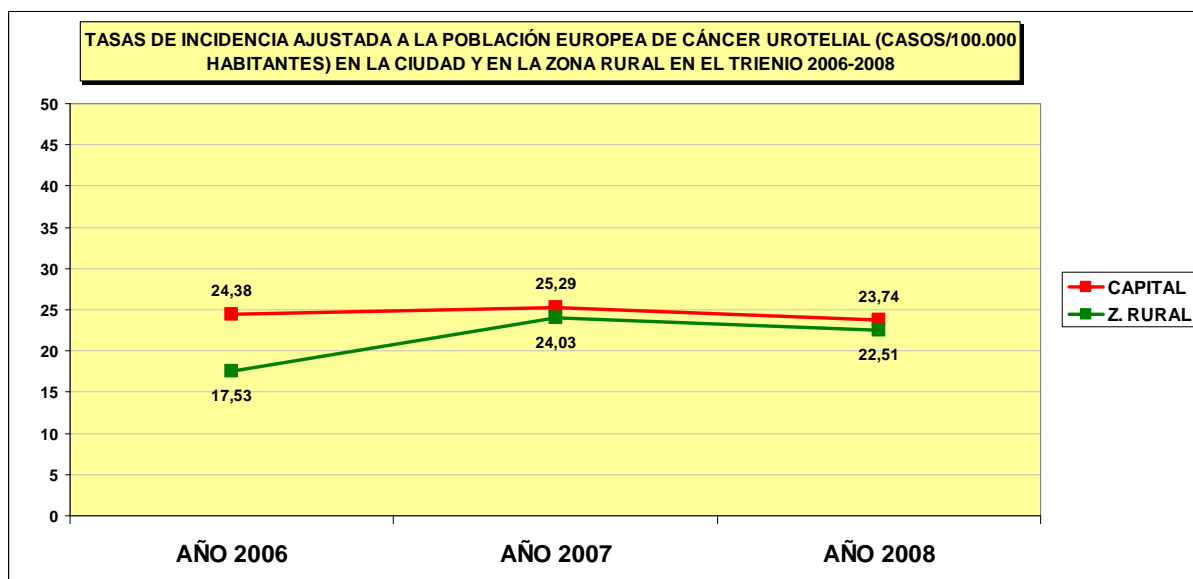


GRÁFICO Nº 95.

En la ciudad de Salamanca la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer urotelial nos indicó una significativa mayor tasa de incidencia de cáncer urotelial en hombres que en mujeres. En el sexo masculino esta tasa de incidencia alcanzó su máxima cuota en el año 2006, para ir descendiendo en los dos siguientes años. En el sexo femenino la tasa de incidencia fue aumentando desde el año 2006 al año 2008 (Gráfico nº 96).

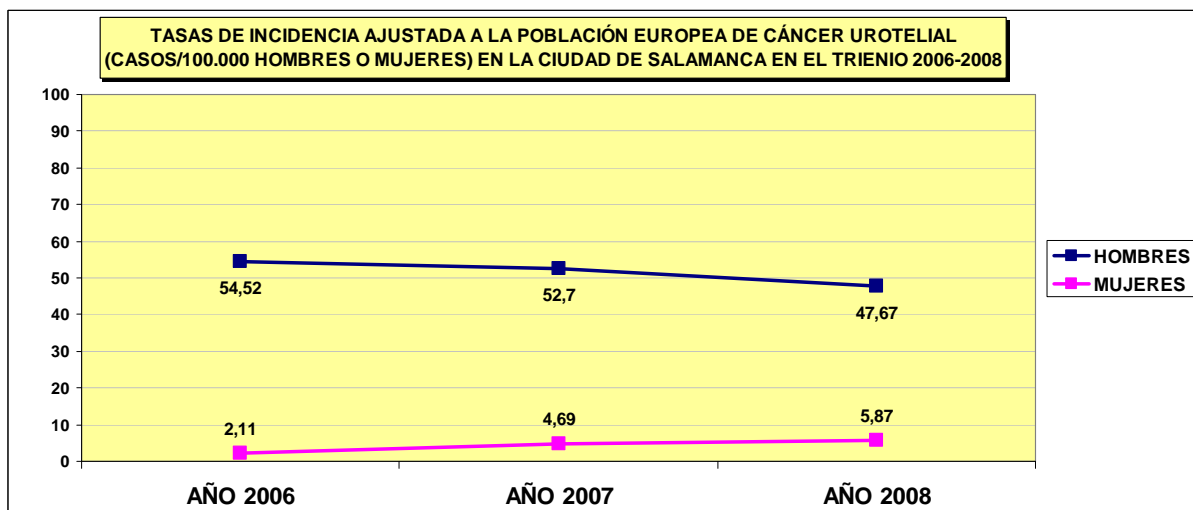


GRÁFICO Nº 96

En la zona rural de la provincia de Salamanca, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer urotelial fue mucho mayor en hombres que en mujeres. En varones esta incidencia alcanzó su máxima cuota en el año 2007. En mujeres, permaneció casi estable en los años 2006 y 2007, para aumentar en el año 2008 (Gráfico nº 97).

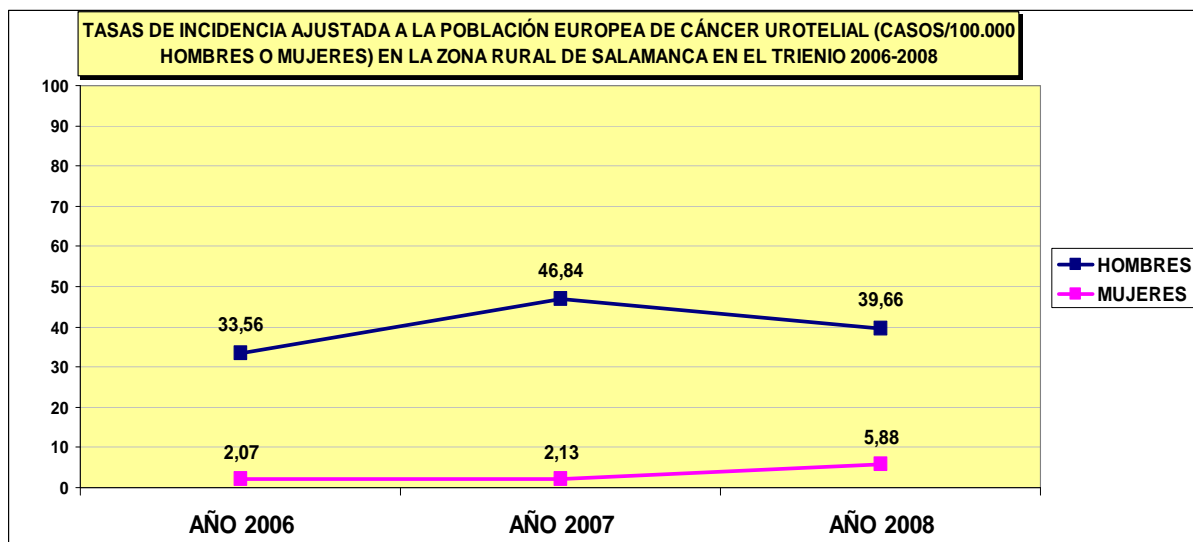


GRÁFICO Nº 97

La edad media de las personas en las que se diagnosticó cáncer urotelial en la provincia de Salamanca fue menor en hombres que en mujeres en los años 2006 y 2007, siendo muy similar en el año 2008. La edad mediana fue menor en hombres que en mujeres en los dos primeros años del trienio, invirtiéndose esta tendencia en el año 2008 (Tabla nº 86).

	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	72,67	80,5	71,75	75,76	70,55	69,73
MEDIANA (EDAD)	75	81	74	79	74	71
DESVIACIÓN TÍPICA	10,92	7,57	13,25	13,54	12,82	10,08
EDAD MÍNIMA	38	70	7	42	40	53
EDAD MÁXIMA	99	94	89	92	91	89

TABLA Nº 86

En la ciudad y en la zona rural de Salamanca, la edad media y la edad mediana de las personas en las que se diagnosticó cáncer urotelial, fueron menores en hombres que en mujeres en los dos primeros años, y en el año 2008 se invirtió esta tendencia, siendo mayor en hombres que en mujeres (Tablas nº 87 y 88).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER UROTELIAL EN LA CIUDAD DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	72,54	81,66	72,78	73,87	69,96	71,62
MEDIANA (EDAD)	73	81,5	73,5	78,5	74,5	69,5
DESVIACIÓN TÍPICA	11,55	4,71	9,66	16	13,8	9,22
EDAD MÍNIMA	38	75	53	42	40	60
EDAD MÁXIMA	99	89	89	90	89	89

TABLA Nº 87

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER UROTELIAL EN LA ZONA RURAL DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	72,83	79,33	70,88	78,8	71,08	67,57
MEDIANA (EDAD)	76	76,5	74	79	74	73
DESVIACIÓN TÍPICA	10,28	10,03	15,68	9,14	11,99	11,31
EDAD MÍNIMA	47	70	7	68	41	53
EDAD MÁXIMA	94	94	89	92	91	82

TABLA Nº 88

4.19 CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO.

En la población global (sin distinción de sexos) de la provincia de Salamanca, la tasa de incidencia ajustada a la población global de cáncer de cabeza y cuello, fue la sexta más elevada de todos los tipos de cáncer diagnosticados en los años 2006 y 2008 y la séptima en el año 2007 (Gráficos nº 4, 11 y 18). En la ciudad de Salamanca, esta tasa de incidencia fue la quinta más elevada en el año 2006 y la sexta en los años 2007 y 2008 (Gráficos nº 29, 36 y 43). En la zona rural, el cáncer de cabeza y cuello, tuvo la quinta tasa de incidencia más elevada en el año 2006, la séptima en el año 2007 y la sexta en el año 2008 (Gráficos nº 54, 61, 68).

En varones y en la provincia de Salamanca, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de cabeza y cuello, se encontró en todos los años del trienio en quinto lugar en relación a todos los tipos de cáncer diagnosticados en ese mismo periodo (Gráficos nº 5, 12 y 19). En el sexo masculino de la ciudad de Salamanca, la tasa de incidencia de cáncer de cabeza y cuello, fue la cuarta más elevada en el año 2006 y la quinta en los años 2007 y 2008 (Gráficos nº 30, 37 y 44). En varones de la zona rural la tasa de incidencia de cáncer de cabeza y cuello, se encontró en quinto lugar en los años 2006 y 2008 y en sexto lugar en el año 2007 (Gráficos nº 55, 62 y 69).

En el sexo femenino la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de cabeza y cuello, colocó a este tipo de cáncer en la provincia de Salamanca, con la décima tasa de incidencia más elevada en los años 2006 y 2007 y con la octava mayor tasa de incidencia en el año 2008 (Gráficos nº 6, 13 y 20). En la ciudad de Salamanca la tasa de incidencia del cáncer de cabeza y cuello en el sexo femenino, fue la novena mayor en el año 2006 y la décimo tercera en los años 2007 y 2008 (Gráficos nº 31, 38 y 45). En la zona rural la tasa de incidencia de este tipo de cáncer en mujeres, se situó en décimo lugar en el año 2006, en noveno lugar en el año 2007 y en octavo lugar en el año 2008 (Gráficos nº 56, 63 y 70).

En la población global (sin distinción de sexos) de la provincia de Salamanca en el trienio 2006-2008, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de cabeza y cuello mostró su más alta tasa de incidencia en el año 2006 con 19,06 casos/100.000 habitantes, disminuyendo en los dos años sucesivos (Gráfico nº 98).

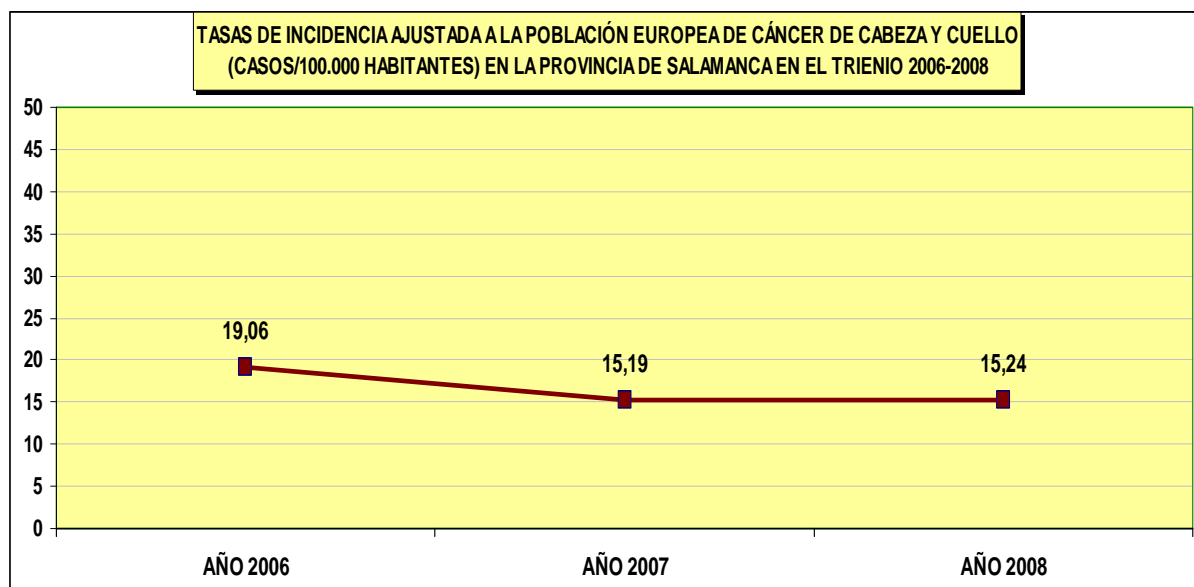


GRÁFICO Nº 98

En la provincia de Salamanca y diferenciando entre ambos sexos, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de cabeza y cuello fue más elevada en el sexo masculino que en el sexo femenino (Gráfico nº 99).

En hombres, la tasa de incidencia de este tipo de tumor alcanzó el nivel más alto en el año 2006 con 33,01 casos/100.000 hombres, disminuyendo en los dos siguientes años (Gráfico nº 99).

En el sexo femenino la máxima tasa de incidencia ajustada a la población europea alcanzó su máxima cuota en el año 2006 con 5,99 casos/100.000 mujeres en el año 2006, disminuyendo levemente en los dos siguientes años (Gráfico nº 99).

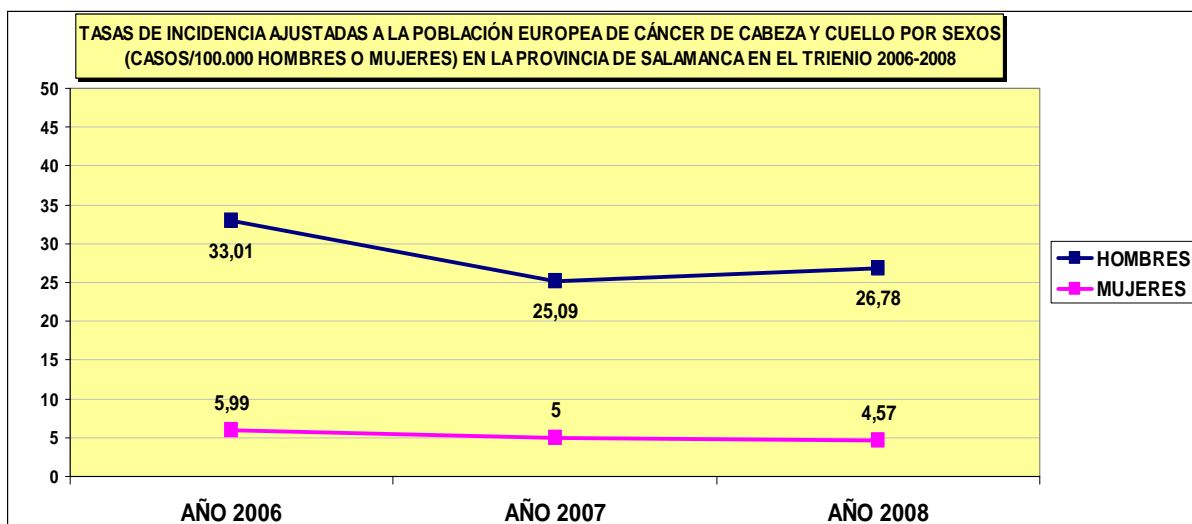


GRÁFICO N° 99

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de cabeza y cuello en la ciudad y en la zona rural de Salamanca, nos mostró una tasa de incidencia más elevada en la ciudad que en la zona rural en los años 2006 y 2007, igualándose en el año 2008 (Gráfico nº 100).

En la ciudad la tasa de incidencia descendió desde el año 2006 al año 2008, en cambio, en la zona rural descendió en el año 2007 con respecto al año 2006, para volver a aumentar en el año 2008 (Gráfico nº 100).

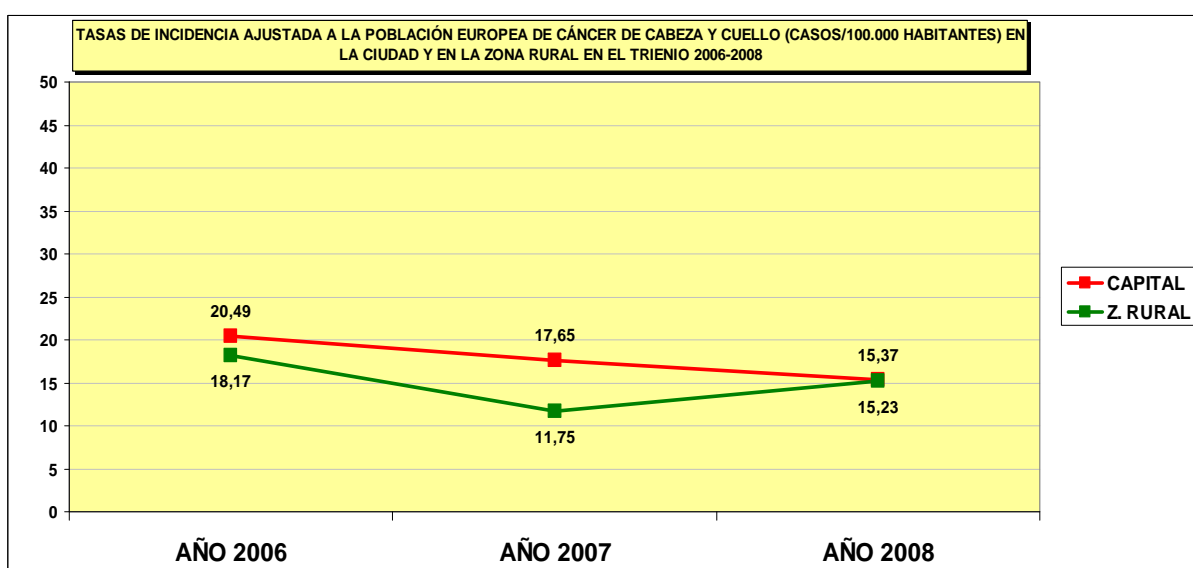


GRÁFICO N° 100

En la ciudad de Salamanca la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de cabeza y cuello fue mucho mayor en hombres que en mujeres. E igualmente, tanto en el sexo masculino como en el sexo femenino la tasa de incidencia fue disminuyendo desde al año 2006 al año 2008 (Gráfico nº 101).

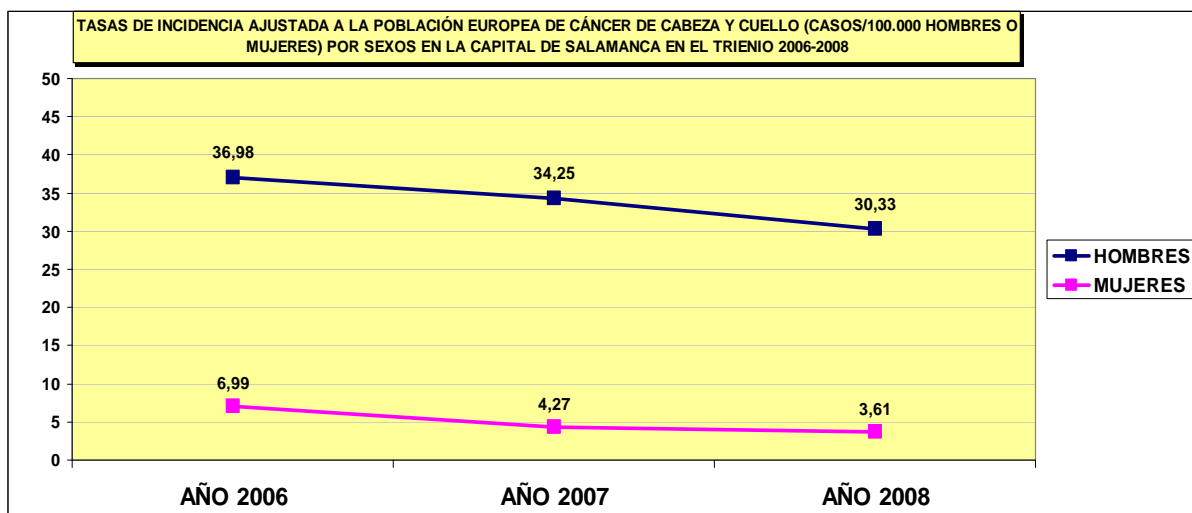


GRÁFICO Nº 101

En la zona rural la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de cabeza y cuello, fue mucho mayor en hombres que en mujeres (Gráfico nº 102).

En el sexo masculino la máxima incidencia la encontramos en el año 2006, disminuyendo en el año 2007 y volviendo a aumentar en el año 2008. En cambio en el sexo femenino, permaneció estable en todos los años del trienio (Gráfico nº 102).

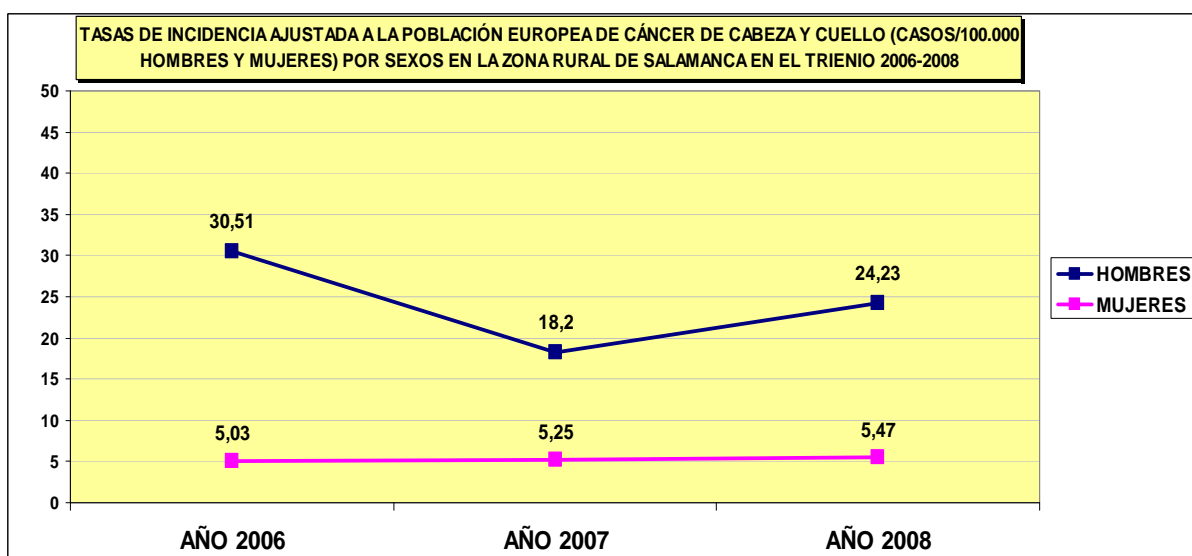


GRÁFICO Nº 102

La edad media y la edad mediana de las personas en las se diagnosticó cáncer de cabeza y cuello en la provincia de Salamanca en el trienio 2006-2008, fue mayor en mujeres que en hombres a lo largo de todo el periodo para ambas variables (Tabla nº 89).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	64,35	66,66	64,60	69,5	66,18	70,23
MEDIANA (EDAD)	65	65	66	76	66	71
DESVIACIÓN TÍPICA	10,83	15,08	11,90	16,87	12,01	13,62
EDAD MÍNIMA	33	43	35	44	39	43
EDAD MÁXIMA	84	93	85	97	88	93

TABLA Nº 89

En la ciudad de Salamanca la edad media en la que se diagnosticó cáncer de cabeza y cuello en el periodo estudiado en hombres y mujeres, se situó en la década de edad de los 60 años. La edad mediana en los varones se encontró en los 68,5 años en el año 2006, en los 67 años en el año 2007 y en los 66 años en el año 2008, en las mujeres esta edad mediana fue de 65 años en el año 2006, de 51 años en el año 2007 y de 71 años en el año 2008 (Tabla nº 90).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO EN LA CIUDAD DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	64,5	69	64,96	63,6	67,9	66
MEDIANA (EDAD)	68,5	65	67	51	66	71
DESVIACIÓN TÍPICA	11,76	14,98	12,07	22,34	12,11	18,11
EDAD MÍNIMA	33	47	35	44	39	43
EDAD MÁXIMA	84	89	80	97	88	87

TABLA Nº 90

En la zona rural de Salamanca la edad media en la que se diagnosticó este tipo de tumor en el trienio 2006-2008, se encontró en el sexo masculino y en todos los años del trienio en 64 años. En el sexo femenino esta edad media fue de 63,16 años en el año 2006, de 79 en el año 2007 y 71,5 años en el año 2008 (Tabla nº 91).

La edad mediana en que se diagnosticó cáncer de cabeza y cuello en la zona rural en varones se situó en los 64,21 años en el año 2006, en 64 años en el año 2007 y en 64,41 años en el año 2008 y en el sexo femenino se situó en los 66 años en el año 2006, en los 79 años en el año 2007 y en los 71,5 años en el 2008 (Tabla nº 91).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO EN LA ZONA RURAL DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	64,21	63,16	64	72,77	64,41	72,87
MEDIANA (EDAD)	64	66	65,5	79	65	71,5
DESVIACIÓN TÍPICA	9,97	15,93	11,89	13,38	11,86	10,49
EDAD MÍNIMA	46	43	37	50	39	63
EDAD MÁXIMA	84	75	85	86	82	93

TABLA Nº 91

4.20 CÁNCER GÁSTRICO.

En el trienio 2006-2008, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer gástrico en la población global (sin distinción de sexos) de la provincia de Salamanca, fue la séptima más alta de todas las tasas de incidencia de los tumores diagnosticados en los años 2006 y 2008 y en sexta en el año 2007 (Gráficos nº 4, 11 y 18). En la ciudad de Salamanca, la tasa de incidencia de la población global se situó en todos los años del trienio como la séptima más alta de todas las tasas de incidencia (Gráficos nº 29, 36 y 43). En la zona rural la tasa de incidencia de cáncer gástrico fue la séptima más elevada en los años 2006 y 2008, y en el año 2007 la sexta mayor (Gráfico nº 54, 61 y 68).

En el sexo masculino, la tasa de incidencia de cáncer gástrico en la provincia de Salamanca fue la sexta en cuanto a casos/100.000 hombres en cada uno de los años del trienio estudiado (Gráficos nº 5, 12 y 19). Entre los varones de la ciudad de Salamanca esta tasa de incidencia se situó en sexta posición en los años 2006 y 2008 y en séptima posición en el año 2007 (Gráficos nº 30, 37 y 44). En la zona rural, la tasa de incidencia en varones, fue en el año 2006 la sexta de mayor tamaño, en el año 2007 la quinta y en el año 2008 la séptima (Gráfico nº 55, 62 y 69).

Entre las mujeres de la provincia de Salamanca, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de este tipo de cáncer, fue la cuarta de mayor tamaño en el año 2006, la séptima en el año 2007 y la novena en el año 2009 (Gráficos nº 6, 13 y 20). En la ciudad de Salamanca, la tasa de incidencia de cáncer gástrico en el sexo femenino fue la quinta de mayor tamaño en el año 2006, la séptima en el año 2007 y la octava en el año 2008 (Gráfico nº 31, 38 y 45). En la zona rural la tasa de incidencia de este tipo de cáncer en mujeres, fue la séptima mayor en el año 2006, la sexta en el año 2007 y la décima en el año 2008 (Gráficos nº 56, 63 y 70).

En la población global (sin distinción de sexos) de la provincia de Salamanca la tasa de incidencia de cáncer gástrico ajustada a la población europea, fue de 14,09 casos/100.000 personas en el año 2006, descendiendo progresivamente en los dos siguientes años hasta alcanzar los 11,07 casos/1000.000 personas en el año 2008 (Gráfico nº 103).

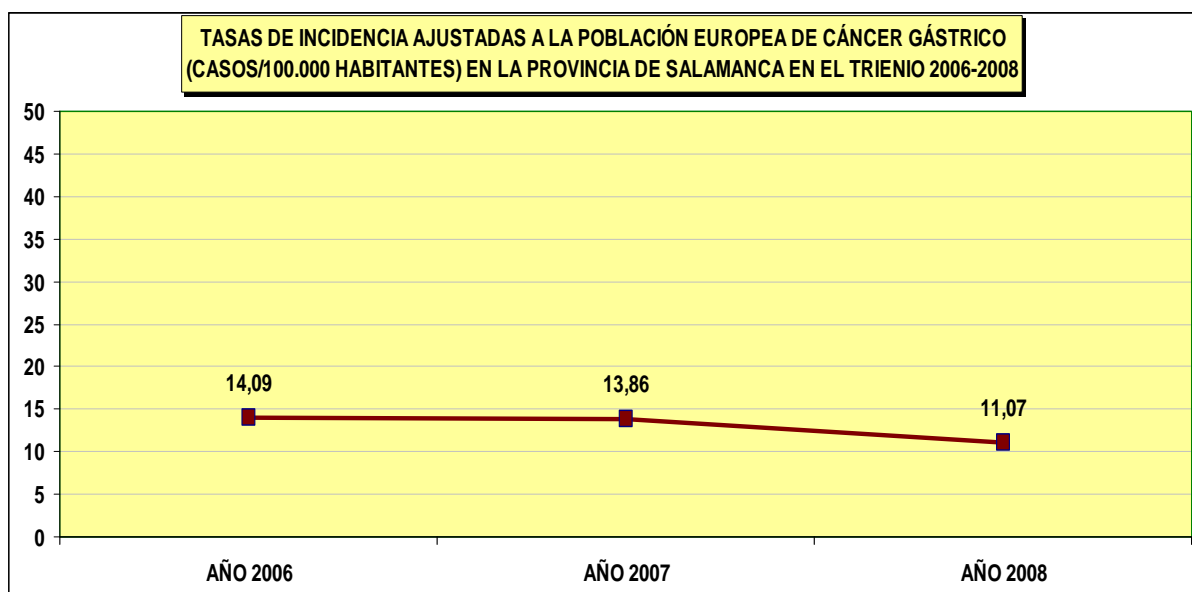


GRÁFICO N° 103

En la provincia de Salamanca y distinguiendo entre ambos sexos, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer gástrico, fue mayor en hombres que en mujeres, en todos los años del trienio 2006-2008 (Gráfico n° 104).

En ambos sexos la mayor tasa de incidencia la encontramos en el año 2006 descendiendo progresivamente en los dos años siguientes (Gráfico n° 104).

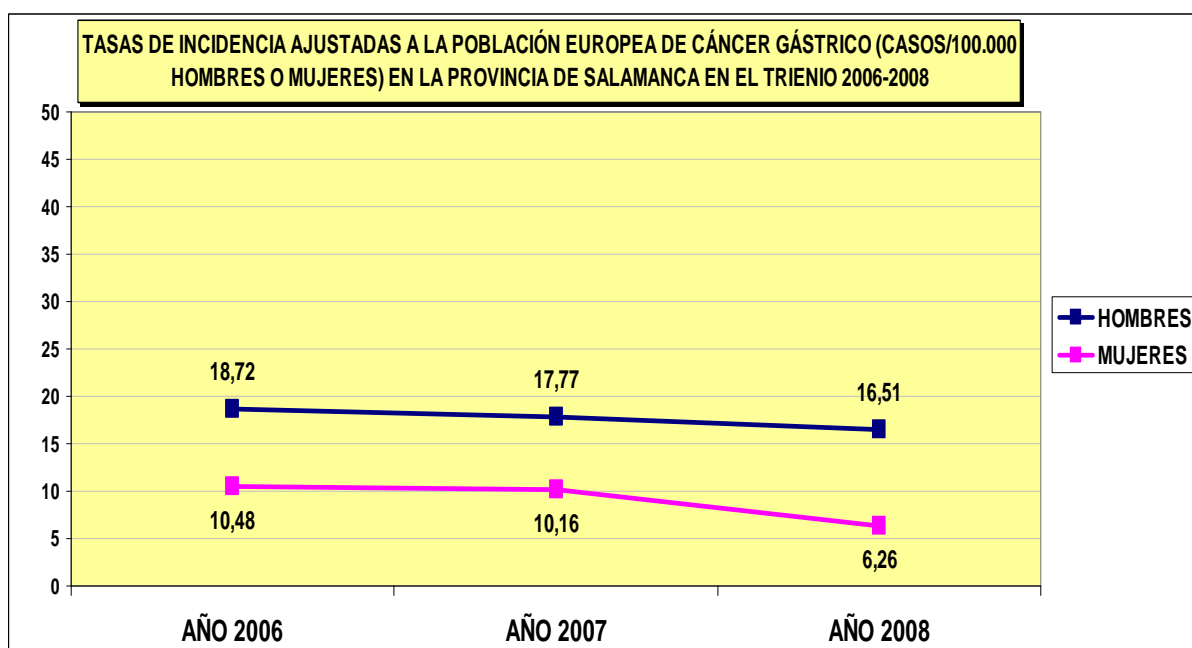


GRÁFICO N° 104

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer gástrico en la ciudad y en la zona rural de Salamanca fue en el año 2006 más alta en la ciudad que en la zona rural, para descender en el año 2007 en la ciudad y aumentar en la zona rural. En el año 2008, en la ciudad aumenta levemente en relación al año anterior y en la zona rural desciende situándose por debajo de la tasa de incidencia en la ciudad (Gráfico nº 105).

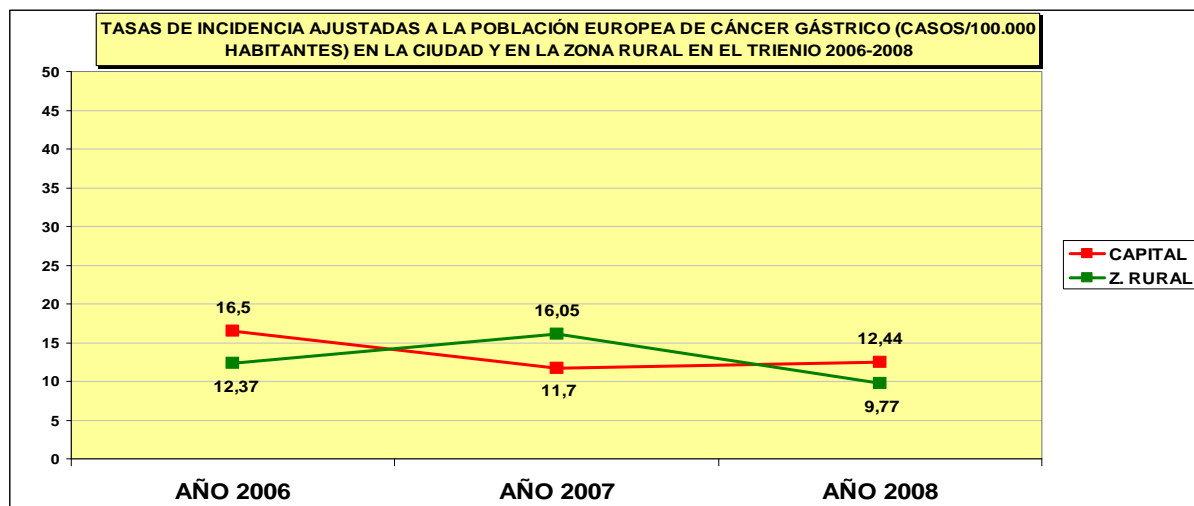


GRÁFICO Nº 105

En la ciudad de Salamanca, la tasa de incidencia de cáncer gástrico ajustada a la población europea fue en todo el trienio mayor en el sexo masculino que en el sexo femenino. En varones, la tasa de incidencia más alta la encontramos en el año 2006, descendiendo en el siguiente año y volviendo a aumentar en el año 2008. En mujeres la tasa de incidencia más alta la encontramos también en el año 2006, descendiendo progresivamente en los dos años sucesivos (Gráfico nº 106).

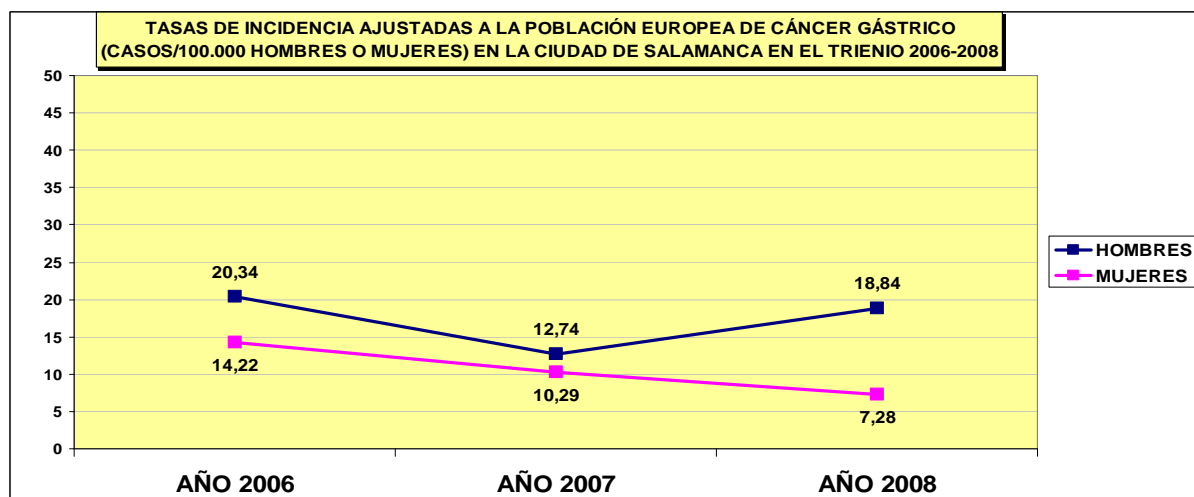


GRÁFICO Nº 106

En la zona rural de Salamanca la tasa de incidencia ajustada a la población europea, fue más elevada en hombres que en mujeres. No obstante, en el trienio estudiado, alcanza en ambos sexos, su máxima tasa de incidencia en el año 2007, para descender en el año 2008, por debajo de la tasa de incidencia de los dos años anteriores (Gráfico nº 107).

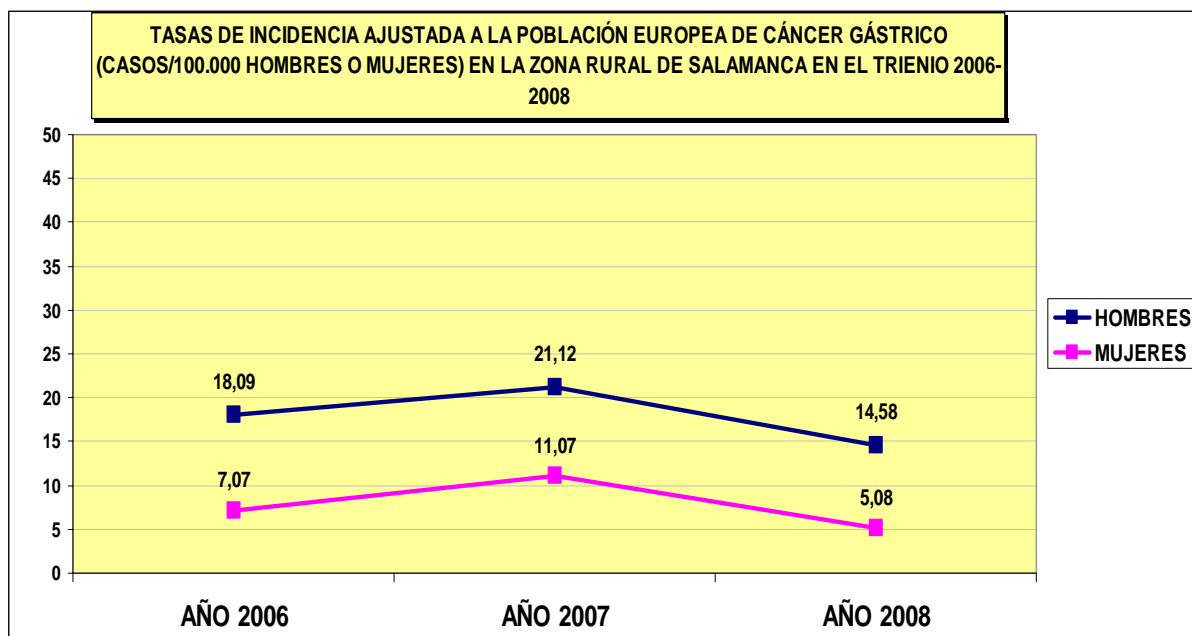


GRÁFICO Nº 107

En la provincia de Salamanca, la edad media de las personas de ambos sexos en las que se diagnosticó cáncer gástrico en el trienio 2006-2008, se situó en la década de edad de los 70 años. La edad mediana fue mayor en todos los años del periodo en las mujeres que en hombres (Tabla nº 92).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER GÁSTRICO EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL PERIODO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	75,03	75,53	71,89	76,11	73,31	79,36
MEDIANA (EDAD)	77	78	73,5	82	75	81,5
DESVIACIÓN TÍPICA	10,06	9,54	11,93	15,54	10,75	11,91
EDAD MÍNIMA	49	47	42	20	42	42
EDAD MÁXIMA	92	89	93	93	93	95

TABLA Nº 92

En la ciudad y en la zona rural de Salamanca, tanto la edad media como la edad mediana de las personas en las que se diagnosticó cáncer gástrico en el periodo estudiado fue mayor en mujeres que en hombres, salvo la edad media en los años 2006 y 2007 en la ciudad y en el año 2006 en la zona rural que fueron muy similares, y la edad mediana en la ciudad en el año 2006 que fue mayor en hombres que en mujeres (Tablas nº 93 y 94).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER GÁSTRICO EN LA CIUDAD DE SALAMANCA EN EL PERIODO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	75	74,75	69,38	78,33	71,19	77,53
MEDIANA (EDAD)	78	76,5	71	83	72	84
DESVIACIÓN TÍPICA	10,37	9,71	8,42	10,99	11,63	14,61
EDAD MÍNIMA	49	54	51	55	42	42
EDAD MÁXIMA	88	89	81	93	93	93

TABLA Nº 93

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER GÁSTRICO EN LA ZONA RURAL DE SALAMANCA EN EL PERIODO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	75,06	76,64	72,82	73,90	74,96	81,2
MEDIANA (EDAD)	77	79	77	79	77	81
DESVIACIÓN TÍPICA	9,98	9,47	12,98	19,08	9,91	8,57
EDAD MÍNIMA	50	47	42	20	53	63
EDAD MÁXIMA	92	87	93	90	89	95

TABLA Nº 94

4.21 CÁNCER DE ENDOMETRIO.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de endometrio, fue la tercera más alta de todas las tasas de incidencia correspondientes a los tumores diagnosticados en mujeres en la provincia de Salamanca en los años 2006 y 2007 y la cuarta más alta en el año 2008 (Gráficos nº 6, 13 y 20).

En la ciudad de Salamanca esta tasa de incidencia fue la tercera más elevada de todos los tipos de cáncer que afectan a mujeres en los años 2006 y 2007 y la séptima más alta en el año 2008 (Gráficos nº 31, 38 y 45).

En la zona rural esta tasa de incidencia fue la tercera más alta en los años 2006 y 2007 y la cuarta más alta en el año 2008 (Gráficos nº 56, 63 y 70).

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de endometrio en el sexo femenino de la provincia de Salamanca en el trienio 2006-2008, fue de 13,44 casos/100.000 mujeres en el año 2006 aumentando a 17,94 casos/100.000 mujeres en el año 2007, y disminuyendo esta tasa de incidencia a 10,66 casos/100.000 mujeres en el año 2008 (Gráfico nº 108).

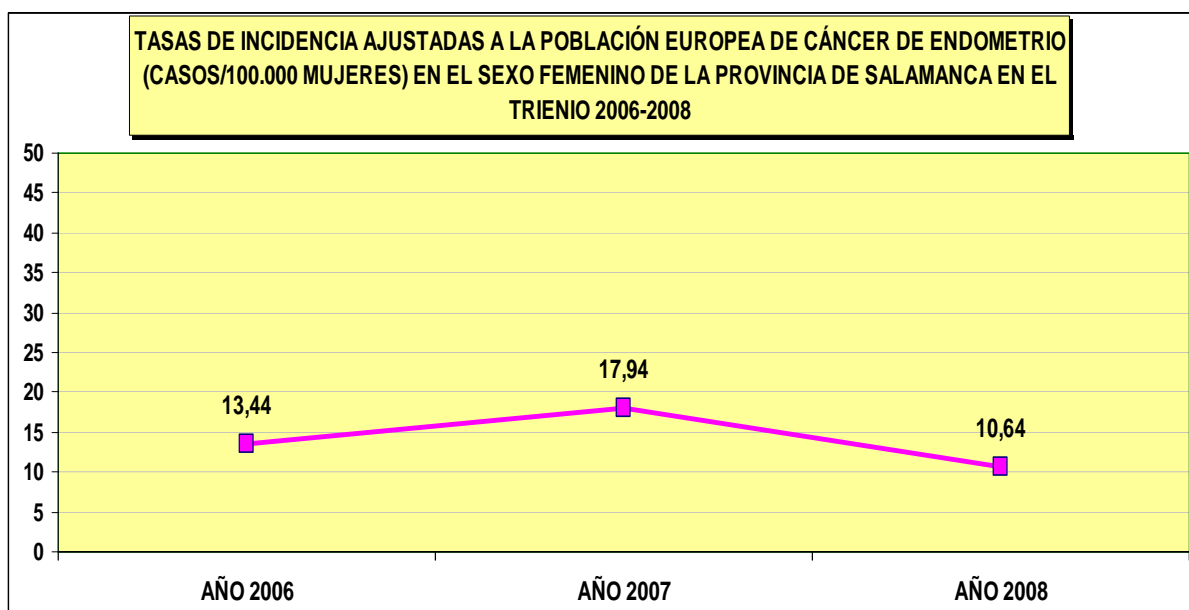


GRÁFICO Nº 108

Entre las mujeres de la capital de Salamanca y de la zona rural, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de endometrio en el año 2006, fue más elevada en la población femenina de la ciudad que en la población femenina de la zona rural, para igualarse estas dos tasas de incidencia en el año 2007 y disminuir en el año 2008 situándose en este último año, la tasa de incidencia de la ciudad por debajo de la tasa de incidencia del medio rural (Gráfico nº 109).

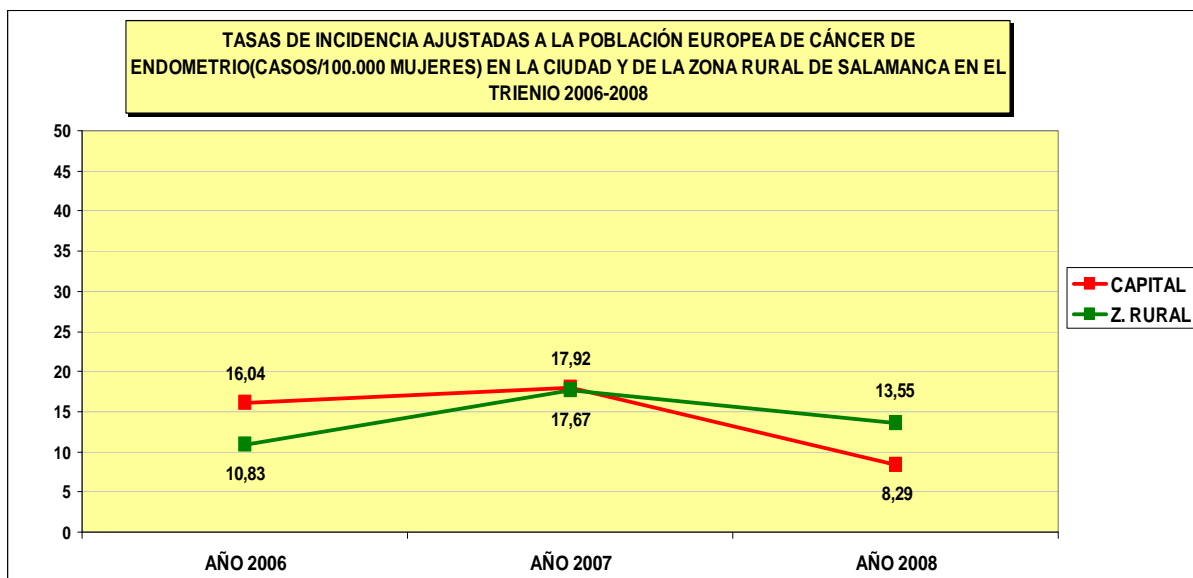


GRÁFICO Nº 109

La edad media en que se diagnosticó cáncer de endometrio en la población femenina de la provincia de Salamanca en el trienio 2006-2008 se situó en los 70,5 años en el año 2006, en los 66,70 años en el año 2007 y en los 68,53 años en el año 2008. La edad mediana fue de 73 años en el año 2006, de 67 años en el año 2007 y de 71 años en el año 2008 (Tabla nº 95).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE ENDOMETRIO EN MUJERES LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL PERIODO 2006-2008			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
EDAD MEDIA	70,5	66,70	68,53
MEDIANA (EDAD)	73	67	71
DESVIACIÓN TÍPICA	12,24	11,26	10,48
EDAD MÍNIMA	49	50	48
EDAD MÁXIMA	93	94	85

TABLA Nº 95

La edad media y la edad mediana de las mujeres en las que se diagnosticó cáncer de endometrio en el periodo 2006-2008 fue en cada caso menor en la ciudad que en la zona rural en los años 2006 y 2007, en cambio en el año 2008 se invirtió esta tendencia, siendo superior la edad media y la edad mediana de la zona rural que la edad media y la edad mediana de la ciudad (Tabla nº 96).

MEDIDAS ESTADISTICAS RESPECTOA LA EDAD EN LA QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE ENDOMETRIO EN MUJERES EN LA CIUDAD Y EN LA ZONA RURAL DE SALAMANCA EN EL PERIODO 2006-2008						
	AÑO 2006		AÑO 2007		AÑO 2008	
	<u>CIUDAD</u>	<u>Z. RURAL</u>	<u>CIUDAD</u>	<u>Z. RURAL</u>	<u>CIUDAD</u>	<u>Z. RURAL</u>
EDAD MEDIA	68,52	72,70	66,3	67,09	71,58	66,25
MEDIANA (EDAD)	68	78	63	70	73	66,5
DESVIACIÓN TÍPICA	12,03	12,45	11,73	11,07	9,51	10,88
EDAD MÍNIMA	50	49	50	50	53	48
EDAD MÁXIMA	93	87	94	83	85	80

TABLA Nº 96

4.22 CÁNCER DE CÉRVIX.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de cérvix en la provincia de Salamanca, fue la sexta más elevada de todas las tasas de incidencia correspondiente a los distintos tipos de tumores diagnosticados en el sexo femenino en el año 2006, la cuarta más elevada en el año 2007 y tercera mayor en el año 2008 (Gráficos nº 6, 13 y 20)

Entre las mujeres de la ciudad de Salamanca diagnosticadas de cáncer de cérvix en el trienio 2006-2008, la tasa de incidencia fue la cuarta más alta de todas las tasas de incidencia correspondientes a los tipos de cáncer diagnosticados en mujeres en dicho año, y la sexta y novena más alta en los años 2007 y 2008 respectivamente (Gráficos nº 31, 38 y 45).

En la zona rural esta tasa de incidencia fue la onceava más alta en el año 2006, la cuarta más alta en el año 2007 y la tercera más alta en el año 2008 (Gráficos nº 56, 63 y 70).

La tasa de incidencia de cáncer de cérvix entre las mujeres diagnosticadas de esta patología en el año 2006 fue de 9,93 casos/100.000 mujeres en el año 2006, para aumentar a 12,4 casos/100.000 mujeres en el año 2007 y descender levemente hasta 11,36 casos/100.000 mujeres en el año 2008 (Gráfico nº 110).

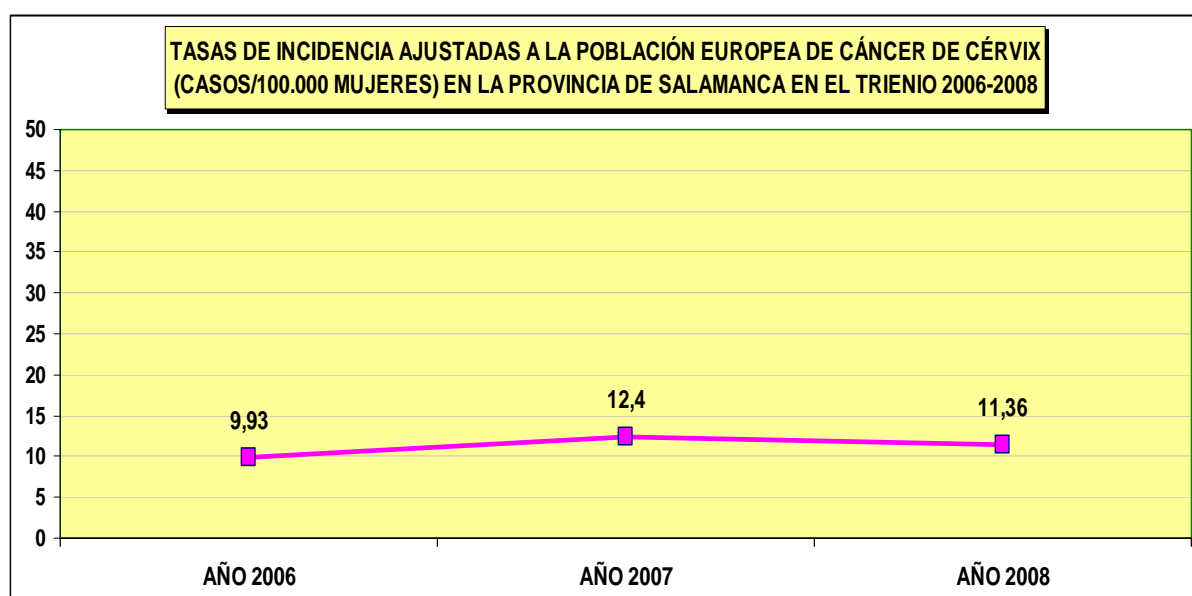


GRÁFICO Nº 110

En la ciudad y en la zona rural, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de cérvix fue en el año 2006 mayor en la ciudad que en la zona rural. Por el contrario, en los dos años siguientes, esta tasa de incidencia es más elevada en la zona rural que en la ciudad (Gráfico nº 111).

En la ciudad la tasa de incidencia de este tipo de cáncer disminuye progresivamente desde el año 2006 al año 2008, y por el contrario en la zona rural se produce un aumento progresivo desde el año 2006 al año 2008 (Gráfico nº 111).

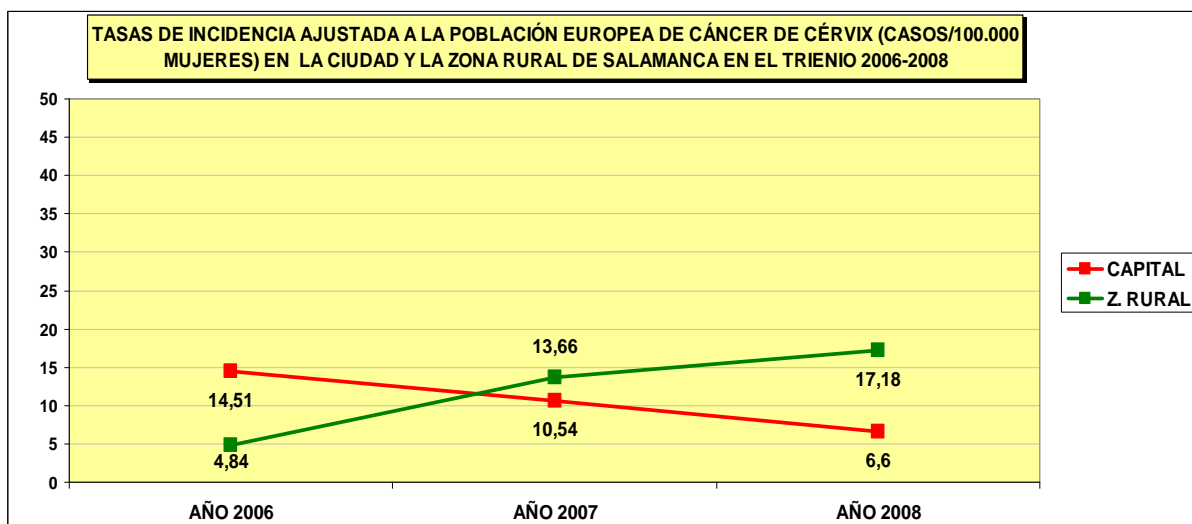


GRÁFICO Nº 111

Tanto la edad media como la edad mediana de las mujeres en las que se diagnosticó cáncer de cérvix en la provincia de Salamanca en el trienio 2006-2008, se situó en la década de edad de los 50 años (Tabla nº 97).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE CÉRVIX EN MUJERES LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL PERIODO 2006-2008			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
EDAD MEDIA	57,47	54,48	49,3
MEDIANA (EDAD)	55	56	53
DESVIACIÓN TÍPICA	16,87	16,73	15,10
EDAD MÍNIMA	35	26	18
EDAD MÁXIMA	84	88	76

TABLA Nº 97

En la ciudad y en la zona rural, en el trienio 2006-2008, la edad media de las mujeres en las que se diagnóstico este tipo de tumor fue muy similar en los años 2006 y 2008 en la ciudad y en la zona rural, y por el contrario, fue mayor en la zona rural en el año 2007. La edad mediana de la zona rural fue mayor que la edad mediana de la ciudad en los tres años del periodo estudiado (Tabla nº 98).

MEDIDAS ESTADISTICAS RESPECTOA LA EDAD EN LA QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE CÉRVIX EN MUJERES EN LA CIUDAD Y EN LA ZONA RURAL DE SALAMANCA EN EL PERIODO 2006-2008						
	AÑO 2006		AÑO 2007		AÑO 2008	
	<u>CIUDAD</u>	<u>Z. RURAL</u>	<u>CIUDAD</u>	<u>Z. RURAL</u>	<u>CIUDAD</u>	<u>Z. RURAL</u>
EDAD MEDIA	57,68	56,8	49,90	58,07	49,28	49,30
MEDIANA (EDAD)	54,5	62	48	58	41	55
DESVIACIÓN TÍPICA	16,93	18,67	17,35	15,92	16,92	14,76
EDAD MÍNIMA	35	35	26	38	34	18
EDAD MÁXIMA	84	82	79	88	76	67

TABLA Nº 98

4.23 CÁNCER DE OVARIO.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de ovario, en la provincia de Salamanca, fue la quinta más alta de todas las tasa de incidencia de los tumores sólidos diagnosticados en mujeres en cada uno de los años del trienio 2006-2008 (Gráficos nº 6, 13 y 20).

En las mujeres de la ciudad que fueron diagnosticadas de cáncer de ovario en este trienio, la tasa de incidencia de este tipo de tumor, fue la sexta más alta en el año 2006, y la cuarta y la tercera más elevada en los años 2007 y 2008 respectivamente (Gráficos nº 31, 38 y 45).

En la zona rural esta tasa de incidencia se situó en cuarto lugar en el año 2006, en séptimo lugar en el año 2007 y en décimo primer lugar en el año 2008 (Gráficos nº 56, 63 y 70).

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de este tipo de cáncer, aumentaron levemente en el año 2007 respecto al año 2006, para descender en el año 2008 por debajo de la tasa de incidencia de los dos primeros años (Gráfico nº 112).

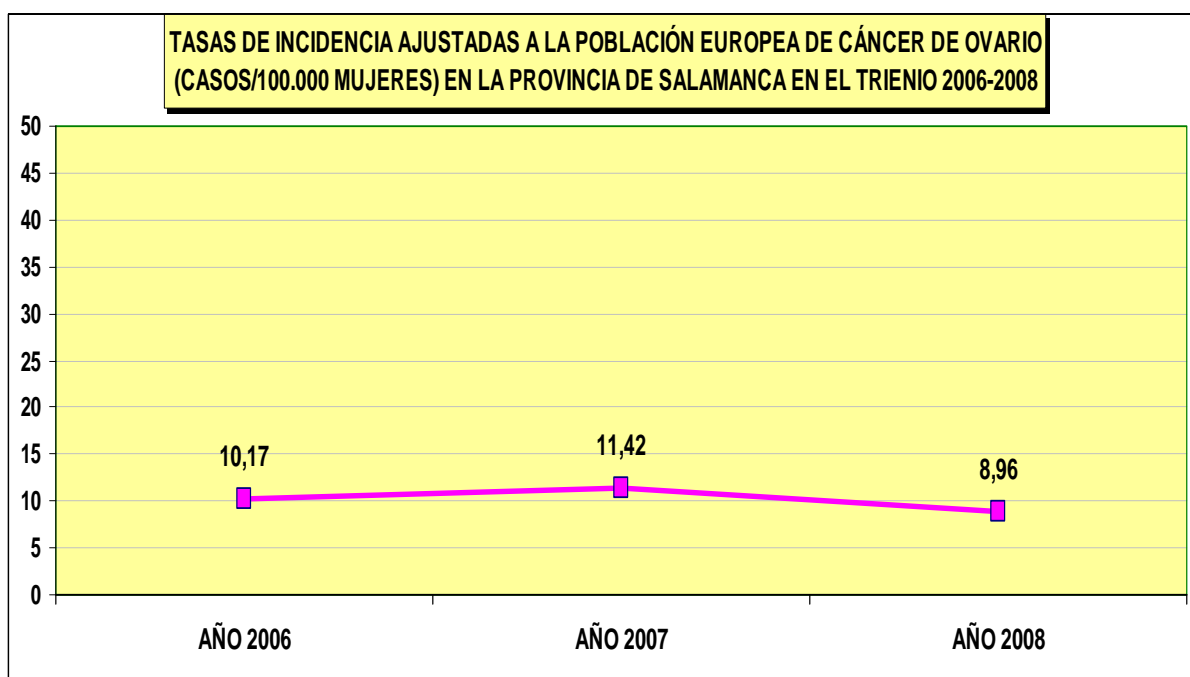


GRÁFICO Nº 112

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de ovario, fue superior en todo el periodo, en las mujeres de la ciudad que en las mujeres de la zona rural. En la ciudad, esta tasa de incidencia aumentó levemente en los años 2006 y 2007 con respecto al año 2006, y en la zona rural aumentó levemente del año 2006 al año 2007, para descender significativamente en el año 2008 (Gráfico nº 113).

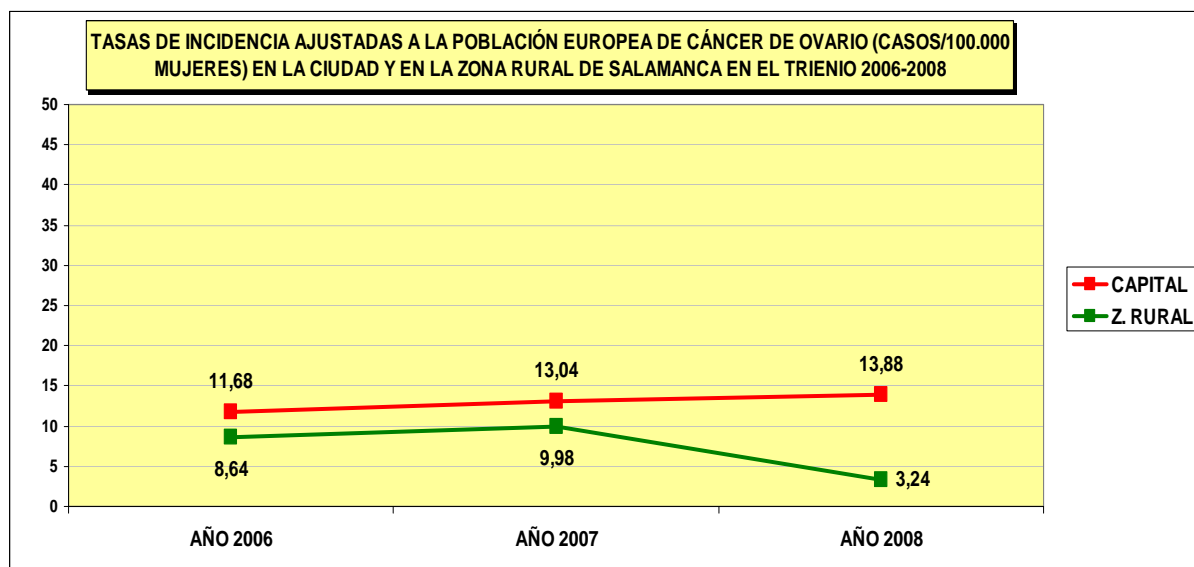


GRÁFICO Nº 113

La edad media de las mujeres en la que se diagnosticó cáncer de ovario en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, se situó en los 63,08 años en el año 2006, en los 59,36 en el año 2007 y en los 60,85 años en el año 2008. La edad mediana se situó en los 64 años en el año 2006, en los 60,5 años en el año 2007 y en los 59 años en el año 2008 (Tabla nº 99).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE OVARIO EN MUJERES LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL PERIODO 2006-2008			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
EDAD MEDIA	63,08	59,36	60,85
MEDIANA (EDAD)	64	60,5	59
DESVIACIÓN TÍPICA	14,85	13,32	14,36
EDAD MÍNIMA	31	31	40
EDAD MÁXIMA	84	84	85

TABLA Nº 99

La edad media y edad mediana de las mujeres de la ciudad y de la zona rural en las que se diagnosticó cáncer de ovario en el periodo 2006-2008 (Tabla nº 100).

MEDIDAS ESTADISTICAS RESPECTO A LA EDAD EN LA QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE OVARIO EN MUJERES EN LA CIUDAD Y EN LA ZONA RURAL DE SALAMANCA EN EL PERIODO 2006-2008						
	AÑO 2006		AÑO 2007		AÑO 2008	
	<u>CIUDAD</u>	<u>Z. RURAL</u>	<u>CIUDAD</u>	<u>Z. RURAL</u>	<u>CIUDAD</u>	<u>Z. RURAL</u>
EDAD MEDIA	60,64	66,88	62,14	54,5	59,73	64,2
MEDIANA (EDAD)	62,5	64	62,5	55,5	54	72
DESVIACIÓN TÍPICA	16,94	10,64	13,03	13,21	13,07	20
EDAD MÍNIMA	31	53	39	31	41	40
EDAD MÁXIMA	84	83	84	77	82	85

TABLA N° 100

4.24 MELANOMA.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de melanoma, en la población global (sin distinción de sexos) de la provincia de Salamanca, fue la octava más elevada de todas las tasas de incidencia correspondientes a los distintos tipos de cáncer diagnosticados en los años 2006 y 2007, y la novena en el año 2008 (Gráficos nº 4, 11 y 18). En la ciudad, esta tasa de incidencia fue la novena más elevada en los años 2006 y 2007 y la doceava en el año 2008 (Gráficos nº 29, 36 y 43). En la zona rural esta tasa de incidencia respecto a la población global, fue la novena más alta de todas las tasas de incidencia de todos los tumores sólidos diagnosticados en el año 2006, la onceava más alta en el año 2007 y la octava en el año 2008 (Gráficos nº 54, 62 y 68).

Teniendo en cuenta a la población masculina de la provincia de Salamanca, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de melanoma, fue la séptima más elevada de todas las tasas de incidencia correspondiente a los tumores diagnosticados en cada uno de los años del trienio 2006-2008 (Gráficos nº 5, 12 y 19). En la ciudad de Salamanca, la tasa de incidencia ajustada a la población europea fue la séptima más alta en el año 2006, la sexta en el año 2007 y la octava en el año 2008 (Gráficos nº 30, 37 y 44). En la zona rural, la tasa de incidencia ajustada a la población europea en varones, fue la séptima más alta en el año 2006, la décima en el año 2007 y la sexta en el año 2008 (Gráficos nº 55, 62 y 69).

En el sexo femenino de la provincia de Salamanca, la tasa de incidencia ajustada a la población europea, fue la séptima elevada alta en el año 2006, la onceava en el año 2007 y la dieciseisava en el año 2008 (Gráficos nº 6, 13 y 20). En la ciudad esta tasa de incidencia, se encontró en séptima posición en el año 2006, en quinceava posición en el año 2007 y en doceava posición en el año 2008 (Gráficos nº 31, 38 y 45). En la zona rural la tasa de incidencia de melanoma en mujeres ocupa el noveno lugar en el año 2006, el décimo lugar en el año 2007 y el dieciseisavo lugar en el año 2008 (Gráficos nº 56, 63 y 70).

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de melanoma en la población global (sin distinción de sexo) de la provincia de Salamanca, permaneció con una incidencia muy similar en todo el periodo 2006-2008 (Gráfico nº 114).

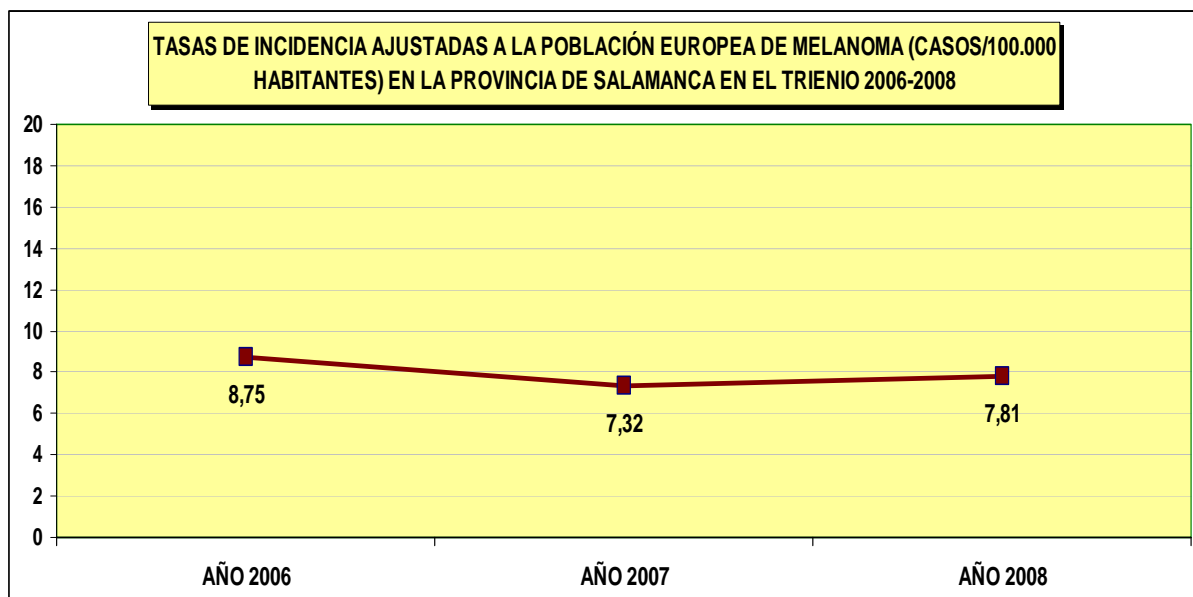


GRÁFICO N° 114

Si distinguimos en la provincia de Salamanca entre el sexo masculino y el sexo femenino, los resultados obtenidos, nos indicaron que la tasa de incidencia ajustada a la población europea de este tipo de tumor, fue similar en hombres y en mujeres en el año 2006. Experimentando a partir de este año un aumento progresivo de esta tasa de incidencia en varones y por el contrario, un descenso progresivo en mujeres (Gráfico n° 115).

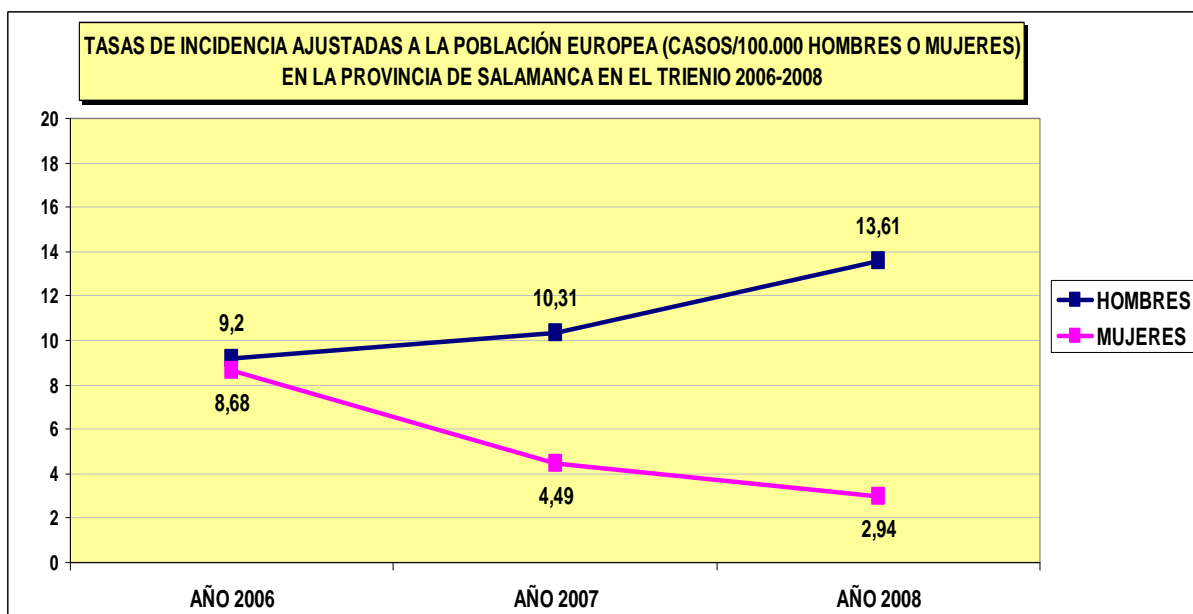


GRÁFICO N° 115

En la ciudad y en la zona rural, las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de melanoma fueron muy similares en el año 2006, descendiendo en la zona rural en el año 2007, y aumentaron en la zona rural por encima de la tasa de incidencia de la ciudad en el año 2008 (Gráfico nº 116)

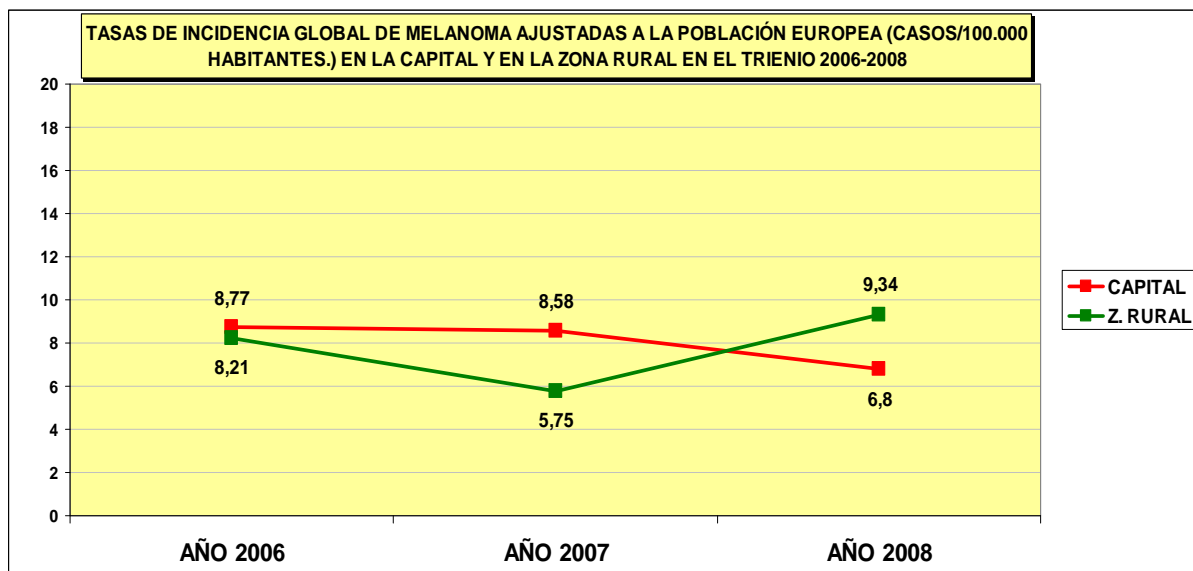


GRÁFICO Nº 116

En la ciudad de Salamanca y distinguiendo entre ambos sexos, encontramos en el año 2006 unas tasas de incidencia ajustadas a la población europea muy similares en hombres y en mujeres. A partir de este año esta tasa de incidencia aumentó en los varones y disminuyó en mujeres (Gráfico nº 117).

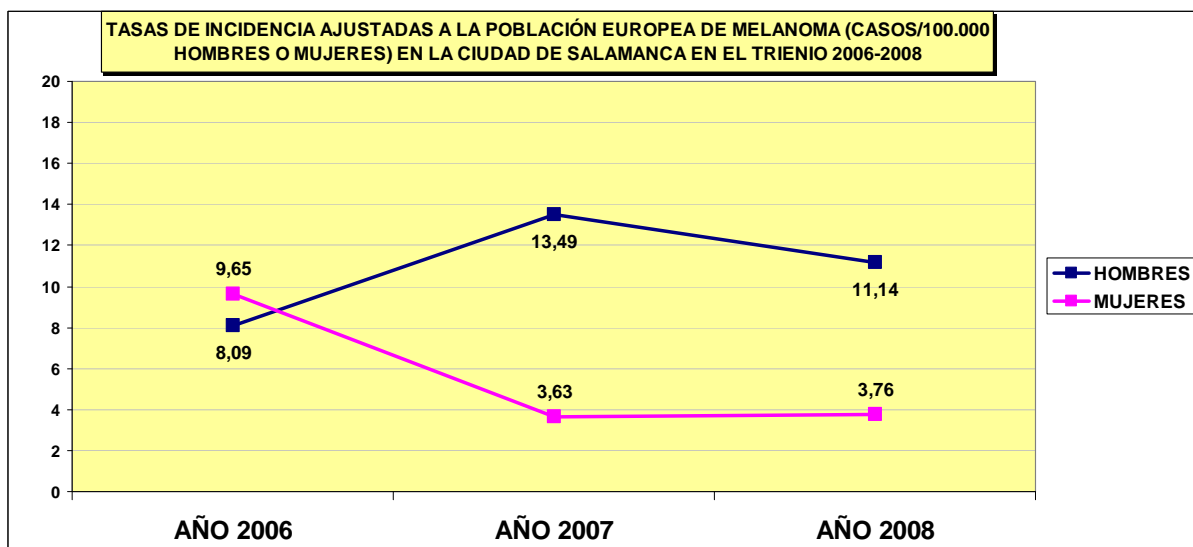


GRÁFICO Nº 117

En la zona rural de Salamanca la tasa de incidencia de este tipo de cáncer fue mayor en hombres que en mujeres. En el sexo masculino descendió algo en el año 2007 respecto al año 2006, para aumentar significativamente en el año 2008. En mujeres la tasa de incidencia descendió desde el año 2006 al año 2008 (Gráfico nº 118).

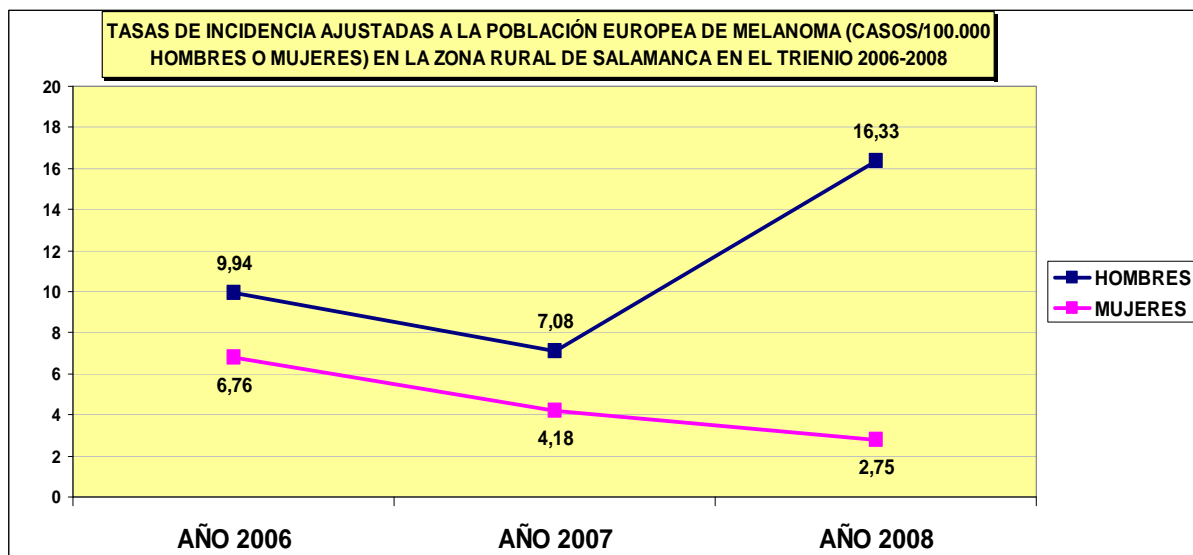


GRÁFICO Nº 118

La edad media en la que se diagnosticó melanoma en la provincia de Salamanca se situó en el año 2006 en los 67,86 años en hombres y en 61,57 años en mujeres, en el año 2007 en 60,28 años en hombres y en 62,48 años en mujeres y en el año 2008 en 71,02 años en hombres y en 67,3 años en mujeres. La edad mediana y debido al poco número de casos, se presentó con mucha variación en todo el periodo 2006-2008 (Tabla nº 101).

	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	67,86	61,57	60,28	62,48	71,02	67,3
MEDIANA (EDAD)	73,5	57	59	73	77	75,5
DESVIACIÓN TÍPICA	16,21	16,31	16,95	20,66	16	23,06
EDAD MÍNIMA	37	35	29	25	30	22
EDAD MÁXIMA	89	85	90	81	93	91

TABLA Nº 101

En la ciudad, la edad media de las personas en las que se diagnosticó melanoma fue menor en mujeres que en hombres salvo en el año 2007 que fue similar (Tabla nº 102).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ MELANOMA EN LA CIUDAD DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	64	51,88	59,15	59	73,73	67,83
MEDIANA (EDAD)	63	52	59	77	77	74
DESVIACIÓN TÍPICA	19,07	12,33	17,37	24,84	12,97	19,89
EDAD MÍNIMA	39	35	29	25	34	39
EDAD MÁXIMA	89	78	81	81	93	91

TABLA Nº 102

En la zona rural, la edad media fue similar para ambos sexos en el año 2006, mayor en el sexo femenino en el año 2007 y por el contrario, mayor en el sexo masculino en el año 2008 (Tabla nº 103).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ MELANOMA EN LA ZONA RURAL DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	70,01	70,3	62,12	67,33	69,33	66,5
MEDIANA (EDAD)	73,5	73,5	56,5	72,5	73	76,5
DESVIACIÓN TÍPICA	14,63	14,78	17,23	15,47	17,69	30,57
EDAD MÍNIMA	37	45	40	43	30	22
EDAD MÁXIMA	86	85	90	81	90	91

TABLA Nº 103

4.25 SARCOMAS.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de sarcomas en el trienio 2006-2008 y en la población global de la provincia de Salamanca, aumentó levemente desde el año 2006 al año 2008 (Gráfico nº 119).

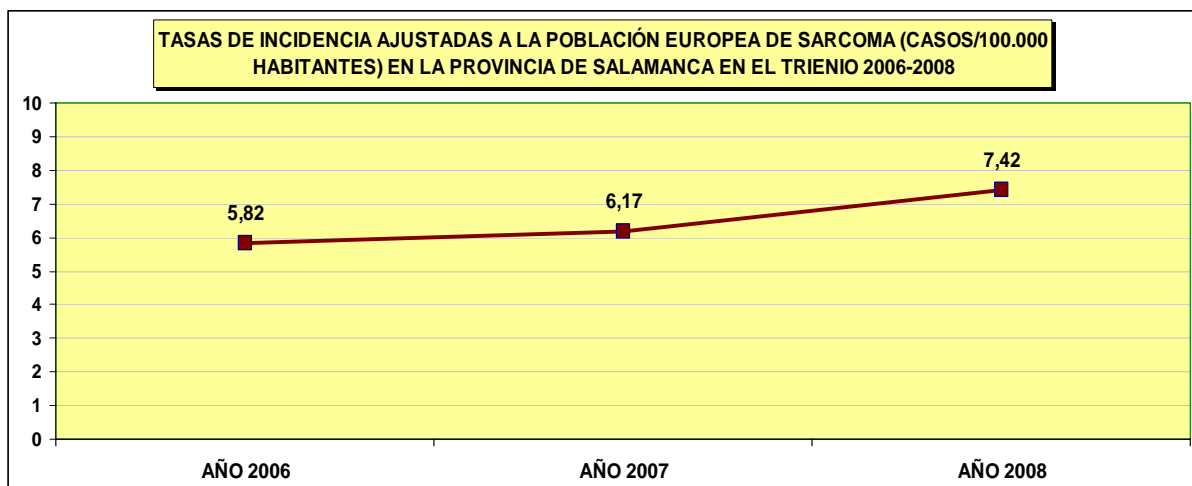


GRÁFICO Nº 119

En la provincia de Salamanca la tasa de incidencia ajustada a la población europea para este tipo de tumor, fue similar en ambos sexos en el año 2006, para aumentar en hombres y disminuir en mujeres en el año 2007. En el año 2008 se produjo un aumento de esta tasa de incidencia en mujeres, mientras que en varones se mantuvo prácticamente constante (Gráfico nº 120).

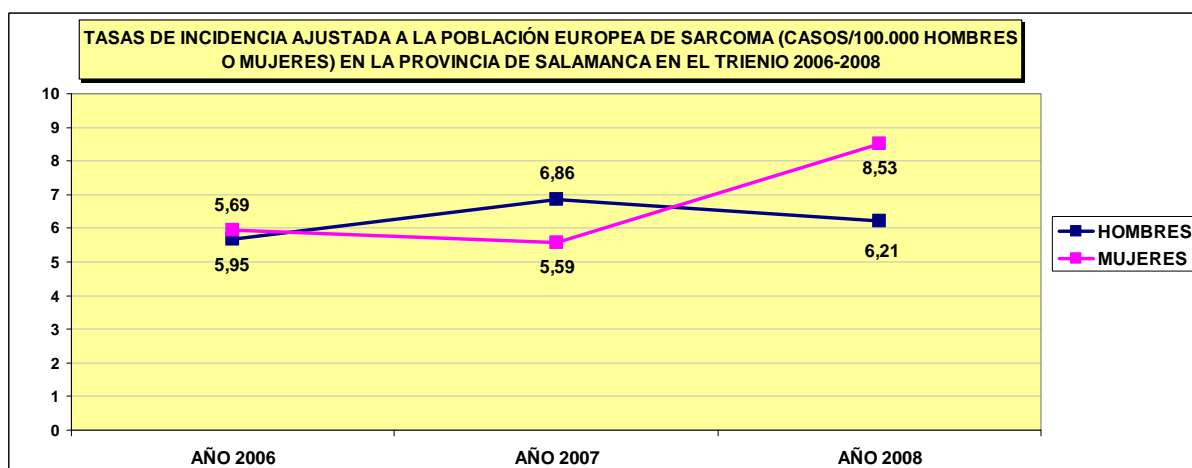


GRÁFICO Nº 120

En la ciudad y en la zona rural, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de sarcoma, fue en el año 2006 mayor en la zona rural que en la ciudad, aumentando esta tasa de incidencia en los años 2007 y 2008 en la ciudad y situándose por encima de la tasa de incidencia de la zona rural (Gráfico nº 121).

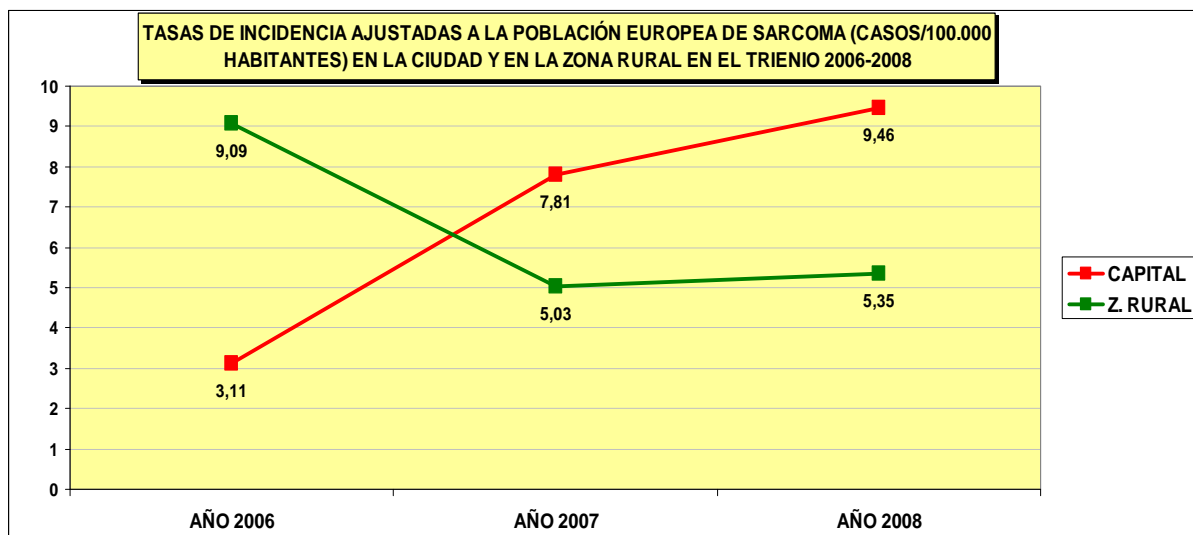


GRÁFICO Nº 121

En la ciudad la tasa de incidencia ajustada a la población europea de este tipo de cáncer aumentó en ambos sexos desde el año 2006 a los años 2007 y 2008. La tasa de incidencia fue algo mayor en mujeres que en hombres en los años 2006 y 2008 y muy similar para ambos sexos en el año 2008 (Gráfico nº 122).

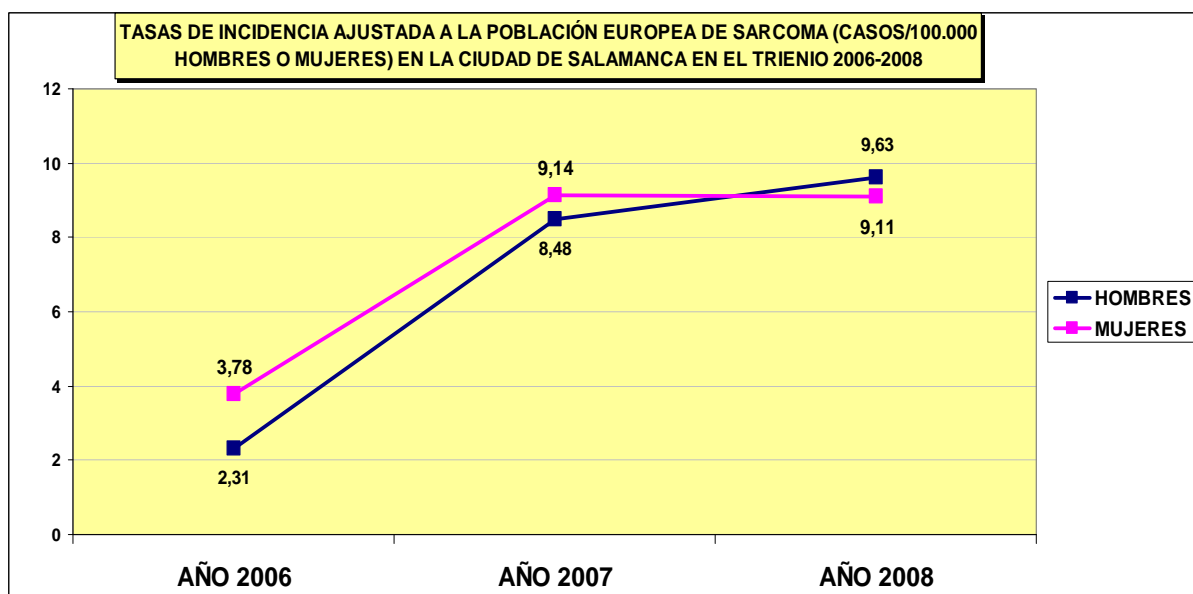


GRÁFICO Nº 122

En la zona rural la tasa de incidencia ajustada a la población europea para este tipo de tumor, descendió progresivamente en los varones desde el año 2006 al año 2008, mientras que en mujeres descendió en el año 2007 respecto al año 2006 y aumentó nuevamente en el año 2008. En los dos primeros años del trienio la tasa de incidencia de sarcoma fue mayor en hombres que en mujeres y en el año 2008 esta tasa de incidencia fue mayor en el sexo femenino (Gráfico nº 123).

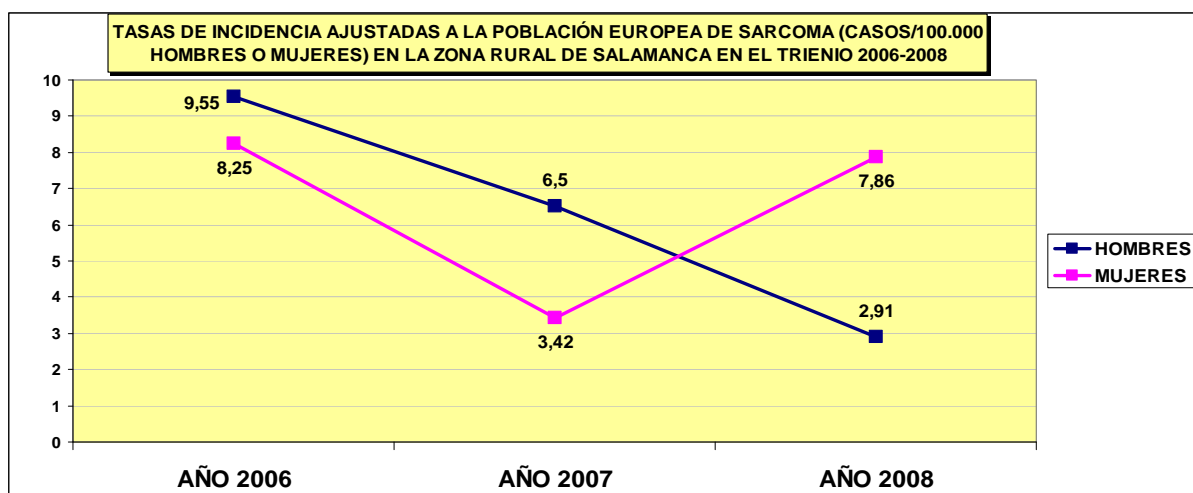


GRÁFICO Nº 123

La edad media de los varones de la provincia de Salamanca en los que se diagnosticó sarcoma en el periodo 2006-2008, fue menor que la edad media de las mujeres en las que se diagnosticó este tipo de tumor en este mismo periodo (Tabla nº 104).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ SARCOMA EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	55,5	65	56,92	65,61	53,91	63,45
MEDIANA (EDAD)	56	72	67,5	63	64,5	64
DESVIACIÓN TÍPICA	21,71	16,94	24,61	12,03	23,46	14,92
EDAD MÍNIMA	22	9	14	48	18	37
EDAD MÁXIMA	83	83	81	84	79	88

TABLA Nº 104

4.26 CÁNCER DE TIROIDES.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de tiroides en el trienio 2006-2008 y en la población global de la provincia de Salamanca, aumentó levemente en el año 2007 con respecto al año 2006, para volver a estabilizarse en el año 2008 (Gráfico nº 124).

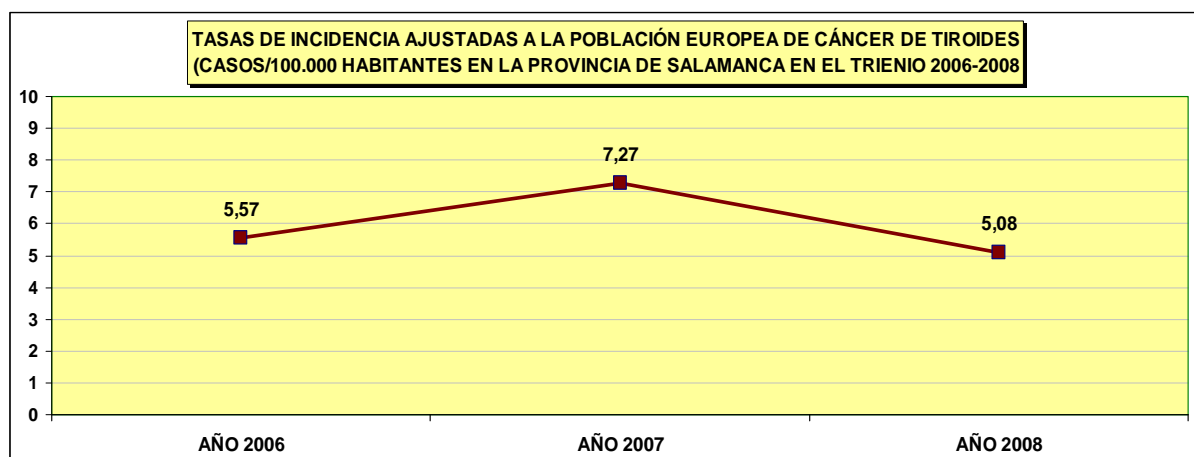


GRÁFICO N° 124

En la provincia de Salamanca comparando ambos sexos, encontramos que la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de tiroides, fue en el sexo femenino superior en todo el trienio a la tasa de incidencia encontrada en el sexo masculino. En mujeres aumentó en el año 2007 con respecto al año 2006, para volver a estabilizarse en el año 2008. En varones disminuyó en los años 2007 y 2008 con respecto al año 2006 (Gráfico nº 125).

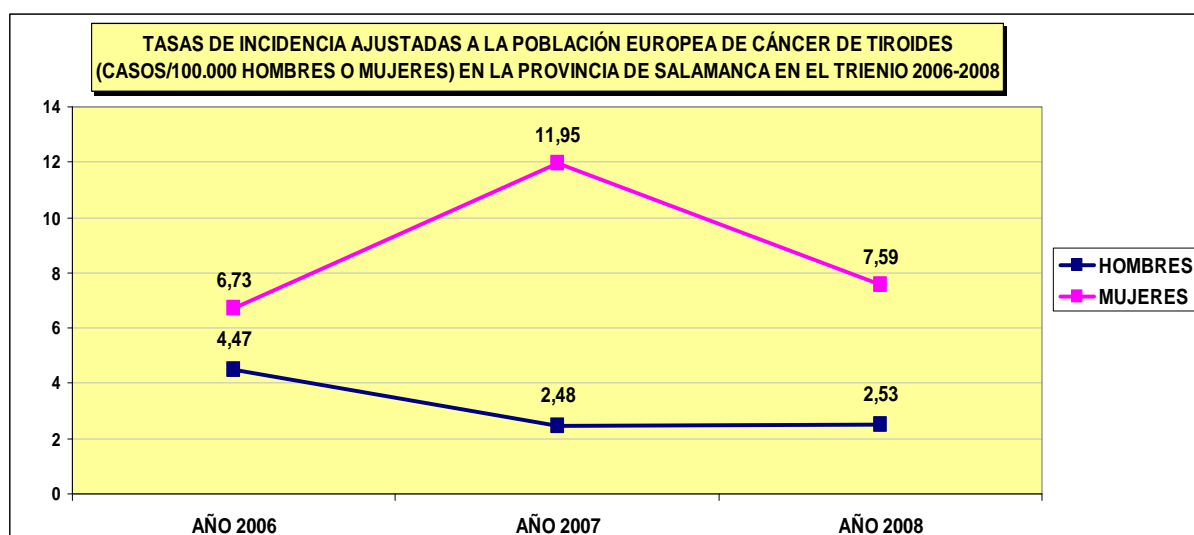


GRÁFICO N° 125

En la ciudad y en la zona rural en el trienio 2006-2008, la tasa de incidencia ajustada a la población europea para este tipo de cáncer, fueron superiores en la ciudad que en la zona rural. La ciudad permaneció con una tasa de incidencia similar en los tres años, y en cambio, en la zona rural aumentó en el año 2007 con respecto al año 2006 y disminuyó en el año 2008 por debajo de la tasa de incidencia de años anteriores (Gráfico nº 126).

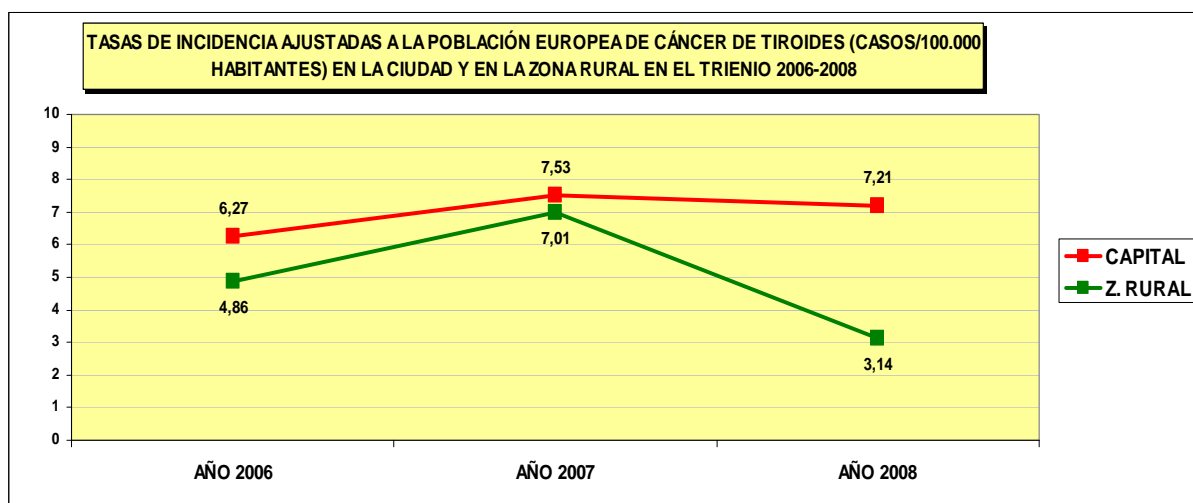


GRÁFICO Nº 126

En la ciudad y distinguiendo entre ambos sexos, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de tiroides, fue similar en el año 2006 en hombres y en mujeres, para aumentar en los dos años siguientes en el sexo femenino, con tasas de incidencia superiores al sexo masculino (Gráfico nº 127).

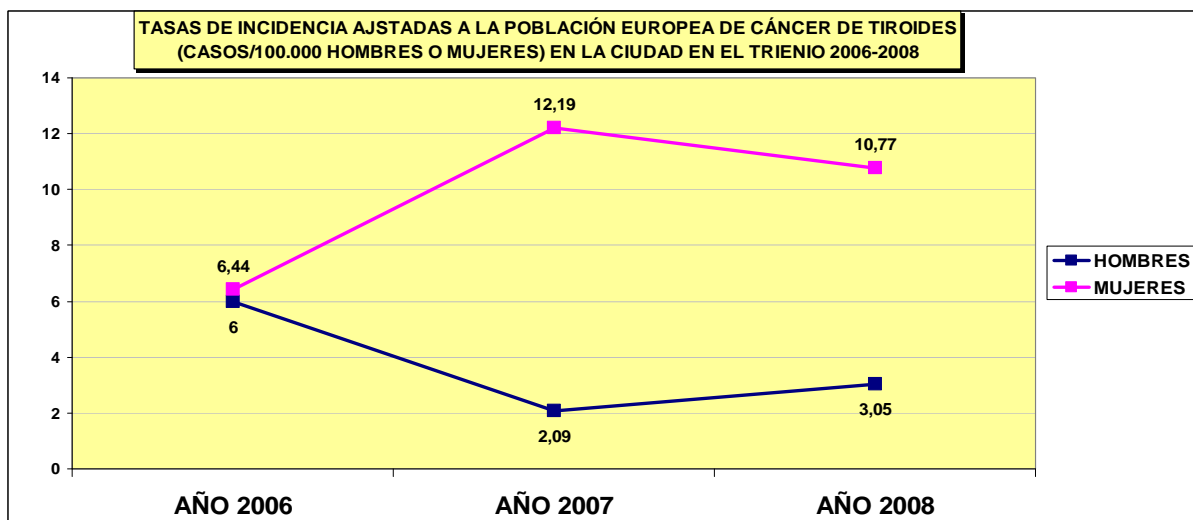


GRÁFICO Nº 127

En la zona rural, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de este tipo de cáncer resulta más elevada en mujeres que en hombres. En mujeres en el año 2007 aumentó con respecto al año 2006 para disminuir en el año 2008 por debajo de la tasa de incidencia de los dos años anteriores. En el sexo masculino, esta tasa de incidencia permaneció con cifras similares en los tres años (Gráfico nº 128).

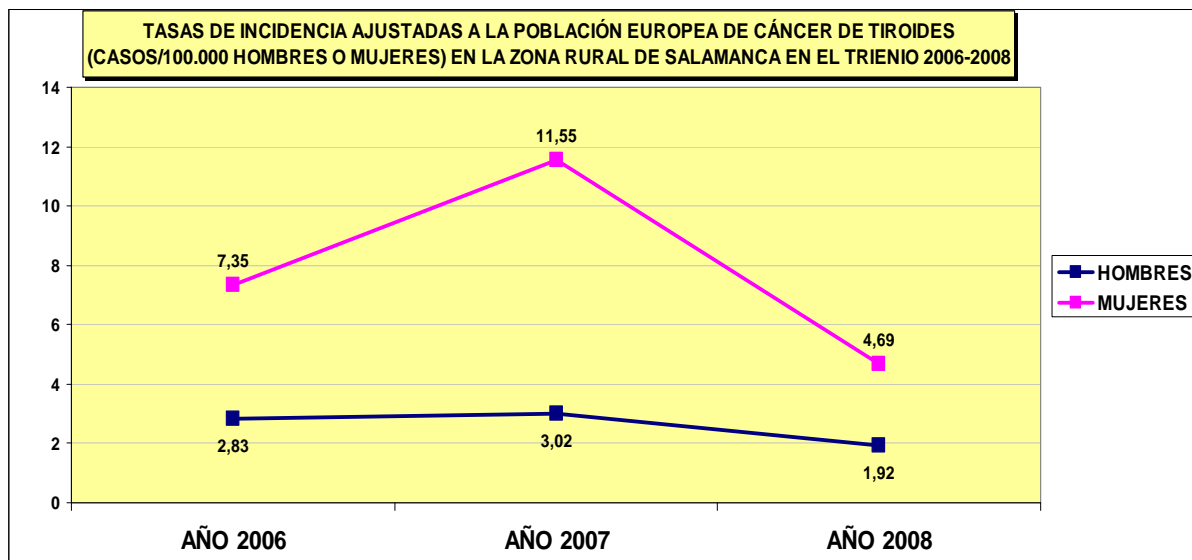


GRÁFICO Nº 128

La edad media de los varones en los que se diagnosticó cáncer de tiroides en el periodo 2006-2008 en la provincia de Salamanca, fue mayor que la edad media de las mujeres en las que se diagnosticó este tipo de tumor en el mismo periodo, salvo en el año 2008 que se invirtió esta tendencia (Tabla nº 105).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE TIROIDES EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	54,25	46,69	62	50,23	50,2	52,66
MEDIANA (EDAD)	53	46	66	54	44	49
DESVIACIÓN TÍPICA	19,95	17,05	10,83	13,65	18,91	15,50
EDAD MÍNIMA	26	28	43	22	27	28
EDAD MÁXIMA	90	79	70	73	73	79

TABLA Nº 105

4.27 CÁNCER DE RIÑÓN.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de riñón en el trienio 2006-2008 y en la población global de la provincia de Salamanca, experimentaron un aumento desde el año 2006 al año 2008 (Gráfico nº 129).

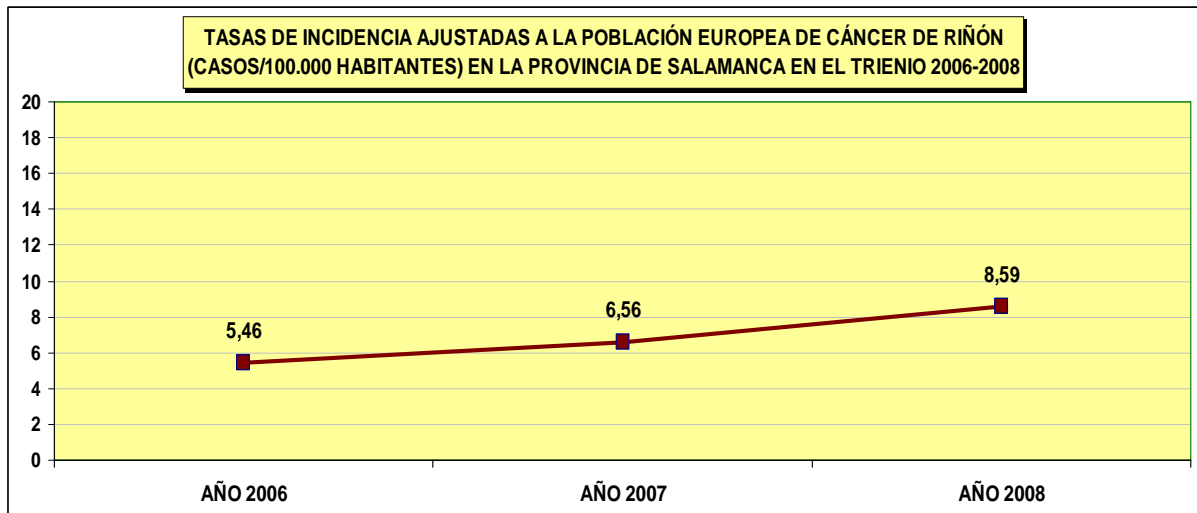


GRÁFICO N° 129

En la provincia de Salamanca y atendiendo a los distintos sexos, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de riñón en el año 2006, fue similar en hombres y mujeres. A partir del año 2006, aumentó significativamente en el sexo masculino, y por el contrario, disminuyó levemente en el sexo femenino (Gráfico nº 130).

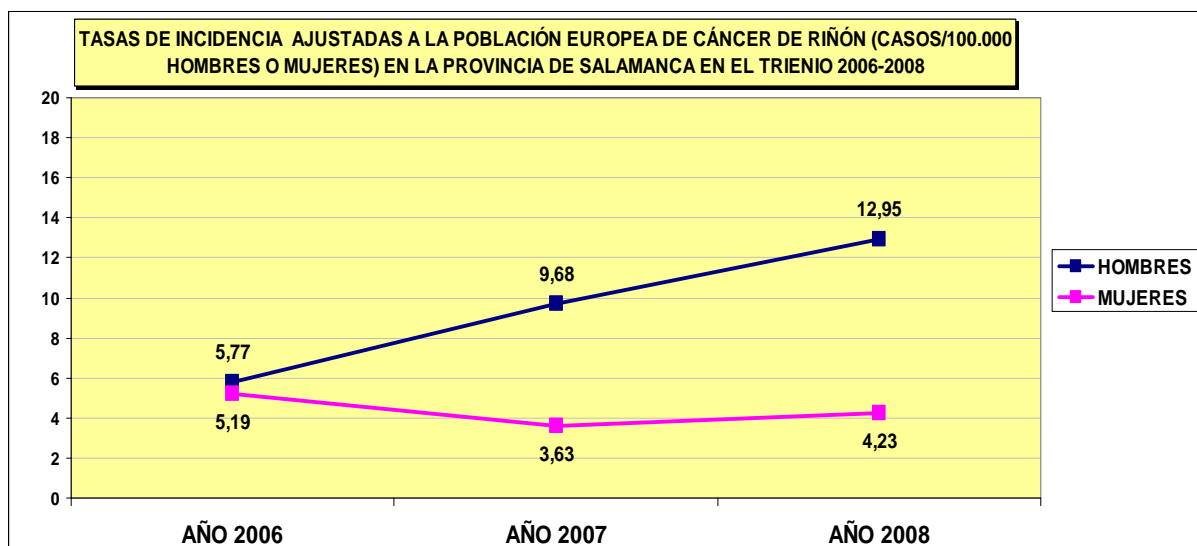


GRÁFICO N° 130

La tasa de incidencia ajustada a la población europea para este tipo de cáncer aumentó tanto en la ciudad como en la zona rural, en cada año del periodo 2006-2008. No obstante, en la ciudad la tasa de incidencia fue superior a la tasa de incidencia de la zona rural en todos los años estudiados (Gráfico nº 131).

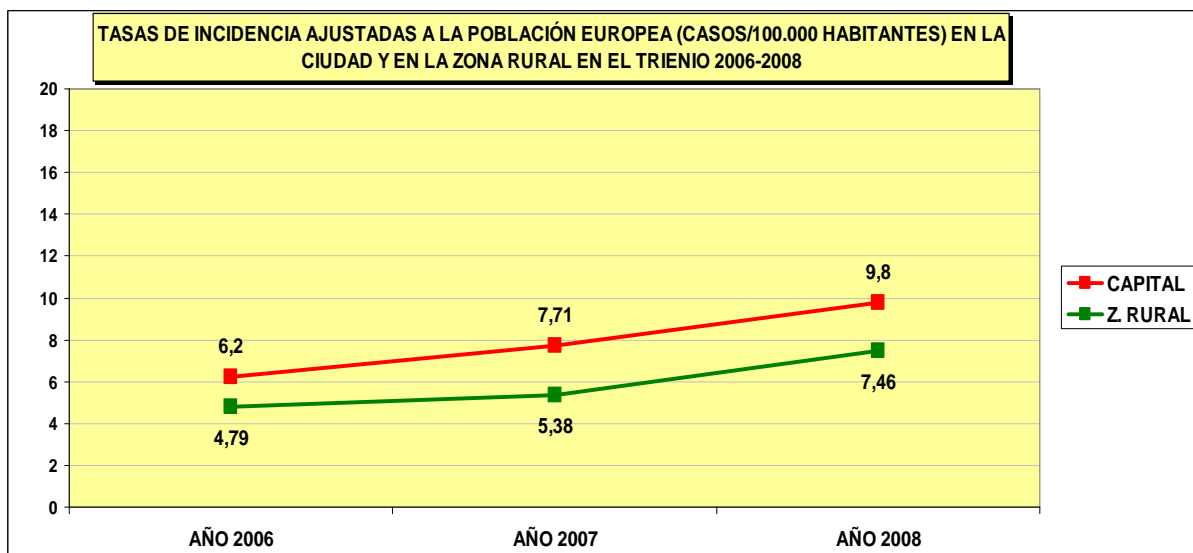


GRÁFICO Nº 131

En la ciudad de Salamanca y estudiando las tasas de incidencia de ambos sexos, los resultados nos mostraron, una mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de riñón en hombres que en mujeres. En el año 2006 esta diferencia fue menor, pero, en los dos años sucesivos se produjo un aumento de la tasa de incidencia en los varones, y una disminución en mujeres (Gráfico nº 132).

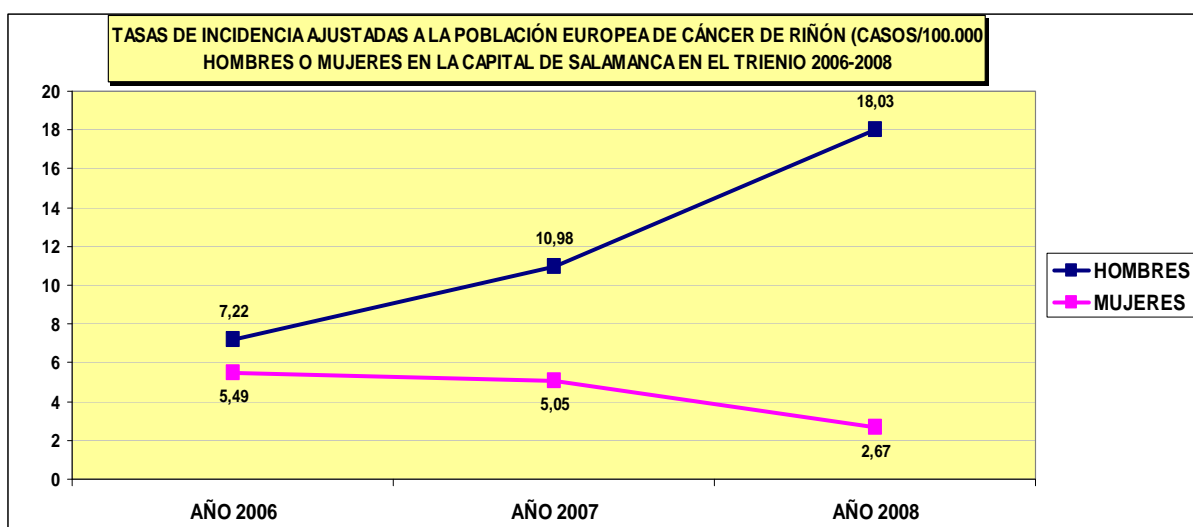


GRÁFICO Nº 132

En la zona rural la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de riñón, fue muy similar en el año 2006 tanto en hombres como en mujeres. En el año 2007 y 2008 se produjo un aumento de la tasa de incidencia en los varones. En mujeres en el año 2007 se produjo una disminución de esta tasa de incidencia para aumentar en el año 2008 por encima de los dos años anteriores (Gráfico nº 133).

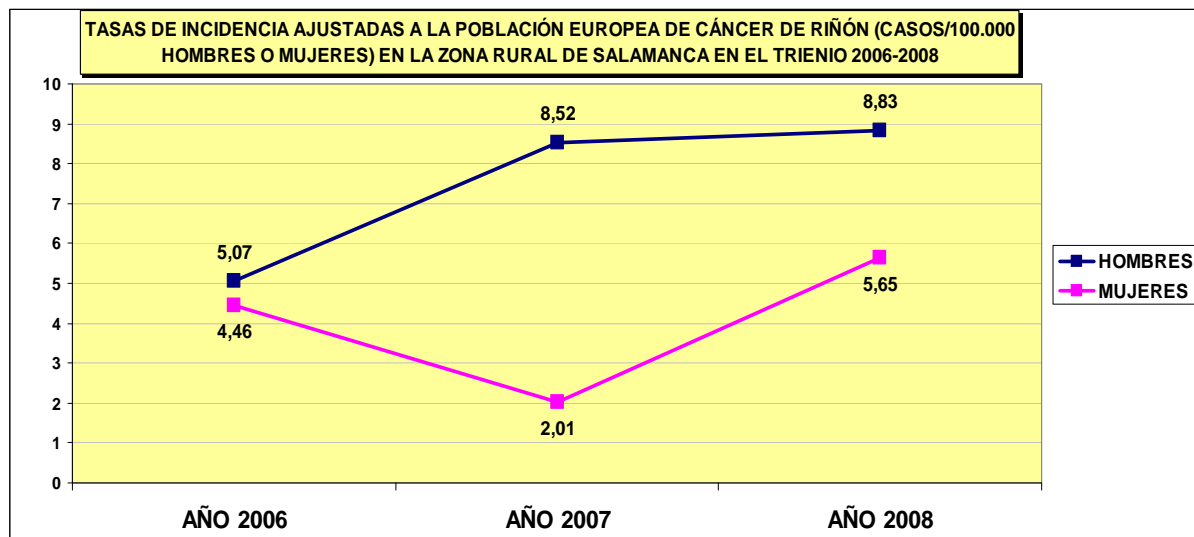


GRÁFICO Nº 133

La edad media de las personas de la provincia de Salamanca en las que fue diagnosticado cáncer de riñón en el trienio 2006-2008 fue similar para ambos sexos en los años 2006 y 2007, pero por el contrario, en el año 2008 esta edad media fue mayor en mujeres que en hombres (Tabla nº 106).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE RIÑÓN EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	64,33	63,81	62,35	63,62	57,26	66,5
MEDIANA (EDAD)	69	61	64,5	68	59	67
DESVIACIÓN TÍPICA	10,11	10,80	12,41	13,58	16,66	8,24
EDAD MÍNIMA	48	47	38	45	3	55
EDAD MÁXIMA	75	78	84	85	83	80

TABLA Nº 106

4.28 CÁNCER DE ESÓFAGO.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de esófago en el trienio 2006-2008 en la población global de la provincia de Salamanca, sufrió un leve incremento desde el año 2006 al año 2008 (Gráfico nº 134).

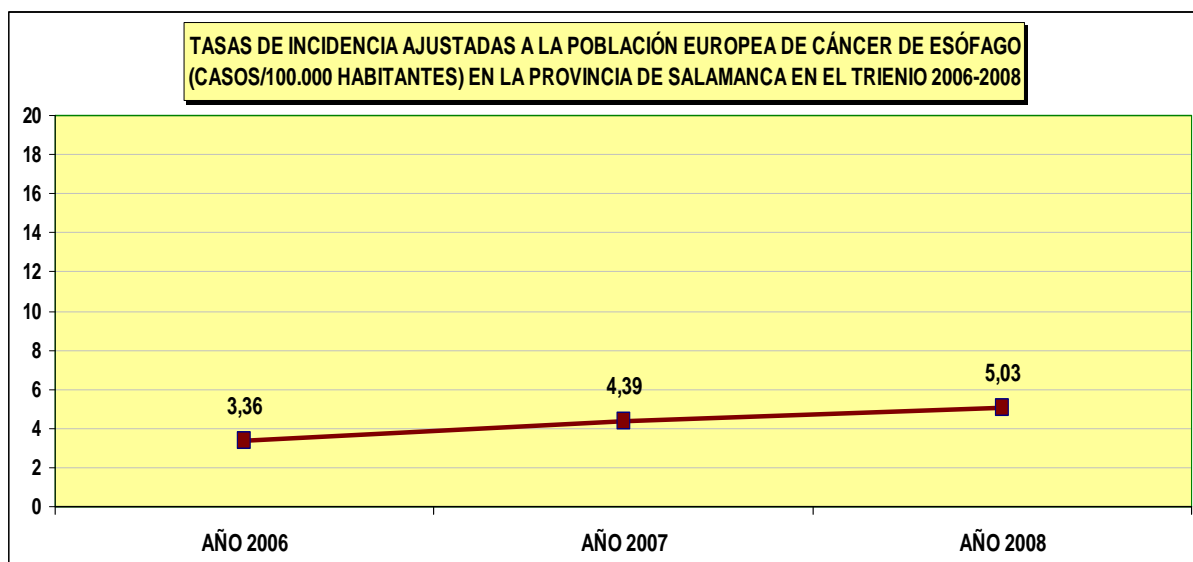


GRÁFICO Nº 134

En la provincia de Salamanca la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de esófago, fue más elevada en hombres que en mujeres. En el sexo masculino esta tasa de incidencia se fue incrementando desde el año 2006 año 2008. En el sexo femenino la tasa de incidencia fue similar en los tres años (Gráfico nº 135).

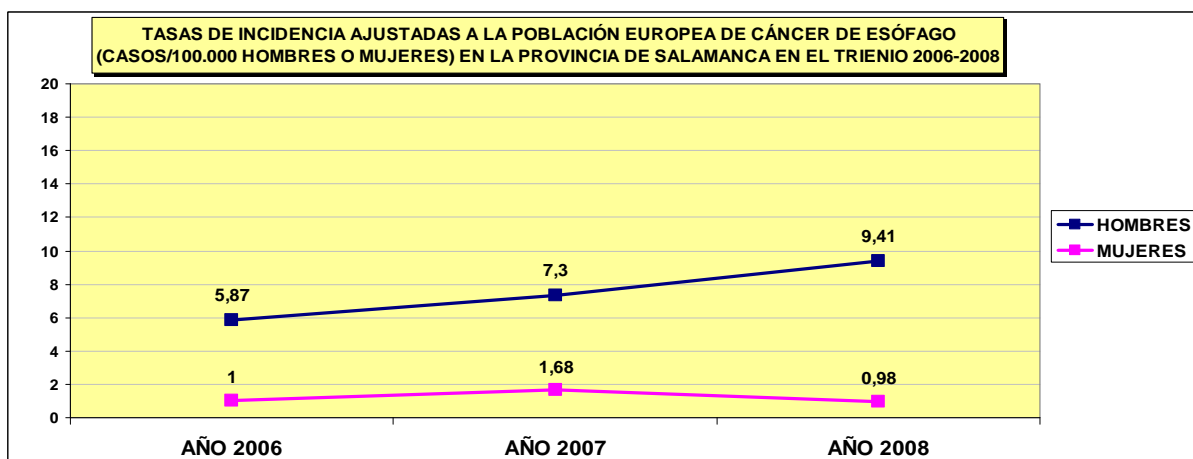


GRÁFICO Nº 135

La tasa de incidencia de cáncer de esófago en la ciudad y en la zona rural, nos dio como resultado, que esta tasa de incidencia fue en el año 2006 menor en la ciudad que en la zona rural, aumentando en el año 2007 en la ciudad, por encima de la tasa de incidencia de la zona rural, e igualándose ambas tasas de incidencia en el año 2008 (Gráfico nº 136).

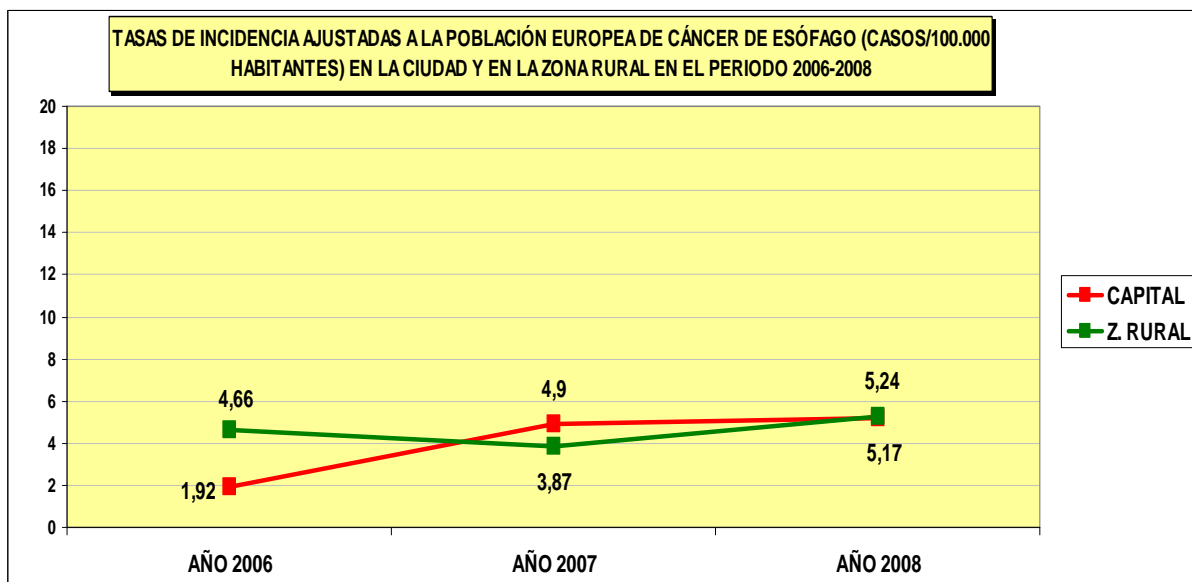


GRÁFICO N° 136

Los resultados en la ciudad, nos señalaron que la tasa de incidencia de este tumor fue significativamente mayor en hombres que en mujeres. En el sexo masculino aumentó progresivamente año a año, y por el contrario en el sexo femenino no se encontró ningún caso en el año 2006 y en el año 2008 la tasa de incidencia fue muy baja (Gráfico nº 137).

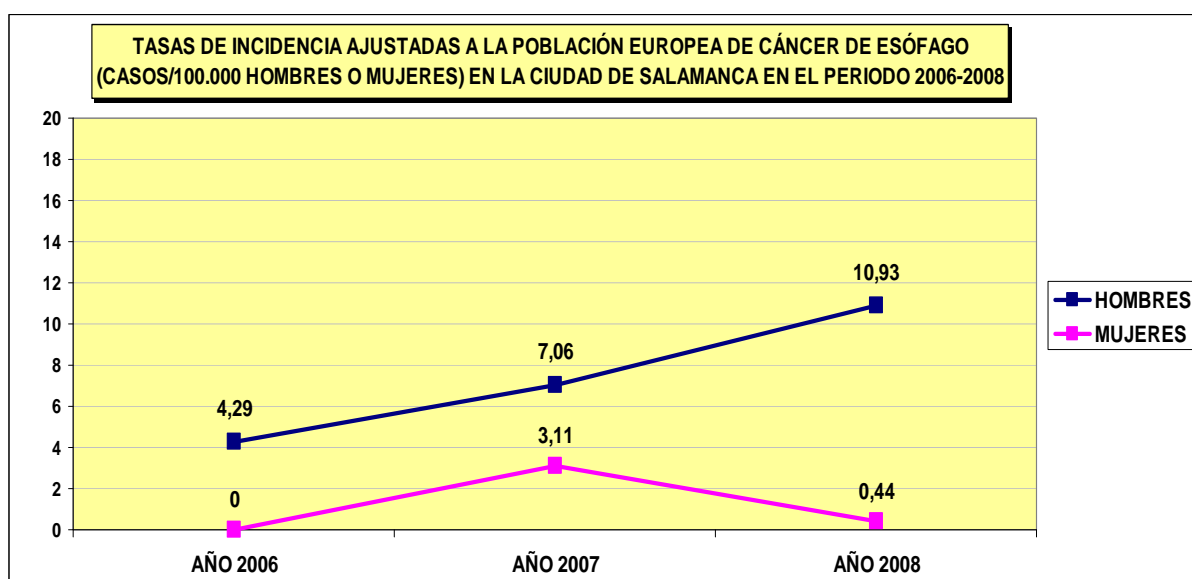


GRÁFICO N° 137

En la zona rural, esta tasa de incidencia fue más elevada en el sexo masculino que en el sexo femenino. En hombres la tasa de incidencia se elevó levemente desde el año 2006 al año 2008 y en mujeres la tasa de incidencia fue bastante baja en los años 2006 y 2008, no encontrándose ningún caso en el año 2007 (Gráfico nº 138).

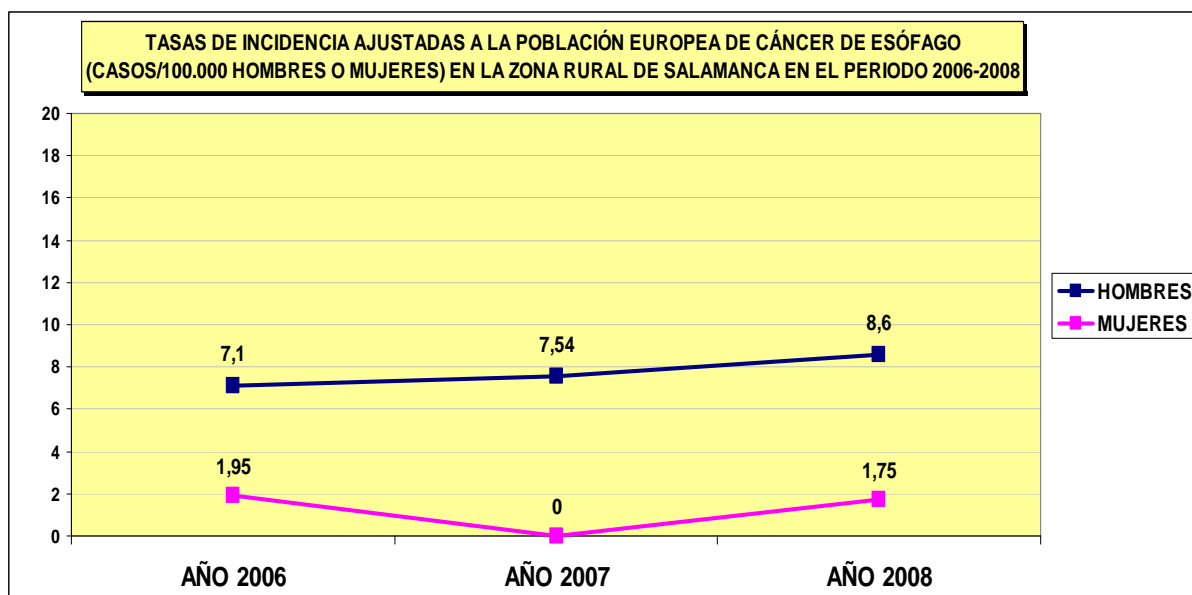


GRÁFICO Nº 138

La edad media de las personas en las que se diagnosticó cáncer de esófago en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, fue muy similar para ambos sexos en los dos primeros años, pero por el contrario, en el año 2008 esta edad media fue mayor en mujeres que en hombres (Tabla nº 107).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE ESÓFAGO EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	62,15	63	62,57	60	63,36	71
MEDIANA (EDAD)	63	63	63	58	63	78
DESVIACIÓN TÍPICA	15,09	2,82	11,17	10,14	11,30	15,71
EDAD MÍNIMA	36	61	45	51	43	53
EDAD MÁXIMA	82	65	78	71	85	82

TABLA Nº 107

4.29 CÁNCER DE HÍGADO Y VÍAS BILIARES.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de hígado y vías biliares en el periodo 2006-2008 en la población global de la provincia de Salamanca, mantuvo en los tres años, una tasa de incidencia similar (Gráfico nº 139).

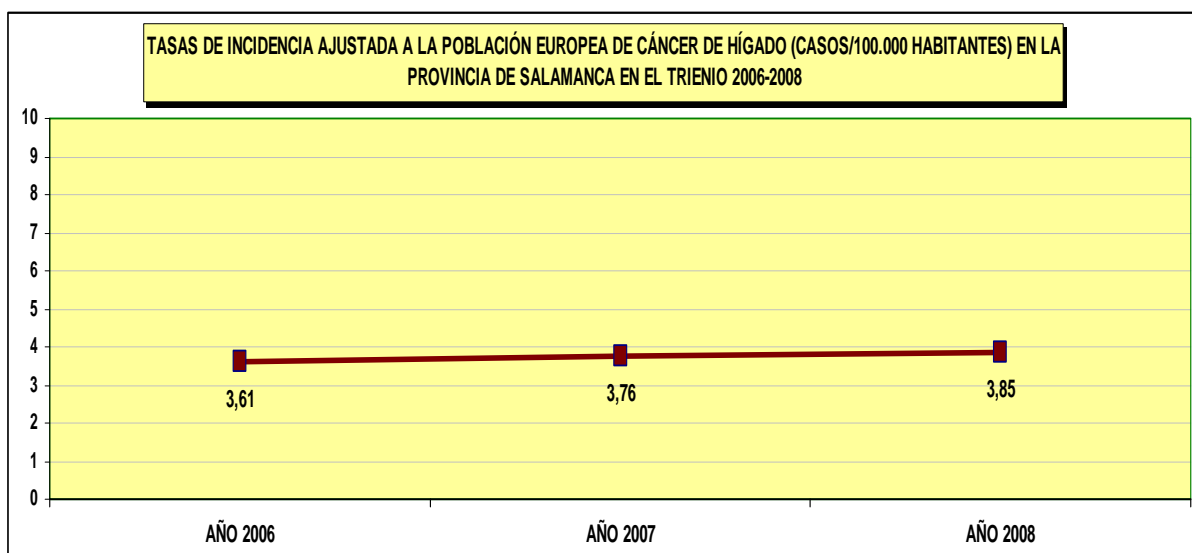


GRÁFICO N° 139

En la provincia de Salamanca y distinguiendo entre ambos sexos, encontramos que las tasas de incidencia en hombres y mujeres, son similares (Gráfico nº 140).

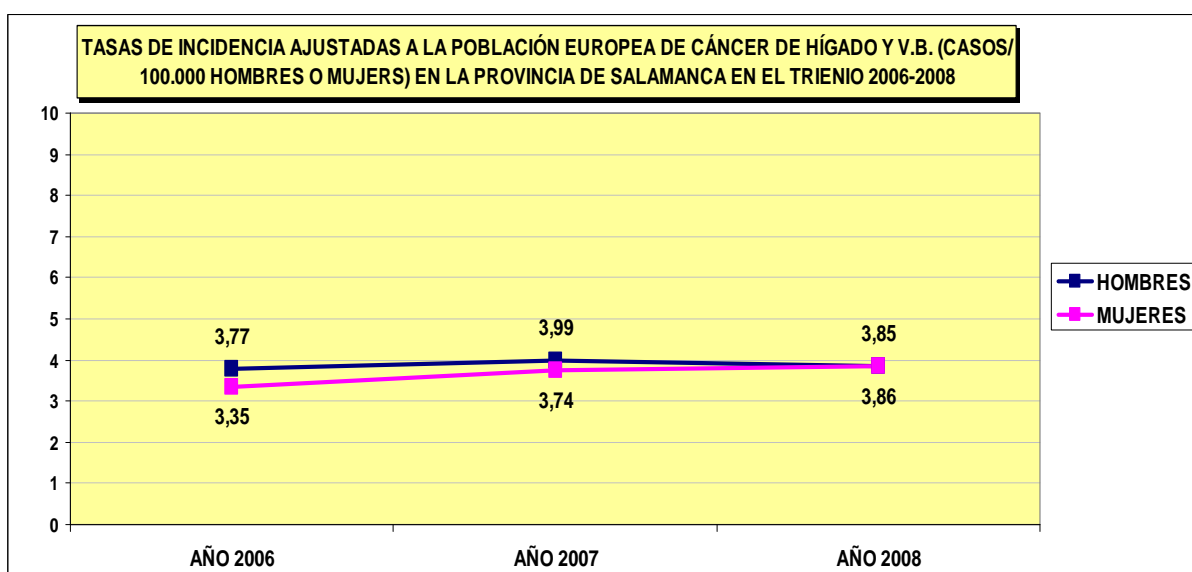


GRÁFICO N° 140

Comparando las tasas de incidencia de la ciudad y de la zona rural, el resultado obtenido nos mostró que las tasas de incidencia de cáncer de hígado y vías biliares fueron muy similares en los años 2006 y 2007, aumentando en la ciudad en el año 2008 y disminuyendo en la zona rural en ese mismo año (Gráfico nº 141).

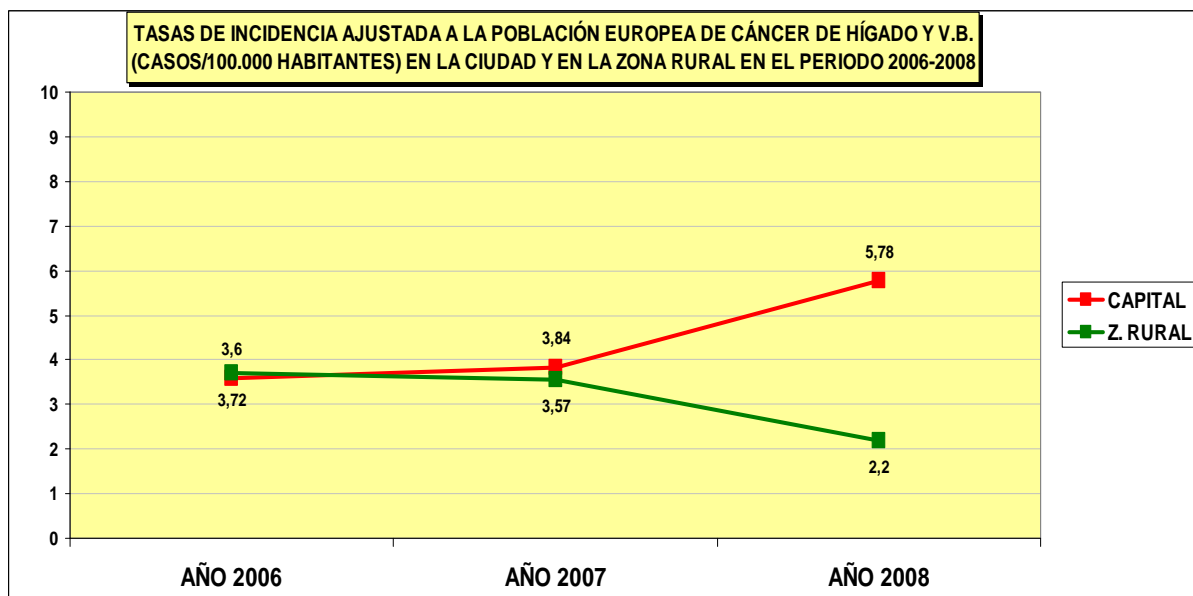


GRÁFICO Nº 141.

En la ciudad de Salamanca, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de este tipo de cáncer fue algo más elevada en los años 2006 y 2007 en mujeres que en hombres. Por el contrario, en el año 2008 esta tasa de incidencia fue más elevada en el sexo masculino que en el sexo femenino (Gráfico nº 142).

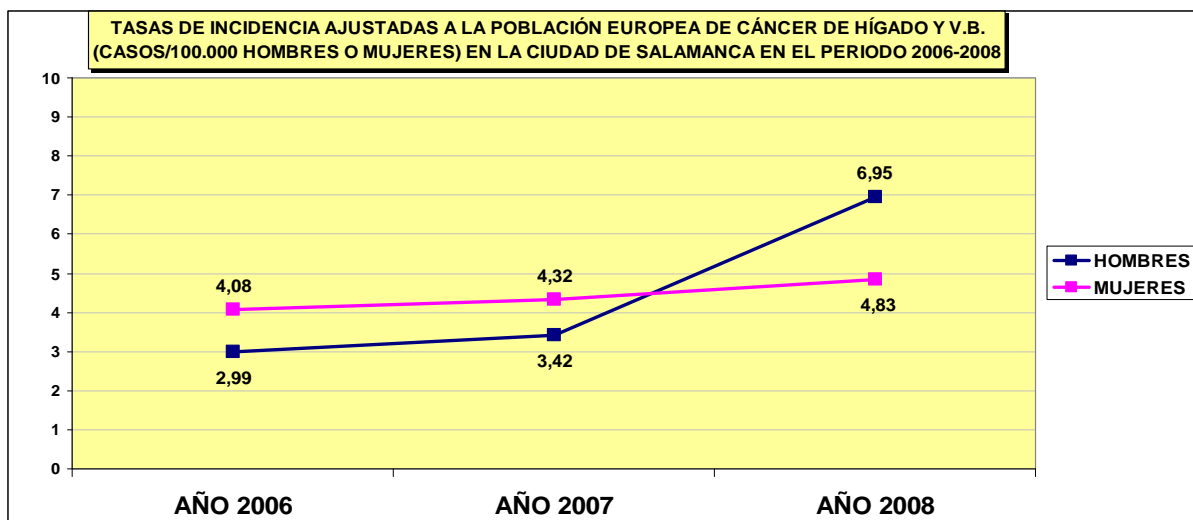


GRÁFICO Nº 142

En la zona rural, en los años 2006 y 2007 la tasa de incidencia en los varones fue más elevada que la tasa de incidencia en las mujeres. Pero en el año 2008 la tasa de incidencia en varones descendió por debajo de la tasa de incidencia en mujeres (Gráfico nº 143).

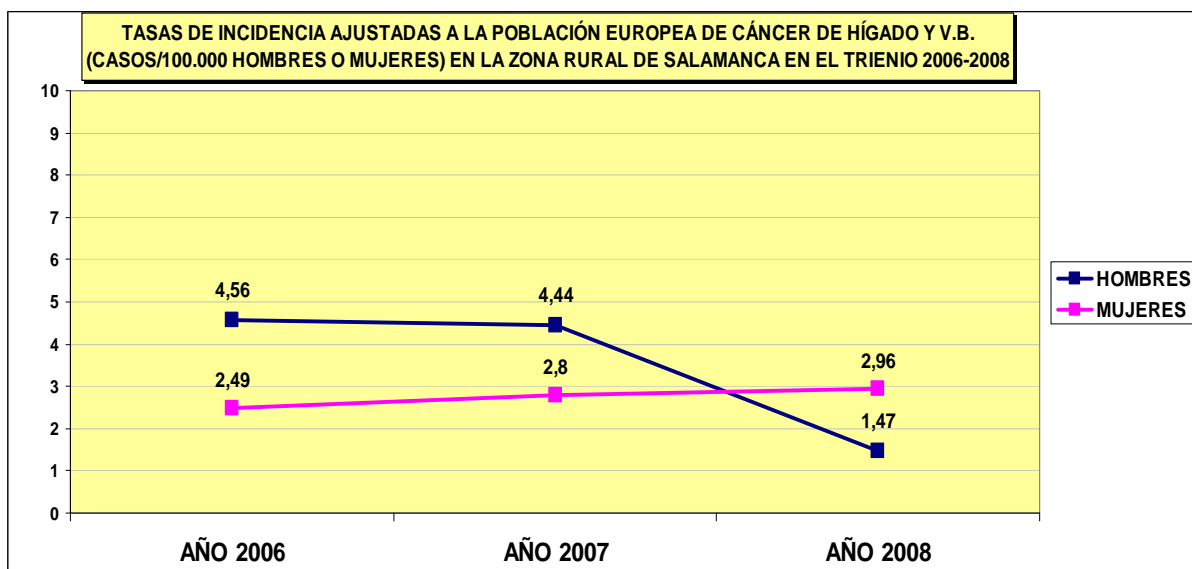


GRÁFICO Nº 143

La edad media y la edad mediana de las personas de ambos sexos en las que se diagnosticó cáncer de hígado y vías biliares en el periodo 2006-2008 se situó en dicho periodo en la década de edad de los 60 años y principio de la década de edad de los 70 años (Tabla nº 108)

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE HÍGADO Y V.B. EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	61	69,44	71,4	61,77	68,11	70,54
MEDIANA (EDAD)	64,5	70	71,5	63	71	73
DESVIACIÓN TÍPICA	13,40	6,72	11,52	15,96	8,40	9,36
EDAD MÍNIMA	40	70	54	41	52	52
EDAD MÁXIMA	80	69	87	80	78	81

TABLA Nº 108

4.30 CÁNCER DE PANCREAS.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de páncreas en el trienio 2006-2008 en la población global de la provincia de Salamanca, se mantuvo con una tasa muy similar en los dos primeros años, para aumentar levemente en el año 2008 (Gráfico nº 144).

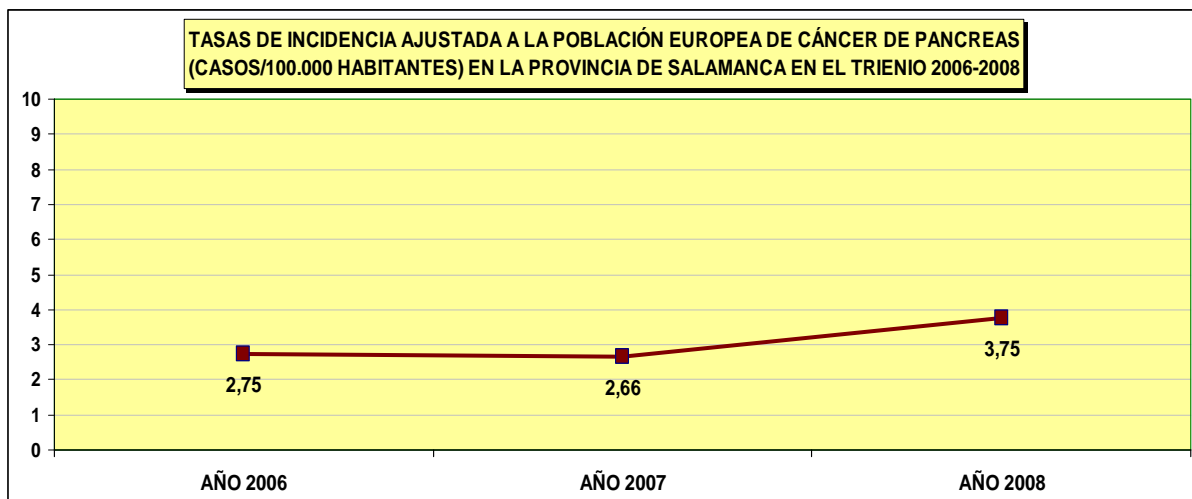


GRÁFICO N° 144

En la provincia de Salamanca, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de páncreas fue más elevada en los años 2006 y 2008 en hombres que en mujeres, por el contrario en el año 2007 esta tasa de incidencia fue mayor en el sexo femenino (Gráfico nº 145).

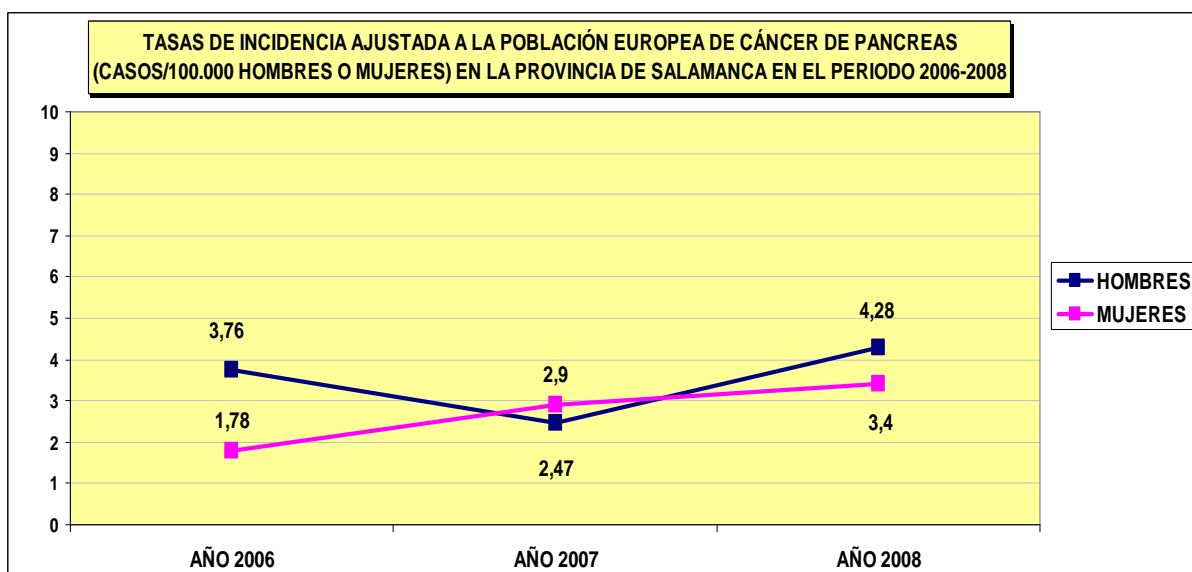


GRÁFICO N° 145

Comparando los resultados obtenidos en la ciudad y en la zona rural, encontramos que esta tasa de incidencia fue algo más elevada en los años 2006 y 2007 en la ciudad que en la zona rural, y por el contrario, en el año 2008, esta tasa de incidencia fue más elevada en la zona rural que en la ciudad (Gráfico nº 146).

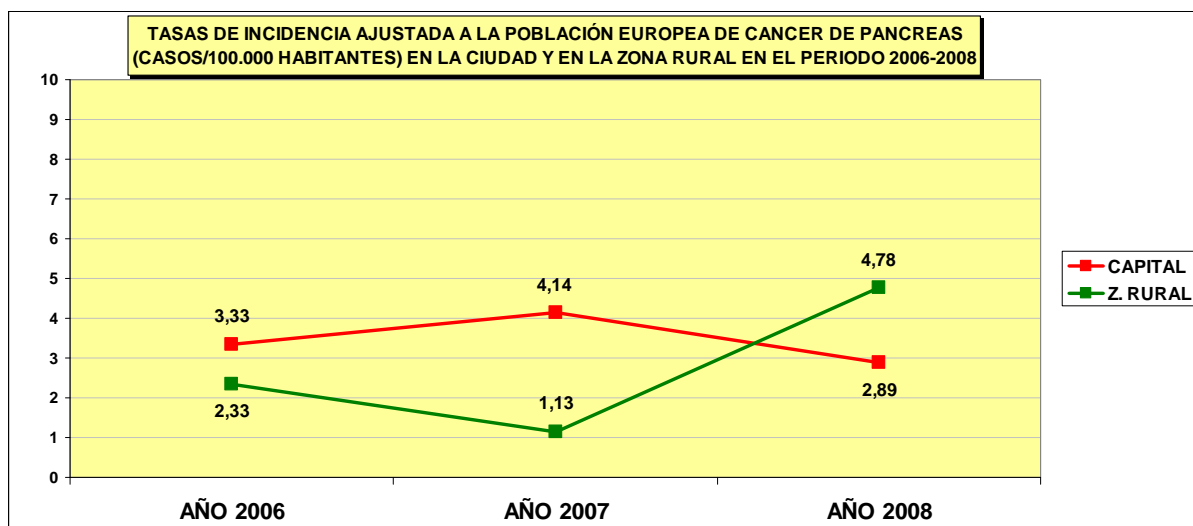


GRÁFICO Nº 146

En la ciudad y distinguiendo entre ambos sexos, los resultados obtenidos, nos mostraron, que en el año 2006 la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de páncreas, fue más elevada en el sexo masculino que en el sexo femenino. En cambio, en los años 2007 y 2008, esta tasa de incidencia se igualó y descendió progresivamente para ambos sexos (Gráfico nº 147).

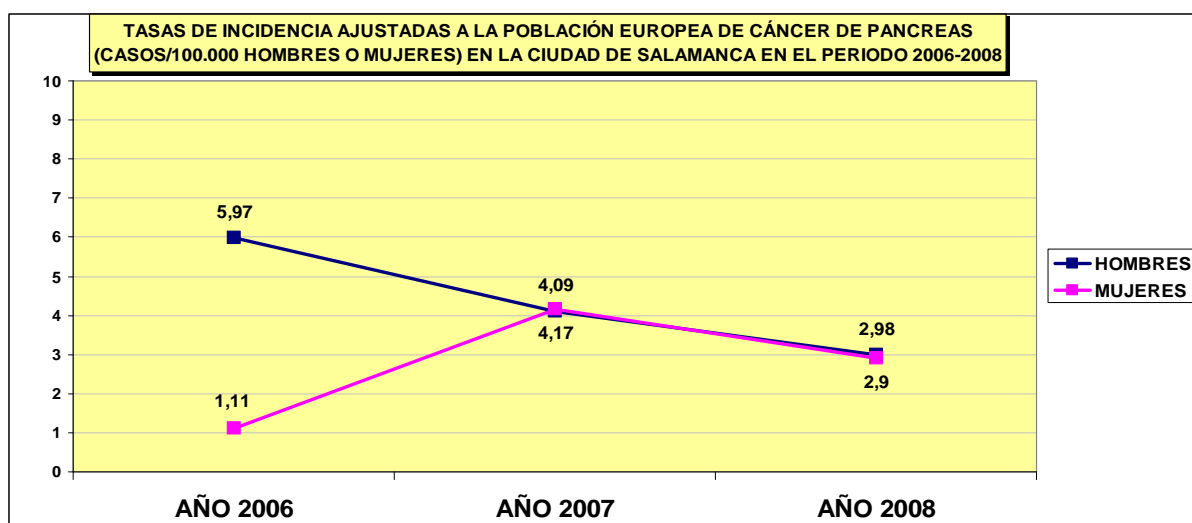


GRÁFICO Nº 147

En la zona rural, los resultados obtenidos para ambos sexos, nos muestran que la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de páncreas, fue similar en cada uno de los años del periodo. En el año 2007 la tasa de incidencia de este tipo de tumor descendió tanto en hombres como en mujeres con respecto al año 2006 y en el año 2008 se produjo un significativo aumento en ambos sexos (Gráfico nº 148).

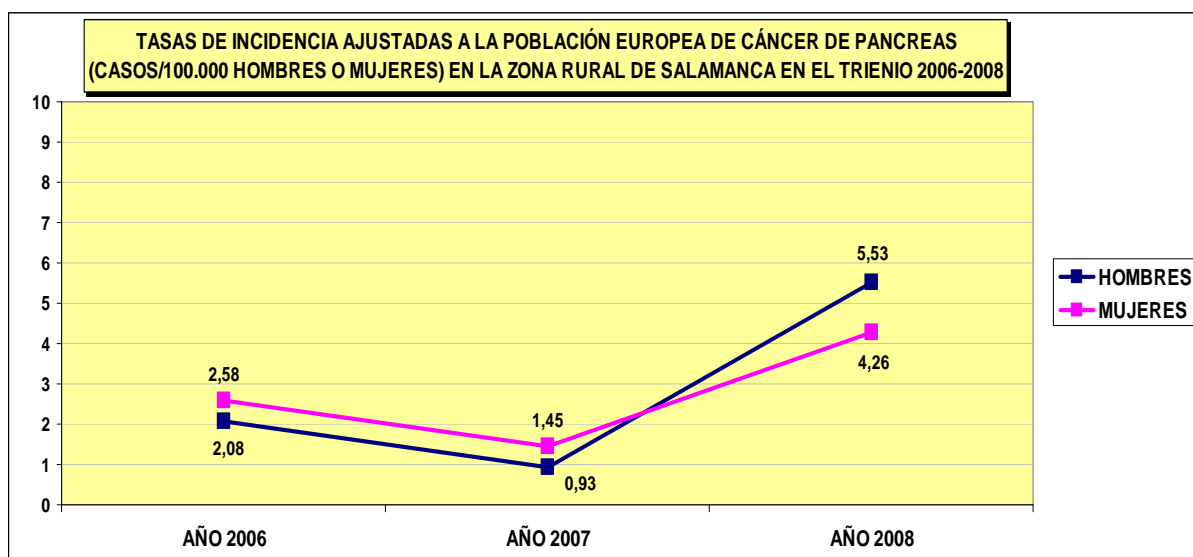


GRÁFICO Nº 148

En la siguiente tabla, vienen reflejados los resultados de las medidas estadísticas con respecto a la edad de los pacientes de ambos sexos que fueron diagnosticados de cáncer de páncreas en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Tabla nº 109).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE PANCREAS EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	64,25	69	66,4	61,6	68,2	55,16
MEDIANA (EDAD)	67,5	73	69	59	69,5	55,5
DESVIACIÓN TÍPICA	12,18	7,84	9,23	7,82	8,94	11,47
EDAD MÍNIMA	41	60	56	54	51	41
EDAD MÁXIMA	74	76	78	74	80	74

TABLA Nº 109

4.31 CÁNCER DE SISTEMA NERVIOSO.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de sistema nervioso en el trienio 2006-2008, en la población global de la provincia de Salamanca, fue similar en los años 2006 y 2008 y disminuye en el año 2007 (Gráfico nº 149).

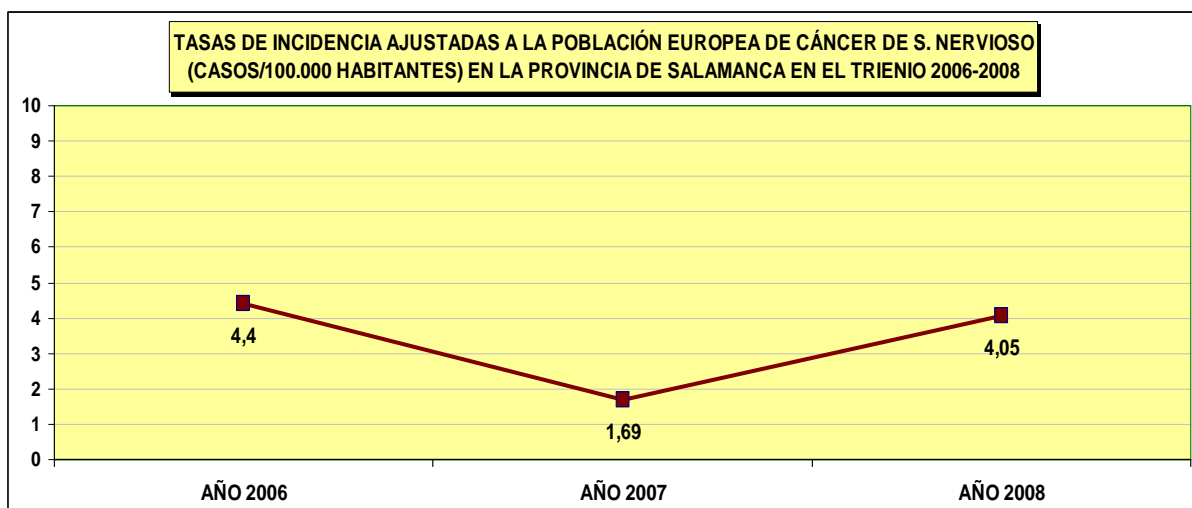


GRÁFICO Nº 149

En la provincia de Salamanca, la tasa de incidencia de cáncer de sistema nervioso en ambos sexos, fue algo más elevada en el año 2006 en el sexo masculino que en el sexo femenino, y se mantuvo en cifras similares para ambos sexos, en los dos siguientes años. Igualmente, observamos que tanto en hombres como en mujeres, esta tasa de incidencia disminuyó en el año 2007 (Gráfico nº 150).

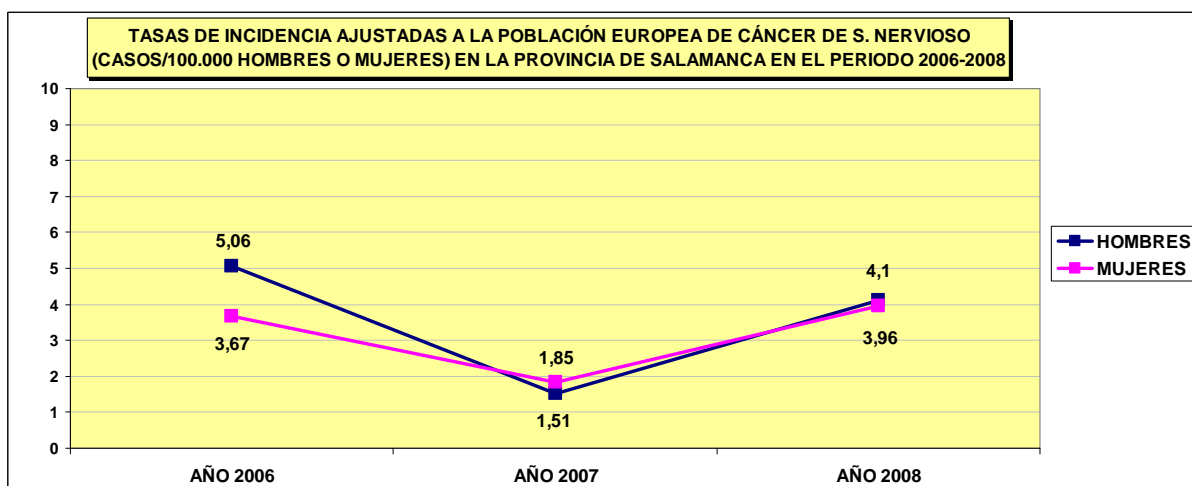


GRÁFICO Nº 150

Las tasas de incidencia ajustadas a la población europea para este tipo de tumor en la ciudad y en la zona rural, fueron en los tres años muy similares tanto en la ciudad como en la zona rural (Gráfico nº 151).

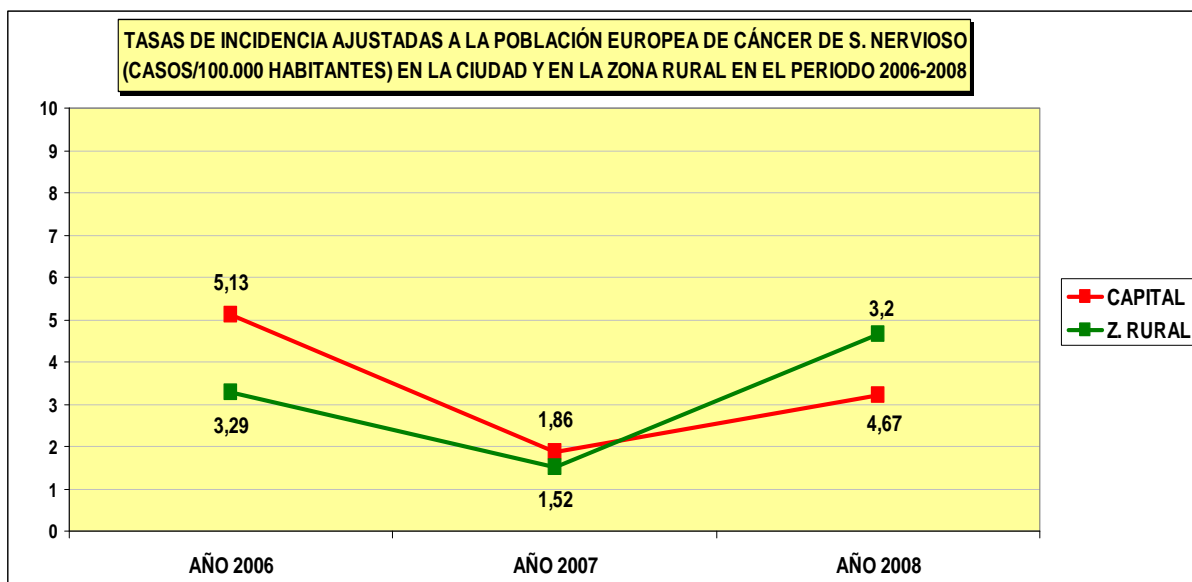


GRÁFICO Nº 151

En la ciudad y distinguiendo entre ambos sexos, encontramos como resultado, una tasa de incidencia mayor en hombres que en mujeres en el año 2006, por el contrario esta tasa de incidencia fue algo mayor en el sexo femenino en el año 2007 y fue bastante similar para ambos sexos en el año 2008 (Gráfico nº 152).

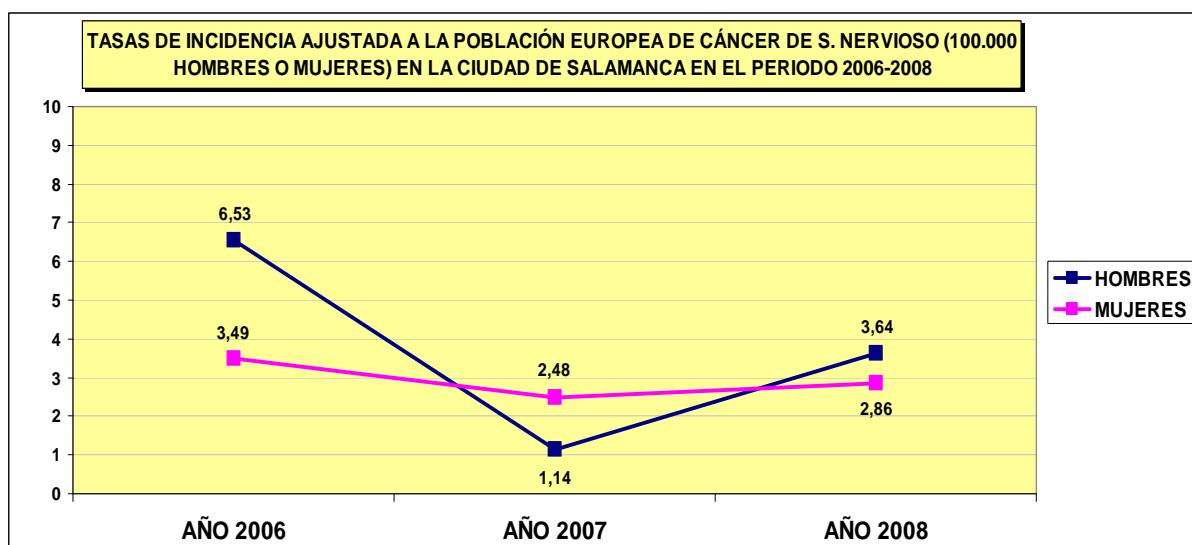


GRÁFICO Nº 152

En la zona rural y considerando ambos sexos, esta tasa de incidencia, disminuyó en hombres y en mujeres en el año 2007 con respecto al año 2006 y volvió a aumentar en el año 2008 (Gráfico nº 153).

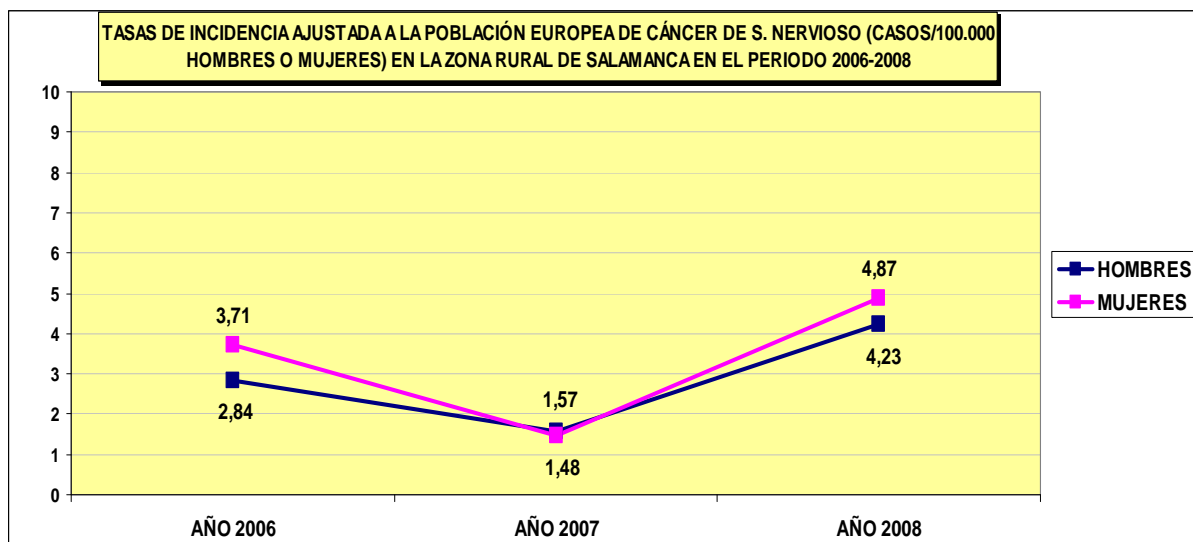


GRÁFICO Nº 153

En la siguiente tabla, vienen reflejados los resultados de las medidas estadísticas con respecto a la edad de los pacientes de ambos sexos que fueron diagnosticados de cáncer del sistema nervioso en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Tabla nº 110).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE S. NERVIOSO EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	36,85	55,57	45	64,8	51,57	63,44
MEDIANA (EDAD)	29	56	43	67	54	71
DESVIACIÓN TÍPICA	26,13	13,87	24,06	14,58	15,28	22,35
EDAD MÍNIMA	1	38	22	40	22	7
EDAD MÁXIMA	69	70	70	76	68	81

TABLA Nº 110

4.32 CÁNCER DE VULVA.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de vulva en el periodo 2006-2008, en la población femenina de la provincia de Salamanca, fue similar en los tres años (Gráfico nº 154).

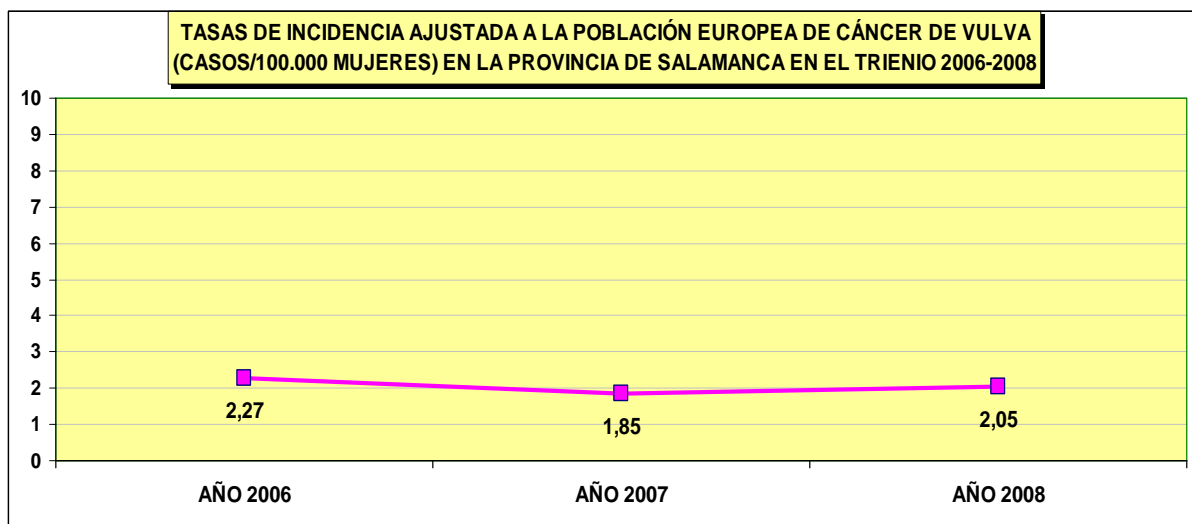


GRÁFICO Nº 154

Los resultados obtenidos en la zona rural y en la ciudad, nos mostraron una mayor tasa de incidencia para este tipo de cáncer en el año 2006 en la ciudad que en la zona rural, por el contrario, en los años 2007 y 2008 esta tasa de incidencia fue mayor en la zona rural (Gráfico nº 155).

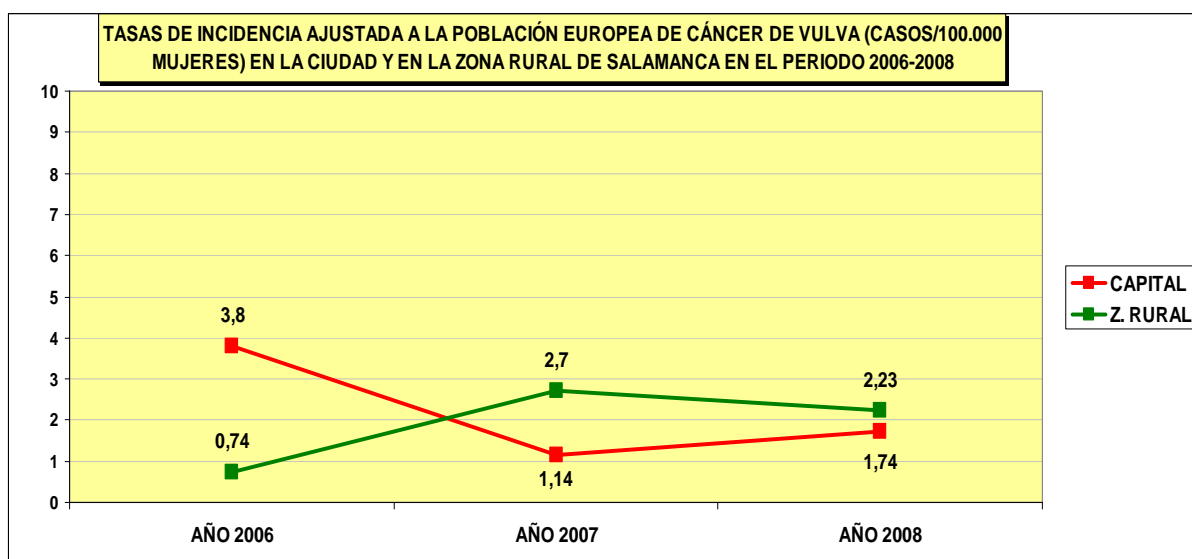


GRÁFICO Nº 155

La edad media de las mujeres en las que se diagnosticó cáncer de vulva en el periodo 2006-2008 se situó en los 75,5 años en el año 2006, en los 80,11 años en el año 2007 y en los 79,62 años en el año 2008. La edad mediana fue muy similar en los tres años del periodo estudiado (Tabla nº 111).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE VULVA EN MUJERES LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
EDAD MEDIA	75,5	80,11	79,62
MEDIANA (EDAD)	83,5	84	85
DESVIACIÓN TÍPICA	17,93	11,65	14,11
EDAD MÍNIMA	40	52	57
EDAD MÁXIMA	92	89	94

TABLA N° 111

4.33 CÁNCER DE TESTÍCULO.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de testículo en el trienio 2006-2008, en los varones de la provincia de Salamanca, aumentó en el año 2007 con respecto al año 2006, para descender en el año 2008 (Gráfico nº 156).

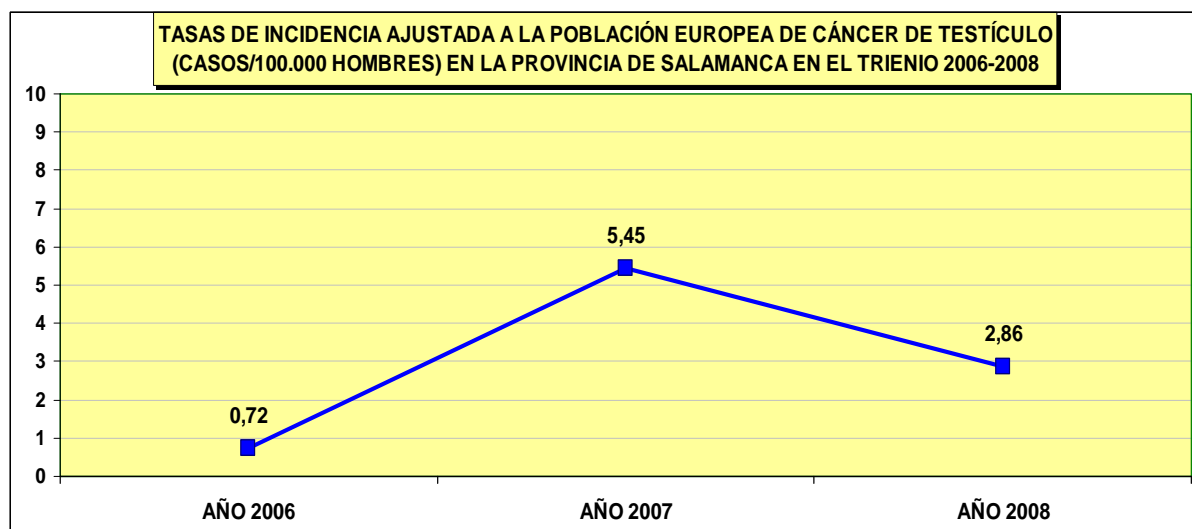


GRÁFICO Nº 156

En los varones de la zona rural esta tasa de incidencia fue más elevada en los años 2006 y 2007 que en los varones de la ciudad, destacando este último año con una tasa de incidencia que dobló a la tasa de incidencia de la ciudad. En cambio, en el año 2008 no se diagnosticó ningún caso de cáncer de testículo en la zona rural. En la ciudad esta tasa de incidencia aumentó progresivamente desde el año 2006 en que no se diagnosticó ningún caso, al año 2008 (Gráfico nº 157).

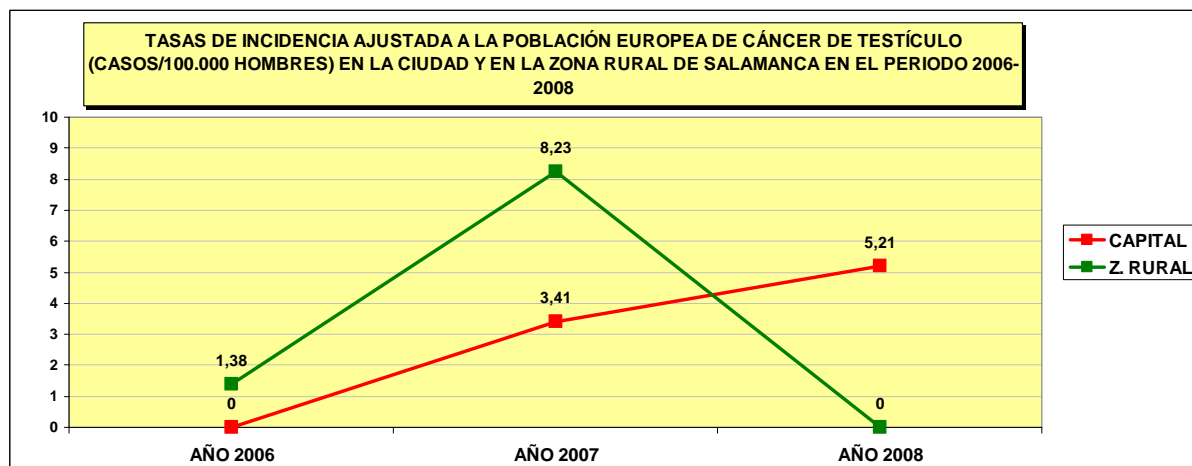


GRÁFICO Nº 157

La edad media y la edad mediana de los varones en los que se diagnosticó cáncer de testículo en el trienio 2006-2008, varió mucho entre el año 2006 y los dos siguientes años debido al escaso número de casos diagnosticados (Tabla nº 112).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE TESTÍCULO EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
EDAD MEDIA	54	28,33	31,4
MEDIANA (EDAD)	54	25	31
DESVIACIÓN TÍPICA	0	6,63	4,09
EDAD MÍNIMA	54	21	28
EDAD MÁXIMA	54	37	38

TABLA Nº 112

4.34 CÁNCER DE INTESTINO DELGADO.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de intestino delgado en el trienio 2006-2008, en la población global de la provincia de Salamanca, disminuyó en los años 2007 y 2008 con respecto al año 2006 (Gráfico nº 158).

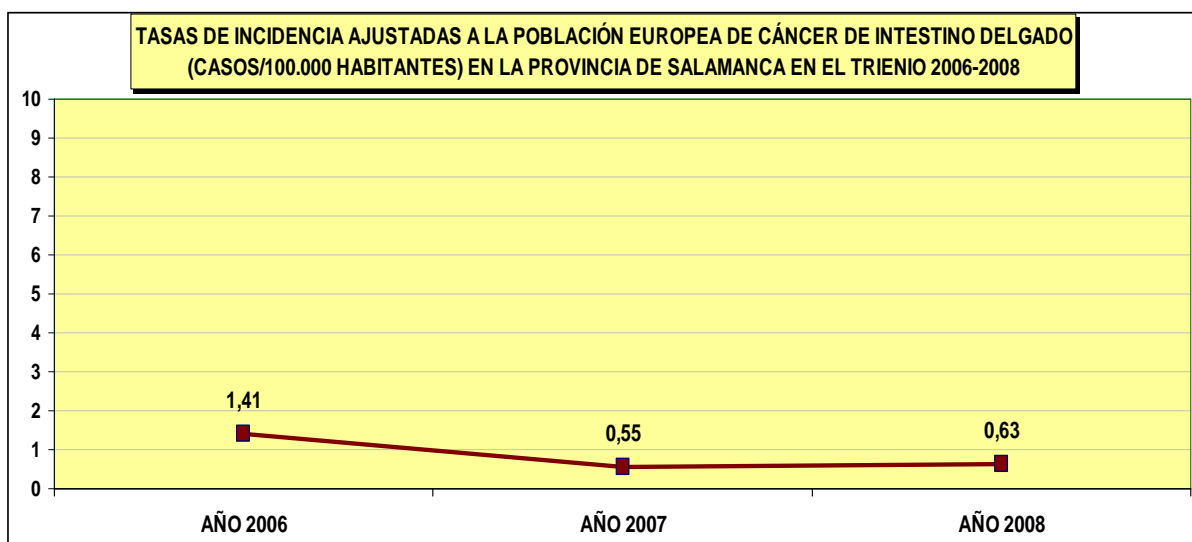


GRÁFICO Nº 158

En la provincia de Salamanca y distinguiendo entre ambos sexos, esta tasa de incidencia fue muy similar en ambos sexos en cada uno de los tres años estudiados. No obstante, fue siempre algo menor en mujeres que en hombres (Gráfico nº 159).

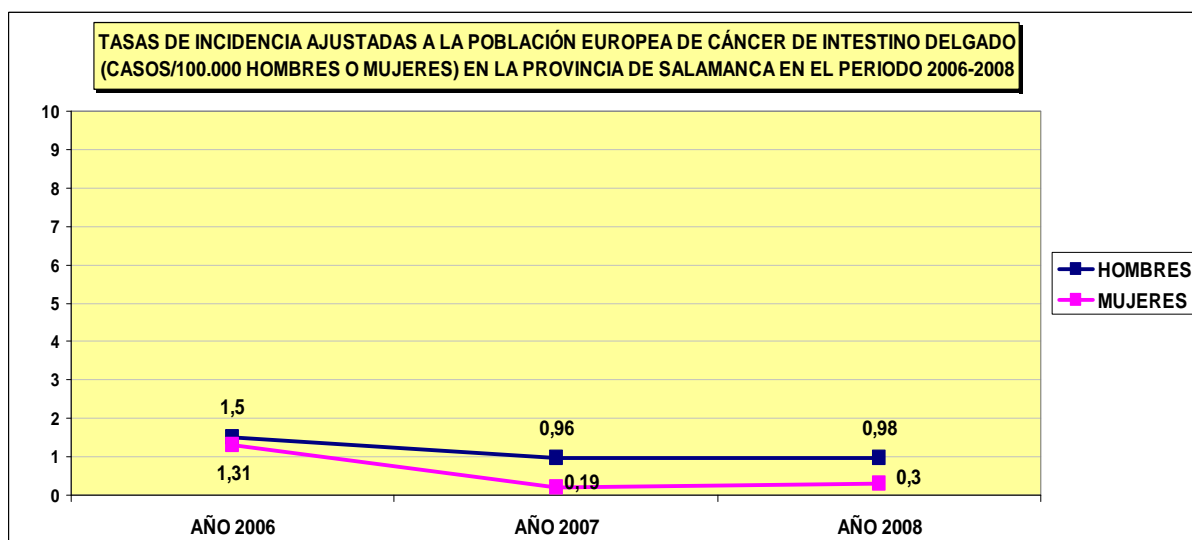


GRÁFICO Nº 159

En la ciudad y en la zona rural obtuvimos los siguientes resultados: en la zona rural en los años 2006 y 2007, esta tasa de incidencia fue algo mayor que la tasa de incidencia correspondiente a la ciudad, En el año 2008 en la zona rural no se diagnosticó ningún caso de cáncer de intestino delgado (Gráfico nº 160).

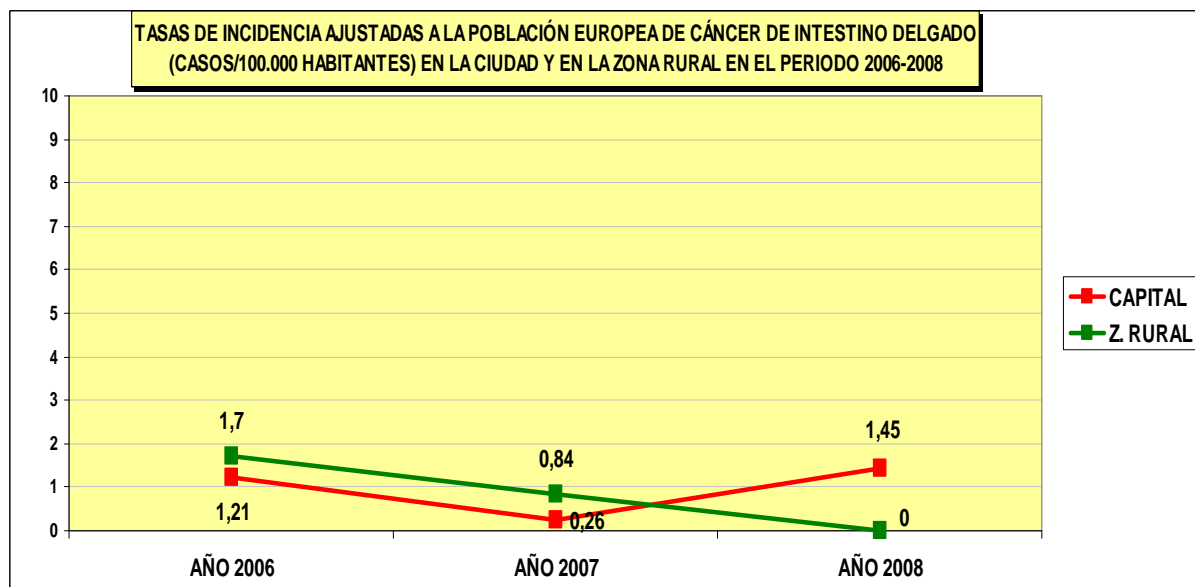


GRÁFICO Nº 160.

En la ciudad de Salamanca y considerando la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de intestino delgado correspondiente a ambos sexos, encontramos una mayor tasa de incidencia en los años 2006 y 2008 en varones, no diagnosticándose ningún caso de este tumor en el año 2007 en el sexo masculino En cambio en el sexo femenino la tasa de incidencia fue similar en los tres años (Gráfico nº 161).

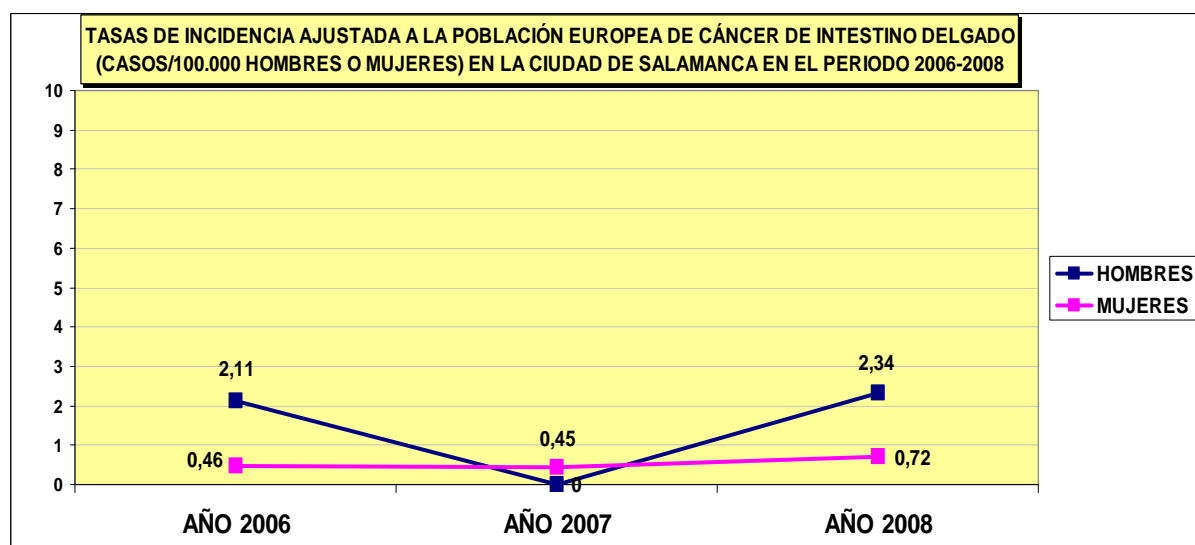


GRÁFICO Nº 161

En la zona rural de la provincia de Salamanca la tasa de incidencia de este tipo de tumor fue mayor en el año 2006 en mujeres que en hombres. En el año 2007 no se diagnosticó ningún caso de este tumor en el sexo femenino, y en el año 2008 no se diagnosticó ni en hombres ni en mujeres ningún caso (Gráfico nº 162).

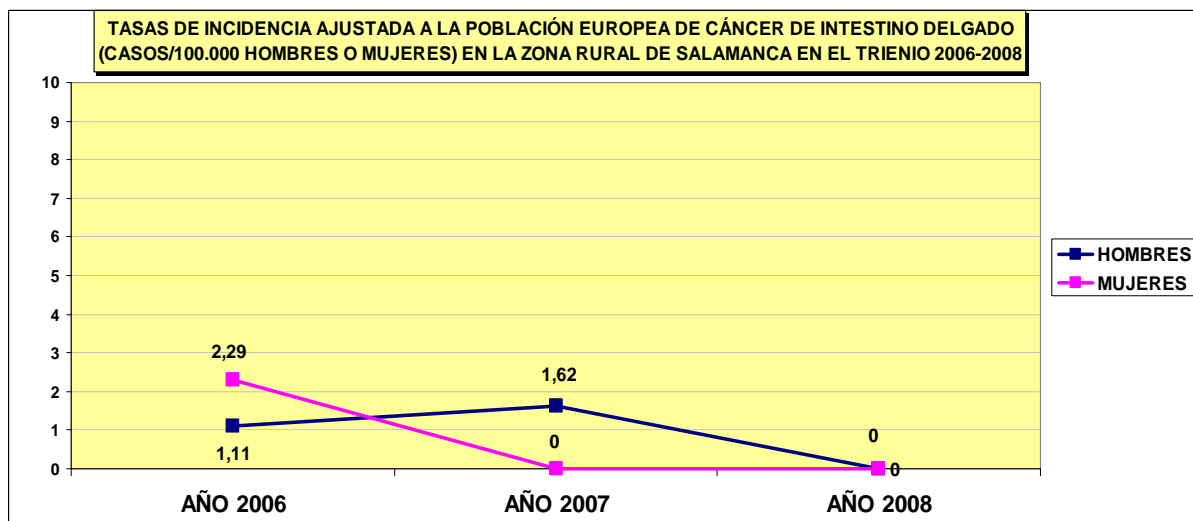


GRÁFICO Nº 162

La edad media y la edad median de las personas de la provincia de Salamanca en las que se diagnosticó cáncer de intestino delgado en el trienio 2006-2008 vienen reflejadas en la siguiente tabla (Tabla nº 113).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE INTESTINO DELGADO EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	57	69	26,87	79	74,33	81,5
MEDIANA (EDAD)	57	69	70	79	76	81,5
DESVIACIÓN TÍPICA	21	10	26,87	0	10,59	6,36
EDAD MÍNIMA	36	59	51	79	63	77
EDAD MÁXIMA	78	79	89	79	84	86

TABLA Nº 113

4.35 CÁNCER DE ORIGEN DESCONOCIDO.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de origen desconocido en la población global de la provincia de Salamanca, fue muy escasa en el periodo estudiado (Gráfico nº 163).

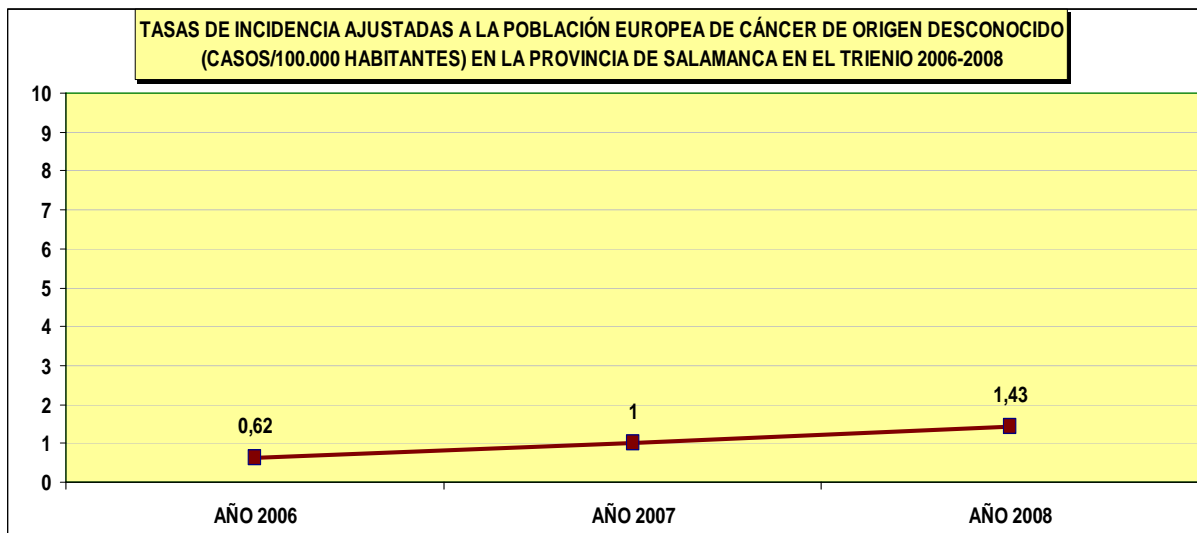


GRÁFICO Nº 163

En la provincia de Salamanca y distinguiendo entre sexos, encontramos que la tasa de incidencia ajustada a la población europea para este tipo de tumor fue muy similar para ambos sexos en todos los años del estudio (Gráfico nº 164).

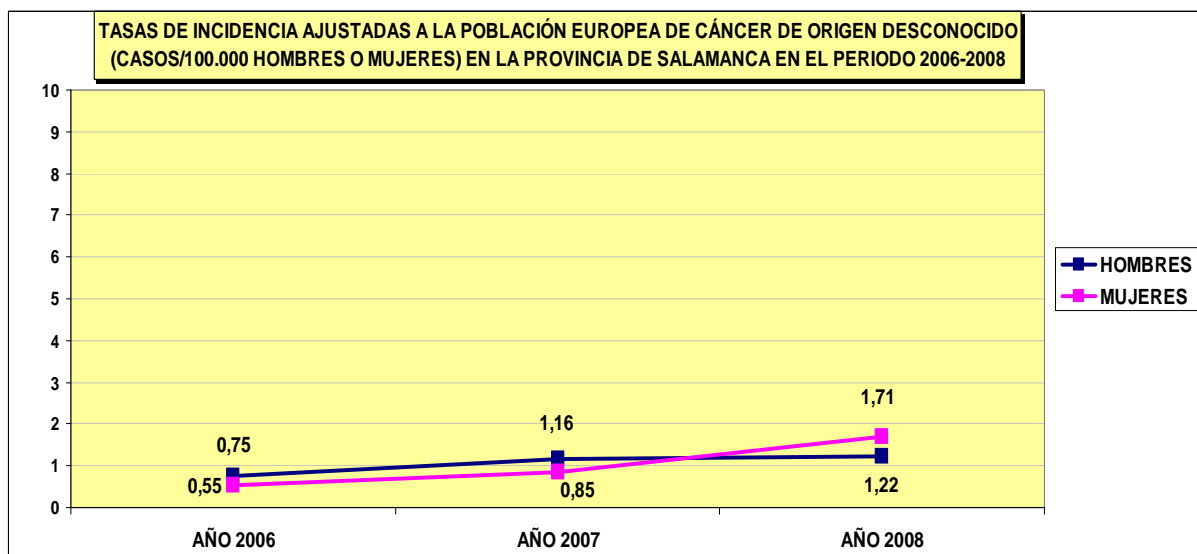


GRÁFICO Nº 164

Distinguiendo entre la ciudad y la zona rural, obtuvimos como resultado, que la tasa de incidencia de este tipo de tumor fue en todo el trienio algo mayor en la ciudad que en la zona rural (Gráfico nº 165).

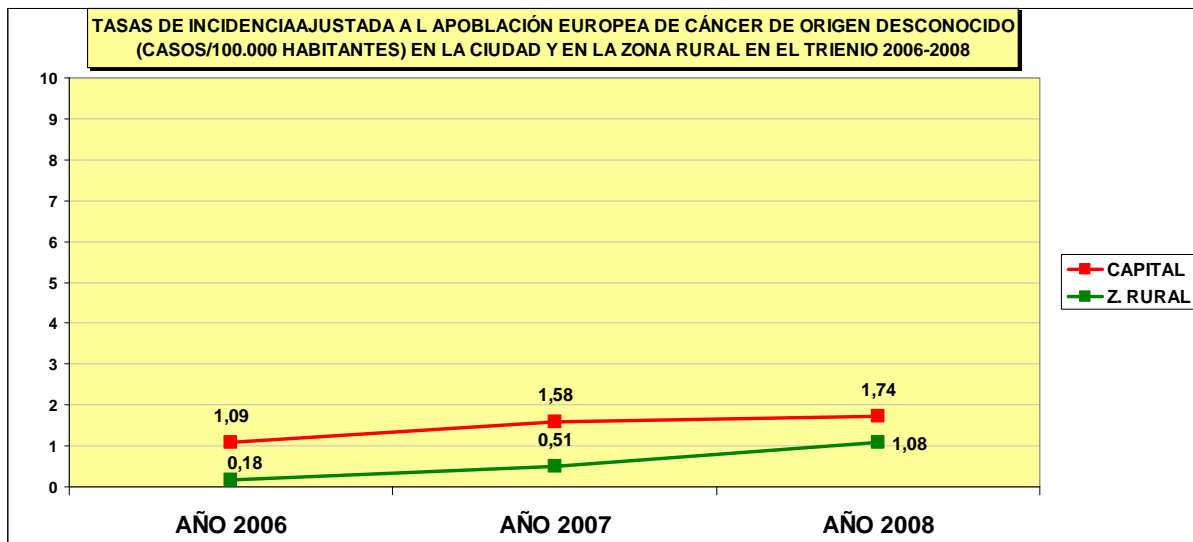


GRÁFICO Nº 165

En la ciudad de Salamanca la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de origen desconocido, nos dio como resultado, que esta tasa de incidencia fue muy parecida en ambos sexos en los años 2006 y 2007, aumentando en el sexo femenino en el año 2008 y no diagnosticándose ningún caso en el sexo masculino en ese mismo año (Gráfico nº 166).

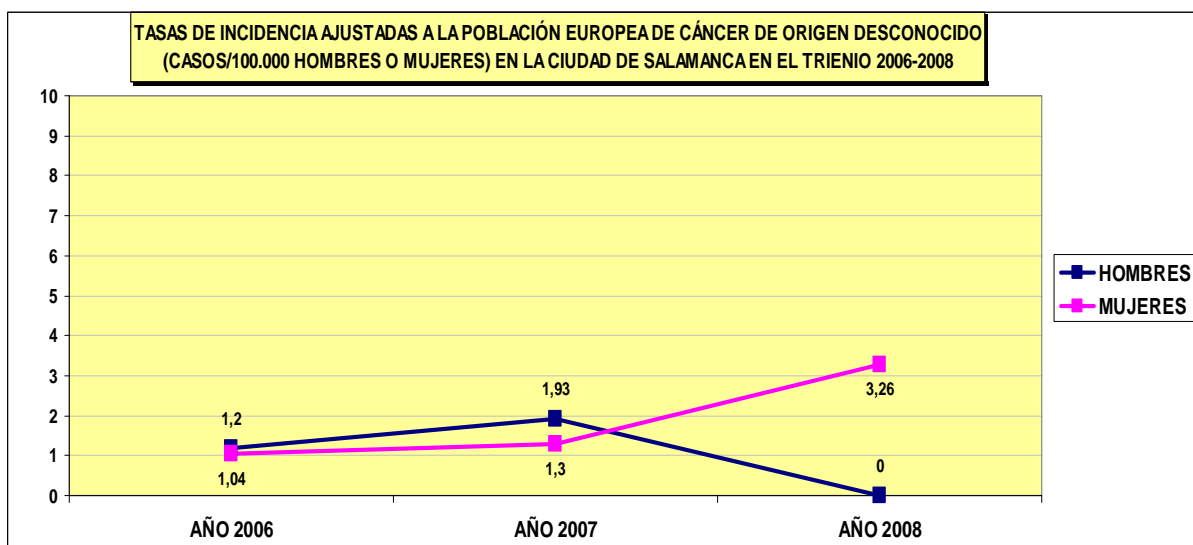


GRÁFICO Nº 166

En la zona rural, encontramos que en el sexo femenino no se diagnosticó ningún caso de este tipo de tumor en los años 2006 y 2008, y en el sexo masculino la tasa de incidencia sufrió con respecto a los años 2006 y 2007, un pequeño aumento en el año 2008 (Gráfico nº 167).

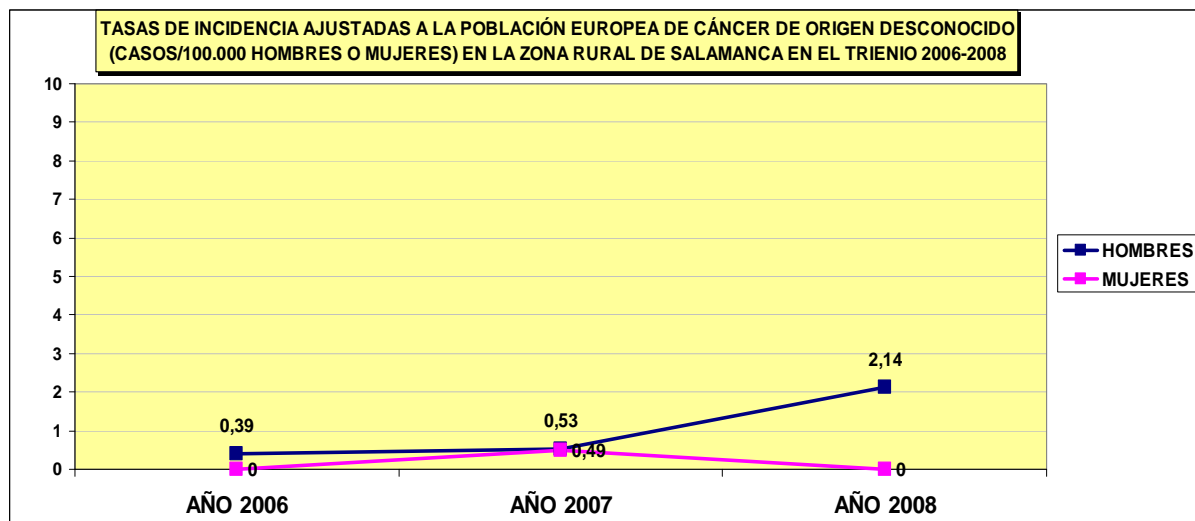


GRÁFICO Nº 167

La edad media y la edad mediana de las personas en las que se diagnosticó cáncer de origen desconocido en el periodo 2006-2008 vienen reflejadas en la siguiente tabla (Tabla nº 114).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE ORIGEN DESCONOCIDO EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	71,5	43	70,33	73	69	56,33
MEDIANA (EDAD)	71,5	43	72	71	72	55
DESVIACIÓN TÍPICA	6,36	0	8,62	8,18	17,69	12,05
EDAD MÍNIMA	67	43	61	66	50	45
EDAD MÁXIMA	76	43	78	82	85	69

TABLA Nº 114

4.36 CÁNCER DE LOCALIZACIÓN POCO FRECUENTE.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de localización poco frecuente en la población global de la provincia de Salamanca, fue muy pequeña en el periodo 2006-2008 (Gráfico nº 168).

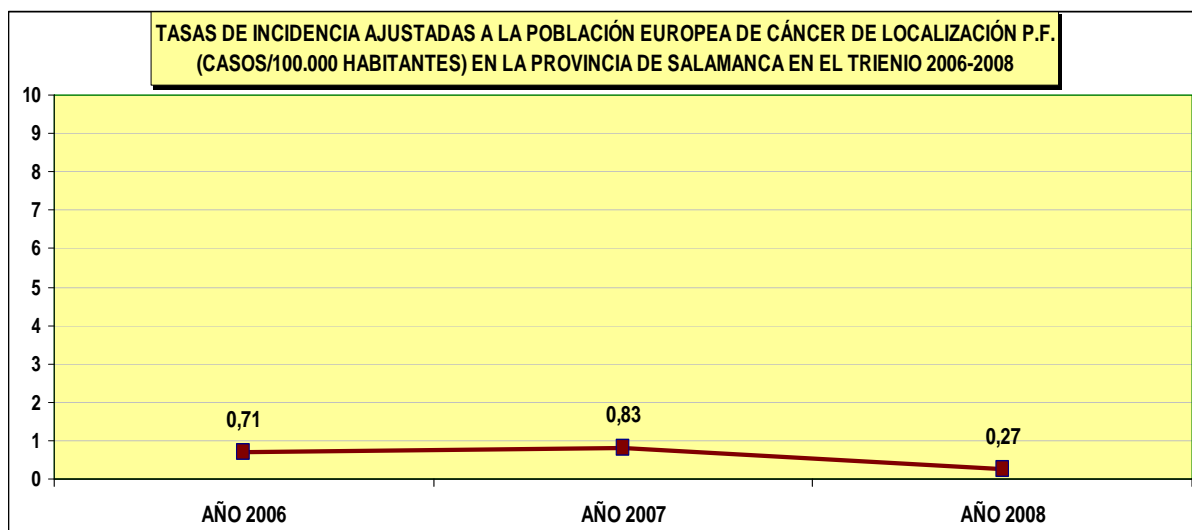


GRÁFICO Nº 168

En la provincia de Salamanca, tanto en el sexo masculino como en el sexo femenino esta tasa de incidencia tuvo valores muy bajos (Gráfico nº 169).

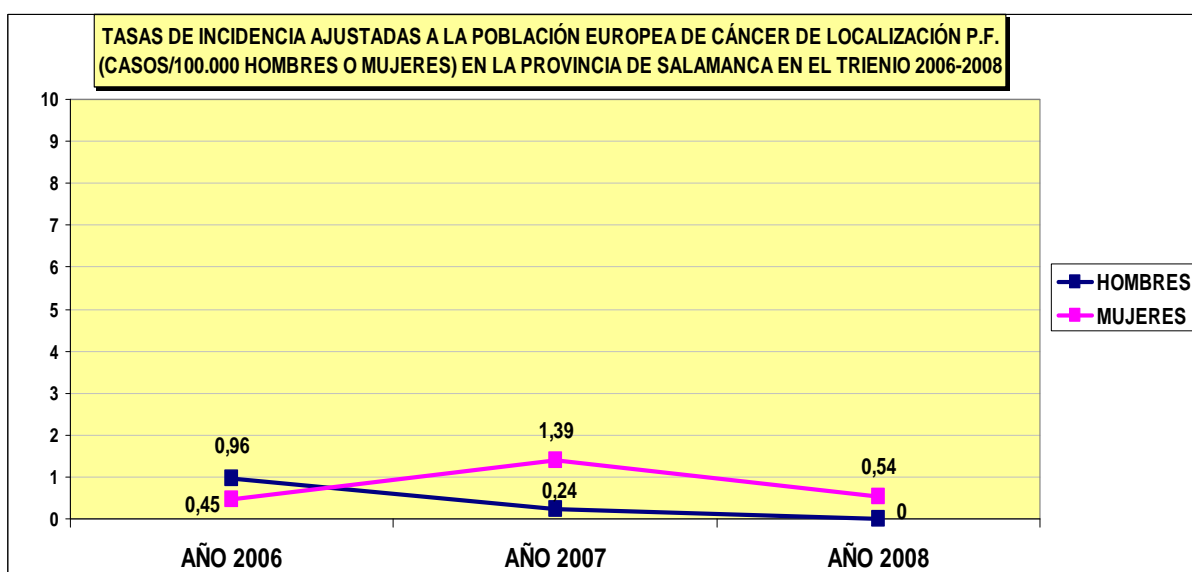


GRÁFICO Nº 169

En la ciudad y en la zona rural, esta tasa de incidencia fue muy baja y no se apreciaron diferencias significativas entre la ciudad y la zona rural (Gráfico nº 170).

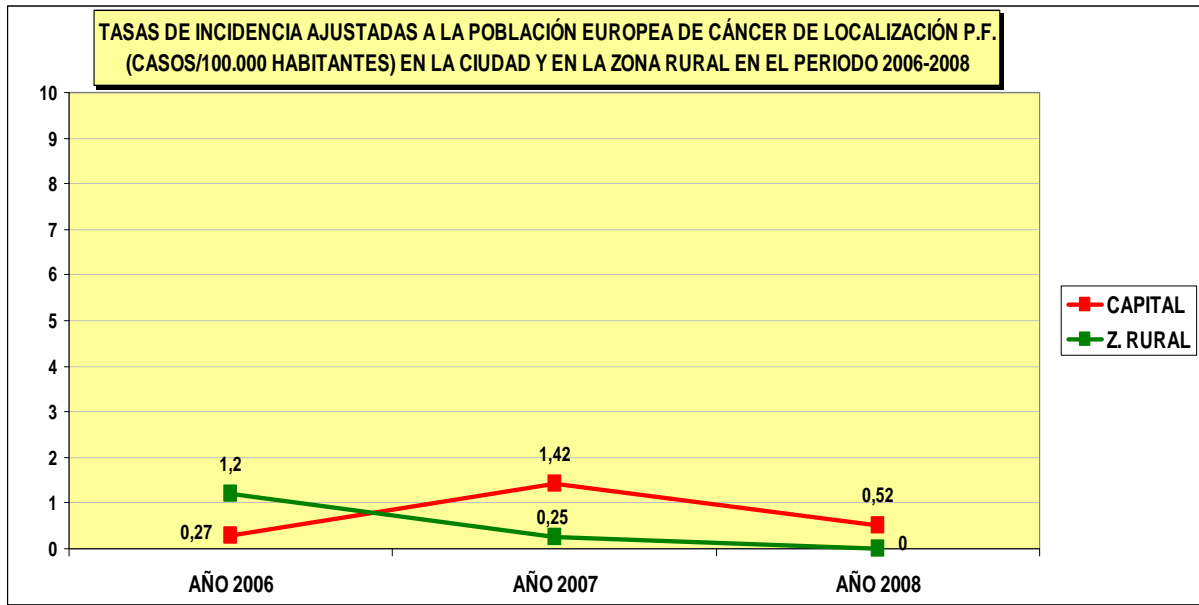


GRÁFICO Nº 170

En la ciudad de Salamanca se encontró una tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de localización poco frecuente, algo más alta en el sexo femenino que en el sexo masculino en los años 2007 y 2008 (Gráfico nº 171).

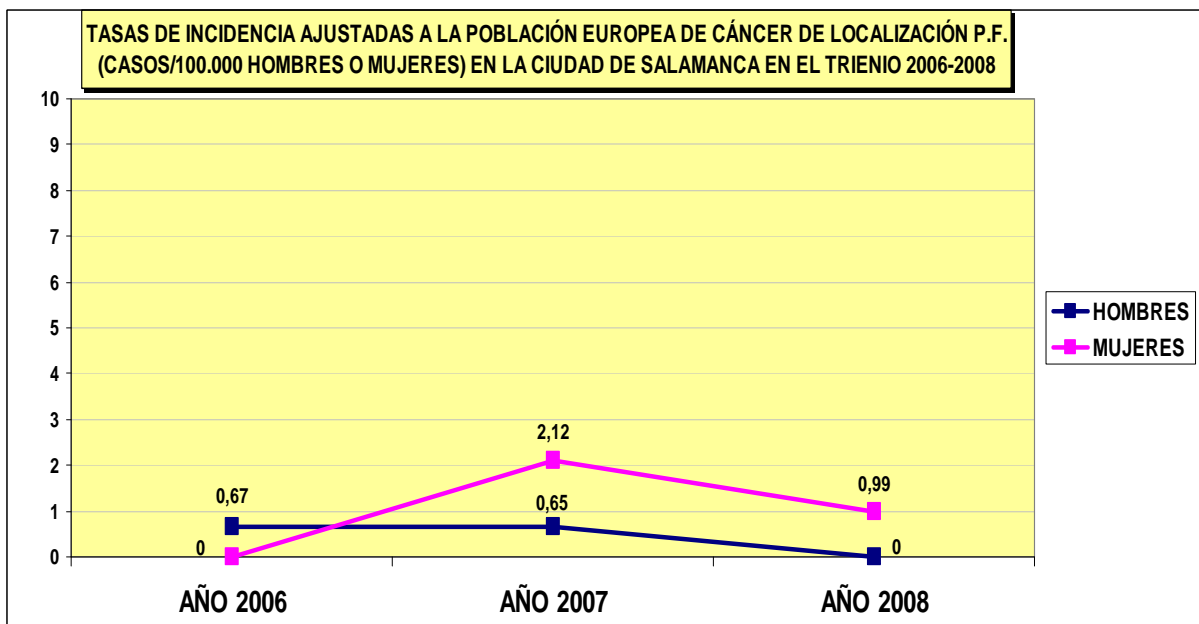


GRÁFICO Nº 171

En la zona rural de Salamanca, esta tasa de incidencia fue muy baja. Incluso, no se diagnosticó ningún caso de este tipo de cáncer en el año 2007 en varones y en el año 2008 en mujeres (Gráfico nº 172).

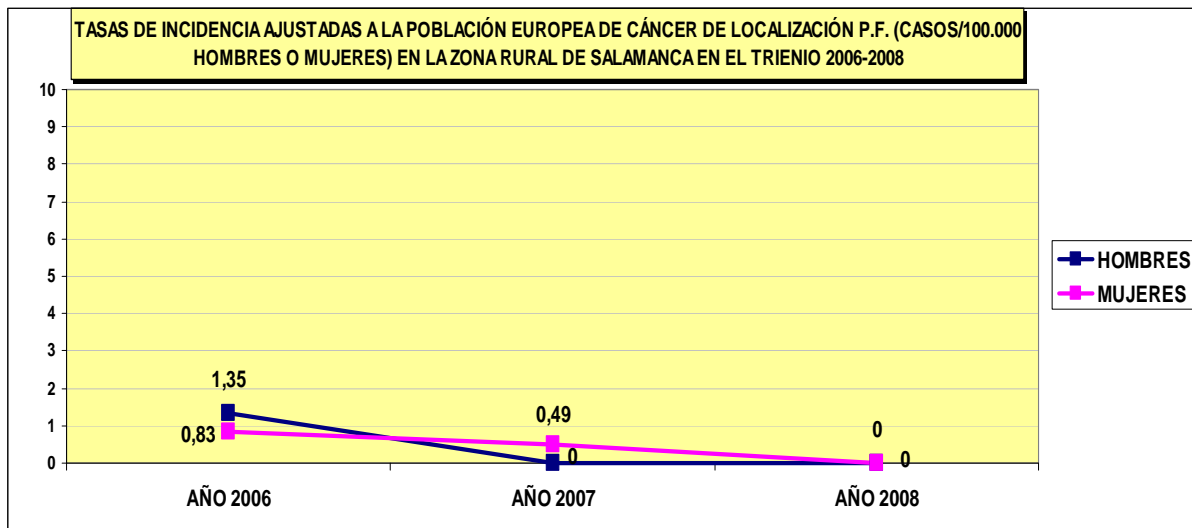


GRÁFICO Nº 172

La edad media y la edad mediana de las personas en las que se diagnosticó cáncer de localización poco frecuente en el periodo 2006-2008 vienen reflejadas en la siguiente tabla (Tabla nº 115).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD EN QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE LOCALIZACIÓN POCO FRECUENTE EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008						
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
EDAD MEDIA	64,5	68	77	65,33	0	35
MEDIANA (EDAD)	64,5	68	77	64	0	35
DESVIACIÓN TÍPICA	16,26	0	0	4,16	0	0
EDAD MÍNIMA	53	68	77	62	0	35
EDAD MÁXIMA	76	68	77	70	0	35

TABLA Nº 115

4.37 CÁNCER DE VAGINA.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de vagina en la población femenina de la provincia de Salamanca, fue muy pequeña y fue disminuyendo desde el año 2006 al año 2008 (Gráfico nº 173).

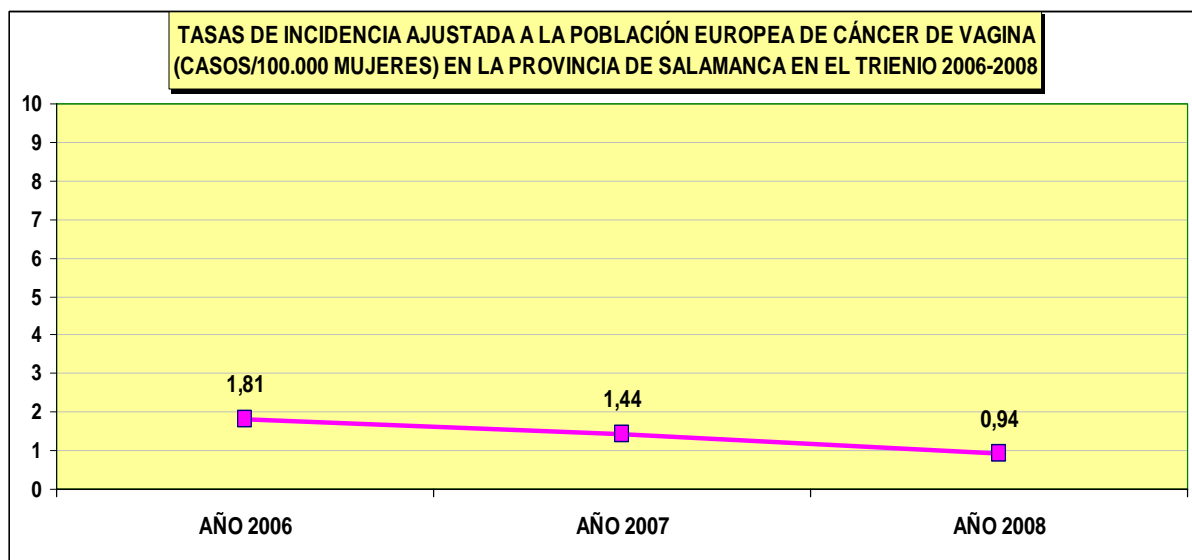


GRÁFICO Nº 173

En la ciudad y en la zona rural, esta tasa de incidencia fue muy baja en ambas zonas, no apreciándose diferencias significativas (Gráfico nº 174).

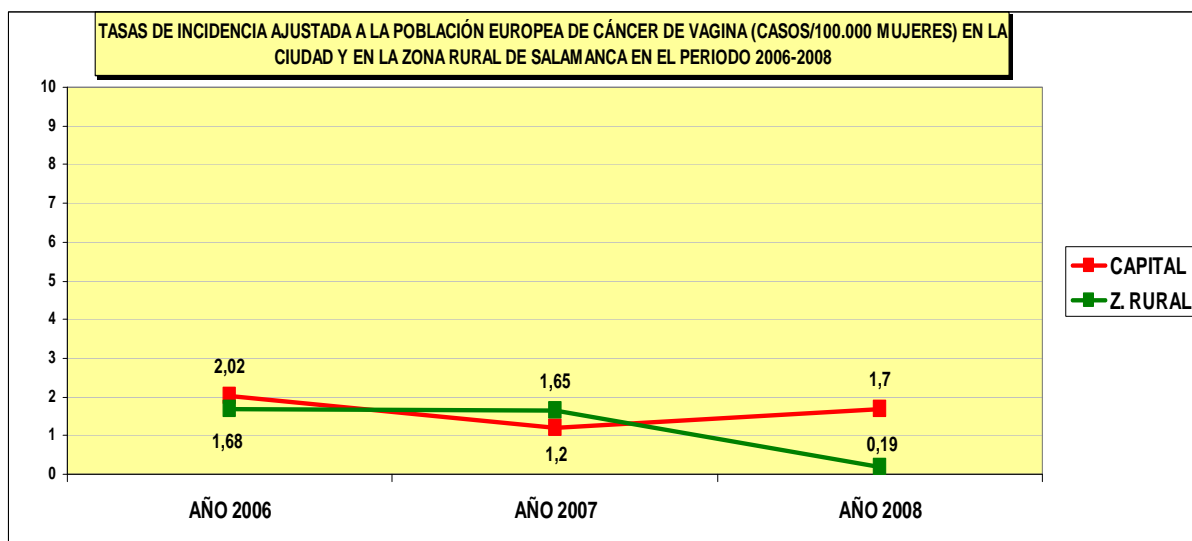


GRÁFICO Nº 174

La edad media de las mujeres de la provincia de Salamanca en las que se diagnosticó cáncer de vagina se situó en los 58,75 años en el año 2006, en los 66,33 años en el 2007 y en los 68 años en el 2008. La edad mediana se situó en los 57,5 años en el año 2006, en los 59 años en el 2007 y en 73 años en el 2008 (Tabla nº 116).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE VAGINA EN MUJERES LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
EDAD MEDIA	58,75	66,33	68
MEDIANA (EDAD)	57,5	59	73
DESVIACIÓN TÍPICA	15,26	13,57	21,93
EDAD MÍNIMA	92	78	69
EDAD MÁXIMA	93	80	89

TABLA Nº 116

4.38 CÁNCER DE PENE.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de pene en los varones de la provincia de Salamanca, fue similar en los años 2006 y 2007, para aumentar en el año 2008 (Gráfico nº 175).

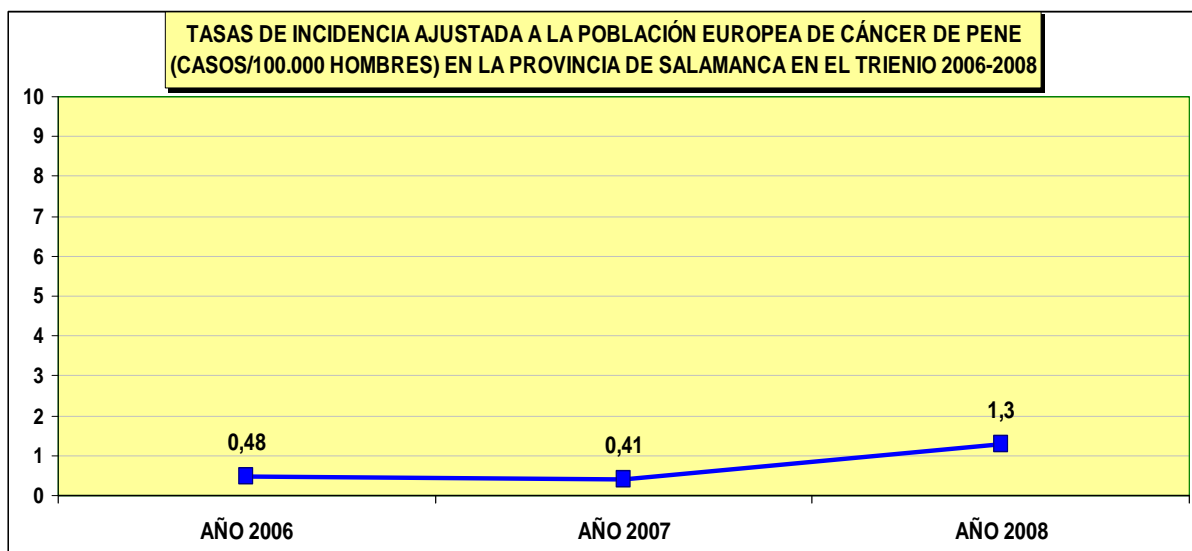


GRÁFICO Nº 175

La ciudad y la zona rural de la provincia de Salamanca, tuvieron en ambos casos unas tasas de incidencia de este tipo de tumor muy bajas y no se constató diferencias significativas entre las tasas de incidencia de ambas zonas (Gráfico nº 176).

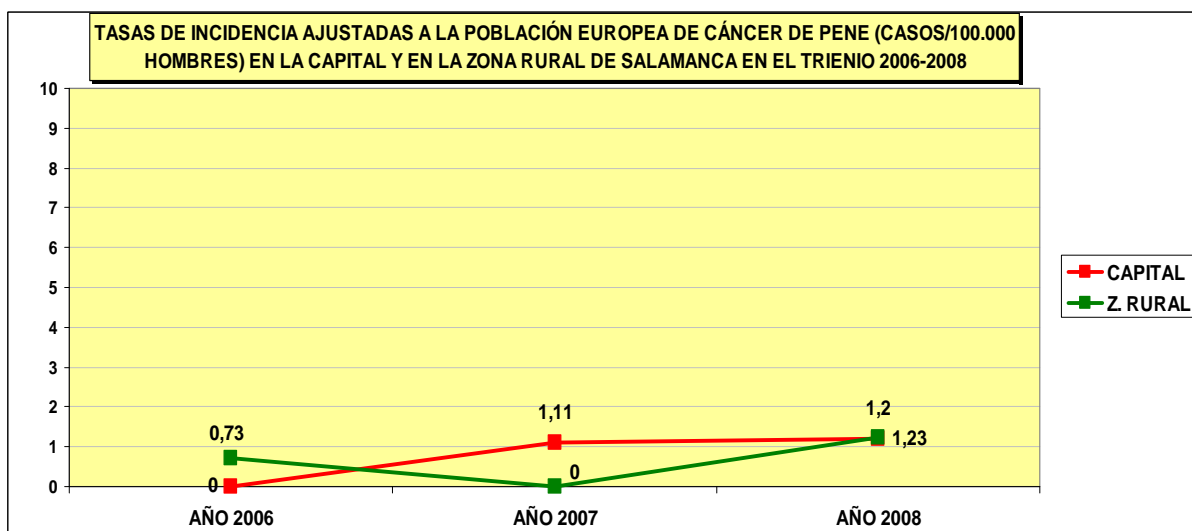


GRÁFICO Nº 176

La edad media de los varones de la provincia de Salamanca en los que se diagnosticó este tipo de tumor en el trienio 2006-2007, se situó en los 92,5 años en el año 2006 y en los 79 años y 79,2 años en los años 2007 y 2008 respectivamente. La edad mediana se situó en los 92,5 años en el año 2006 y en los 79 años y 80 años en los años 2007 y 2008 respectivamente (Tabla nº 117).

MEDIDAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A LA EDAD QUE SE DIAGNOSTICÓ CÁNCER DE PENE EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL TRIENIO 2006-2008			
	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
EDAD MEDIA	92,5	79	79,2
MEDIANA (EDAD)	92,5	79	80
DESVIACIÓN TÍPICA	0	1,41	7,62
EDAD MÍNIMA	44	58	44
EDAD MÁXIMA	76	82	87

TABLA Nº 117

5. DISCUSIÓN

5. DISCUSIÓN.

5.1 TUMORES SÓLIDOS EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA.

En la presente discusión compararemos los resultados obtenidos en nuestro estudio con los obtenidos en la literatura. La gran cantidad de datos que manejamos nos obliga a repetir los datos comentados en los resultados. También comentaremos las diferencias observadas entre la incidencia de los distintos años así como su posible explicación.

Al igual que lo descrito en la literatura (López Abente, y cols 2004), (Cabanes Domenech, A y cols., 2009), la tasa de incidencia de tumores sólidos ajustada a la población europea en la provincia de Salamanca (pese a que la población femenina es mayor que la población masculina), fue más elevada en hombres que en mujeres, en todos los años del trienio 2006-2008.

Así mismo se ha observado un aumento de la tasa de incidencia de tumores sólidos en varones, aumentando progresivamente en cada año del periodo estudiado, siendo este aumento mucho más elevada en el año 2008.

Respecto al sexo femenino, en los años 2006 y 2007 encontramos unas tasas de incidencia muy similares, aumentando en el año 2008, pero este aumento, fue menor en el caso del sexo masculino para ese mismo año.

De todos los tipos de tumores sólidos estudiados, el cáncer de próstata fue el que presentó una mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea en el sexo masculino de la provincia de Salamanca, coincidiendo este dato con los datos de incidencia de otras provincias españolas con registros poblacionales de cáncer como es el caso de las provincias de Álava, Vizcaya y Guipuzcoa (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011), Albacete, Girona, Navarra, Tarragona, la comunidad autónoma de Canarias (Cabanes Domenech, A y cols., 2009) y la región de Murcia (Chirlaque M.D, y cols., 2009).

En el caso del sexo femenino el cáncer de mama fue el tumor sólido con mayor incidencia en la provincia de Salamanca a lo largo del periodo 2006-2008, coincidiendo este dato con los datos del resto de los registros de cáncer españoles en los que este tipo de tumor, era en mujeres el más incidente en los distintos periodos estudiados (Cabanés Domenech, A y cols., 2009).

El cáncer colorrectal fue en ambos sexos (salvo el año 2008 que lo encontramos en los varones en tercer lugar), el segundo tipo de tumor con mayor incidencia ajustada a la población europea en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, produciéndose un claro aumento de los casos de este tipo de tumor en la provincia de Salamanca a lo largo del periodo estudiado, este aumento de la incidencia en un periodo corto de tres años, posiblemente se deba al inicio de los programas de cribado. Según la bibliografía consultada, los datos de incidencia en la provincia de Salamanca, son coincidentes con la tendencia de la incidencia del cáncer colorrectal en nuestro país, siendo el segundo tumor en incidencia en España, tanto para hombres como para mujeres y produciéndose un aumento de los casos de este tipo de tumor (Béjar L, y cols. 2009).

En los hombres, el cáncer urotelial y el cáncer de pulmón, tuvieron la tercera y cuarta mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea en los años 2006 y 2007. En el año 2008, el cáncer de pulmón experimentó un aumento importante en el sexo masculino y superó al cáncer colorrectal y urotelial en tasa de incidencia. No existe una clara explicación, pues en conjunto el cáncer de pulmón esta disminuyendo.

El cáncer de pulmón aunque se esta estabilizando en nuestro país, sigue siendo un tumor con mucha incidencia (Cabanés Domenech, A y cols., 2009), en cambio en la provincia de Salamanca, aunque experimentó un aumento de la incidencia en el año 2008, sigue teniendo menor incidencia que otras provincias de España

El cáncer urotelial en la provincia de Salamanca es un tumor con bastante incidencia al igual que en el resto de España. Este tipo de tumor y más concretamente y dentro del cáncer urotelial el cáncer de vejiga, tiene tasas superiores al resto de países de la Unión Europea (López-Abente G, y cols. 2005).

En los varones el cáncer de cabeza y cuello y el cáncer gástrico, tienen en los tres años del periodo estudiado, la quinta y sexta mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea. Este dato es coincidente en el caso del cáncer de cabeza y cuello con los datos de los registros poblacionales de cáncer de Tarragona, Zaragoza, Girona (Cabanes Domenech, A y cols., 2009), Vizcaya, Guipuzcoa (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011) y Murcia (Chirlaque M.D, y cols., 2009). Y en el caso del cáncer gástrico, este tipo de tumor es el sexto con mayor tasa de incidencia en hombres en la mayoría de los registros poblacionales de cáncer homologados por la IARC de los que tenemos datos, tales como: Albacete, Asturias, Canarias, Cuenca, Girona, Granada, Tarragona, Zaragoza (Cabanes Domenech, A y cols., 2009), Murcia (Chirlaque M.D, y cols., 2009), Guipuzcoa y Vizcaya (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011).

En el sexo masculino, los cánceres de próstata, colorrectal, urotelial, pulmón, cabeza y cuello y gástrico, supusieron en todo el trienio 2006-2008, más del 85% de todos los tumores diagnosticados.

En la provincia de Salamanca, los tumores que se diagnosticaron con más frecuencia en mujeres, fueron el cáncer de mama seguido del colorrectal y en tercer lugar el cáncer de endometrio (salvo en el año 2008 que pasó al cuarto lugar y fue superado por el cáncer de cérvix). La frecuencia con que se diagnosticaron estos tumores en mujeres en la provincia de Salamanca, coincide consultando la bibliografía científica (Cabanes Domenech, A y cols., 2009), con la frecuencia con la que se diagnostican estos tres tipos de tumores, en las mujeres españolas de otras provincias de España.

Los tumores de mama, colorrectal y endometrio supusieron en todo el trienio 2006-2008 en la provincia de Salamanca, más del 62% de los tumores diagnosticados en mujeres.

La razón de tasas de incidencia hombre/mujer de tumores sólidos nos mostró una mayor proporción de estos tumores en el sexo masculino que en el sexo femenino.

La razón de tasas de incidencia hombre/mujer para los distintos tipos de tumores, nos indicaron que la mayoría de los tumores se diagnosticaron con más frecuencia en hombres que en mujeres, pero especialmente, los tumores uroteliales, de cabeza y cuello, pulmón y esófago. Este dato es coincidente con los datos de otros registros poblacionales de cáncer,

como en los casos de Canarias, Asturias, Zaragoza, Tarragona, Girona, Albacete, Cuenca, Murcia, País Vasco, Navarra (Cabanes Domenech, A y cols., 2009). En cambio, los tumores de tiroides, y sarcomas afectaron más al sexo femenino que al sexo masculino. Este dato coincidente en el caso del cáncer de tiroides con los de otros registros de cáncer españoles tales como: Canarias, Asturias, Zaragoza, Tarragona, Girona, Albacete, Cuenca, Murcia, País Vasco, Navarra (Cabanes Domenech, A y cols., 2009), pero por el contrario, en el caso de los sarcomas tan solo la razón de tasas del registro poblacional de cáncer de Cuenca (Cabanes Domenech, A y cols., 2009), coincide con los datos que hemos obtenido en nuestro estudio.

La edad media de los varones en los que se diagnosticó algún tipo de tumor en el trienio 2006-2008, se situó en los 69 años en los varones y en los 66 años en mujeres, situándose la edad mediana en los 72 años para los varones y los 68 años para las mujeres.

Esta edad en la que se diagnosticó algún tipo de tumor en nuestra provincia, coincide con los resultados obtenidos en el estudio sobre incidencia y mortalidad por cáncer en Navarra en el periodo 1998-2002, en la que la edad media en varones se situó en los 68 años con una edad mediana de 70 años, y una edad media en mujeres de 66 años con una edad mediana de 69 años (Ardanaz E. y cols., 2007).

Con respecto a las tasas específicas de cáncer en la provincia de Salamanca, se produce un aumento según aumenta la edad, pero, es a partir de los 60 años cuando se produce un aumento progresivo de estas tasas específicas en varones y en cambio en mujeres (salvo pequeños picos) permanecen con cifras similares.

En edades comprendidas entre los 34 y los 59 años se encontraron mayores tasas específicas de incidencia de tumores sólidos en mujeres que en hombres, ello fue debido, a la incidencia de cáncer de mama en el sexo femenino.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de tumores sólidos (excluyendo los tumores de piel que no sean melanomas) en la provincia de Salamanca, nos permite comparar los datos con otras provincias de España de las que se tienen datos de incidencia y cuyas tasas fueron ajustadas a la población europea.

De esta manera y con el trabajo realizado por Cabanes Domenech, A y cols., en el Instituto Carlos III titulado: “La situación del cáncer en España 1975-2006” y que fue publicado en junio de 2009, encontramos, las tasa de incidencia ajustada a la población europea de algunas provincias españolas que han sido elaboradas a partir de datos de: Cancer Incidence in Five Continents (CIFIC) Vol IX (Curado et al., 2007).

Igualmente, con el trabajo sobre la incidencia del cáncer en la Comunidad Autónoma del País Vasco en 2006 (Cabanes Domenech, A y cols., 2009) y el trabajo titulado “Casos y tasas de incidencia de cáncer en la región de Murcia 1983-2003 (Chirlaque M.D, y cols., 2009) hemos podido comparar las tasa de incidencia ajustadas a la población europea de otras provincias españolas con registros homologados por la IARC con las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de la provincia de Salamanca.

De estas tasas de incidencia, hemos restado las tasas de incidencia de los tumores hematológicos, para así poder comparar (aunque con datos de distintos periodos), las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de tumores sólidos de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, con las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de otras provincias y regiones de España con registros poblacionales de cáncer homologados por la IARC.

En el periodo 2006-2008 la tasa de incidencia ajustada a la población europea en varones, fue en la provincia de Salamanca 340,31 casos/100.000 hombres.

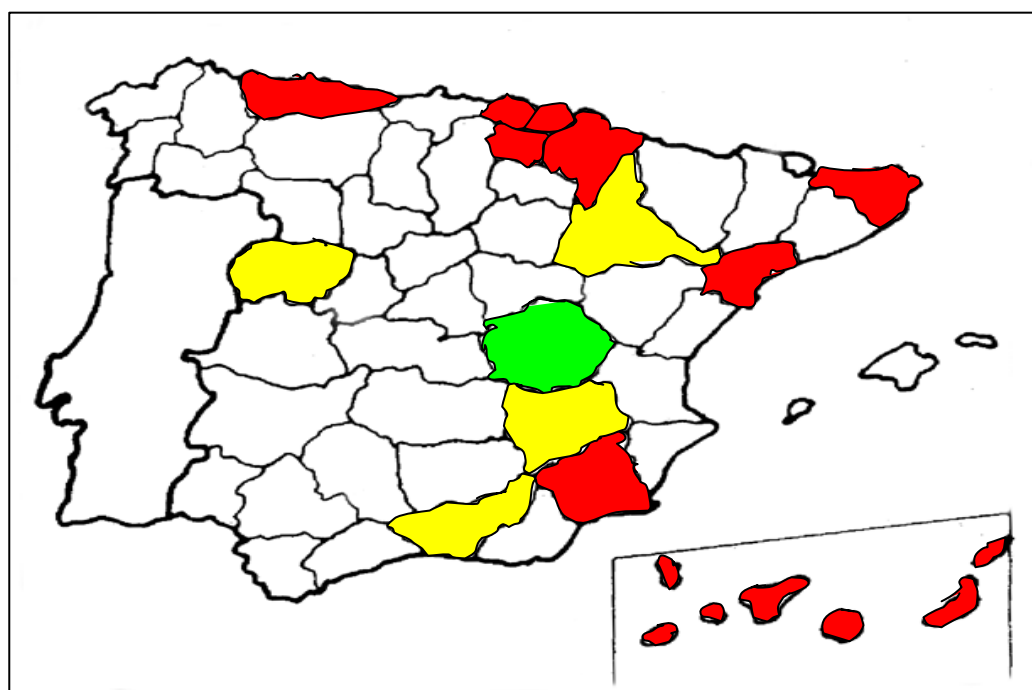
De esta manera, constatamos que las tasas de incidencia ajustada a la población europea de tumores sólidos de otras provincias y regiones españolas con registros poblacionales de cáncer homologados por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), como Álava con 502,2 casos/100.000 hombres, Vizcaya con 493,6 casos/100.000 hombres, Guipuzcoa con 428,2 casos/100.000 hombres, todas ellas en el año 2006 (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011), de comunidades como Asturias con 480,07 casos/100.000 hombres en el periodo 1996-2002, Canarias con 398,58 casos/hombres en el periodo 1997-2002 o provincias como Girona con 453,1 casos/100.000 hombres en el periodo 1998-2002, Navarra con 443,25 casos/100.000 hombres en el periodo 1998-2002, Tarragona con 412,8 casos/100.000 hombres en el periodo 1998-2002 (Cabanes Domenech A, y cols. 2009), la región de Murcia con una tasa de incidencia en

el año 2003 de 390,1 casos/100.000 hombres (Chirlaque M.D, y cols., 2009), fueron todas ellas superiores a las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de tumores sólidos de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 2).

Igualmente, verificamos que la tasa de incidencia ajustada a la población europea de tumores sólidos en hombres en el periodo 2006-2008 en nuestra provincia, fue similar a las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de provincias como: Albacete con 338,76 casos/100.000 hombres en el periodo 1998-2002, Zaragoza con 345,03 casos/100.000 hombres en el periodo 1996-2002 y Granada con 337,99 casos/100.000 hombres en el periodo 1998-2002 (Cabanes Domenech A, y cols. 2009) (Mapa nº 2).

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de tumores sólidos en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 en varones, fue superior a la tasa de incidencia ajustada a la población europea de la provincia de Cuenca en el periodo 1998-2002 con una tasa de incidencia de 302,67 casos/100.000 hombres (Cabanes Domenech A, y cols. 2009) (Mapa nº 2).

MAPA Nº 2. T. DE INCIDENCIA DE TUMORES SÓLIDOS EN HOMBRES



ROJO (TASA DE INCIDENCIA MÁS ELEVADA)
AMARILLO (TASA DE INCIDENCIA DE SALAMANCA)
VERDE (TASA DE INCIDENCIA MENOR)

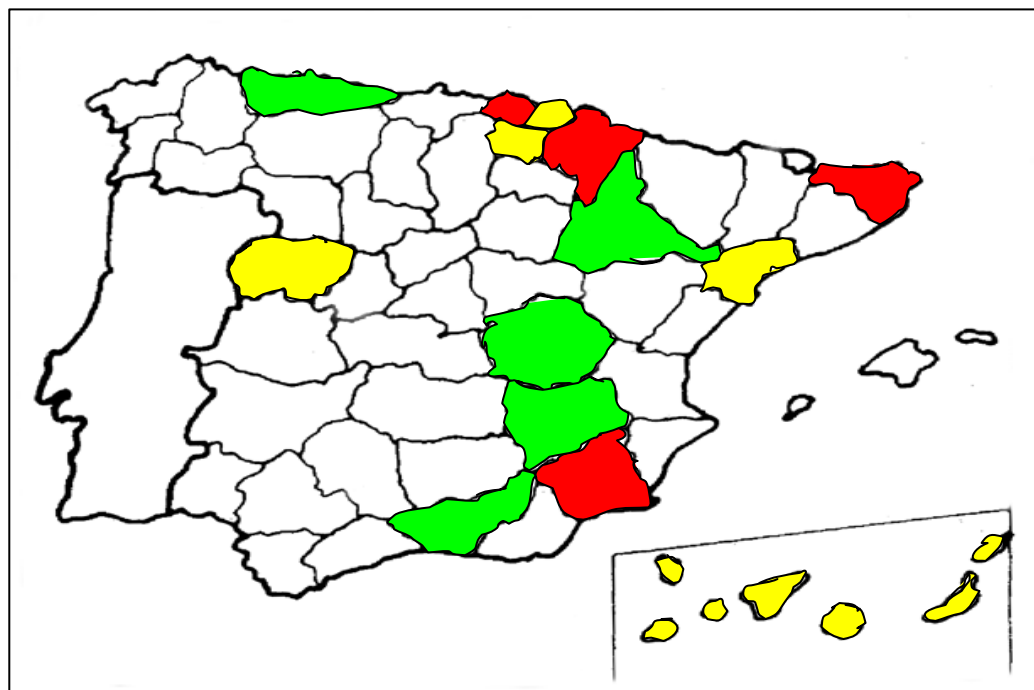
En el año 2008 la tasa de incidencia ajustada a la población europea de tumores sólidos de nuestra provincia aumenta y es superior a las tasas de incidencia de las provincias de Cuenca, Albacete, Zaragoza y Granada.

En el sexo femenino, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de tumores sólidos de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 fue de 245,78 casos/100.000 mujeres. Esta tasa de incidencia fue menor que las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de tumores sólidos en mujeres, de provincias como Vizcaya con 265,1 casos/100.000 mujeres (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011), Girona con 262,09 casos/100.000 mujeres y Navarra con 259,78 casos/100.000 mujeres en el periodo 1998-2002 (Cabanés Domenech A, y cols. 2009) y la región de Murcia en el año 2003 con 257 casos/100.000 mujeres (Chirlaque M.D, y cols., 2009) (Mapa nº 3).

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de mujeres en nuestra provincia fue similar a las tasas de incidencia de provincias como Álava con 251,6 Guipuzcoa con 245,9 casos/100.000 mujeres, ambas en el año 2006 (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011), , Tarragona con 252,73 casos/100.000 mujeres, ambas provincias en el periodo 1998-2002, Canarias en el periodo 1997-2002 con 237,49 casos/100.000 mujeres (Cabanés Domenech A, y cols. 2009) (Mapa nº 3).

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de tumores sólidos en mujeres en la provincia de Salamanca en el trienio 2006-2008 fue superior a las tasas de incidencia de provincias como Granada con 219,45 casos/100.000 mujeres en el periodo 1998-2002, Zaragoza con 195,71 casos/100.000 mujeres en el periodo 1996-2002, Albacete con 194,53 casos/100.000 mujeres en el periodo 1998-2002, Cuenca con 189,57 casos/100.000 mujeres en el periodo 1998-2002 o regiones como Asturias con 225,54 casos/100.000 mujeres en el periodo 1996-2002 (Cabanés Domenech A, y cols. 2009) (Mapa nº 3).

MAPA Nº 3. T. INCIDENCIA TUMORES SÓLIDOS EN MUJERES



ROJO (TASA DE INCIDENCIA MÁS ELEVADA)
AMARILLO (TASA DE INCIDENCIA SIMILAR)
VERDE (TASA DE INCIDENCIA MENOR)

5.2 TUMORES SÓLIDOS EN LA CIUDAD Y EN LA ZONA RURAL

La tasa de incidencia de tumores sólidos ajustada a la población europea para la población global (sin distinción de sexos), fue mayor en la ciudad que en la zona rural de la provincia de Salamanca. Igualmente, en ambas zonas, se produjo en el año 2008 un aumento de la tasa de incidencia en relación a las tasas de incidencia de los dos años anteriores.

Distinguiendo entre sexos, encontramos que tanto en el sexo masculino como en el sexo femenino, existe una mayor tasa de incidencia de tumores sólidos en la ciudad que en la zona rural. Esto puede ser debido a la mayor disponibilidad de medios diagnósticos y una mayor accesibilidad a estos medios y a las pruebas de cribado que nos permiten un diagnóstico más temprano de los distintos tumores (Muldoon J. O, y cols., 1996).

Otro estudio, indica que estas diferencias pueden ser debidas a un acceso más limitado al sistema sanitario (mayor distancia, necesidad de transporte o tiempo) de los habitantes de las zonas rurales, o la menor disponibilidad de información en el medio rural (menor acceso a programas educativos sobre el cáncer (López González A. 2009).

Estos estudios coinciden por los realizados por otros autores, que indican que una menor incidencia de cáncer en zonas rurales en relación a la zona urbana, esta relacionada con un menor acceso a programas de cribado de cáncer por parte de los habitantes de estas zonas rurales (Polasek O, y cols. 2007).

Según las pirámides poblacionales y los indicadores demográficos, la población de la zona rural se encuentra más envejecida que la población perteneciente a la ciudad, y en el caso de la zona rural, la población masculina es superior a la población femenina. Pero estos eventos quedan corregidos con el ajuste de tasas de tal manera que una vez ajustadas estas tasas a la población europea, podemos comparar ambas poblaciones.

Distinguiendo entre el sexo masculino y el sexo femenino, encontramos como denominador común en la ciudad y en la zona rural, que la tasa de incidencia de tumores sólidos ajustada a la población europea, es siempre más alta en hombres que en mujeres.

Tanto en la ciudad como en la zona rural, se produjo en ambos sexos un aumento de la tasa de incidencia de tumores sólidos en el año 2008 con respecto a los dos años anteriores. Este aumento fue debido al aumento de la tasa de incidencia que se produjo en el año 2008 en los cánceres de próstata y pulmón en hombres y de mama y colorrectal en mujeres.

En relación a los tumores que muestran mayor tasa de incidencia, encontramos en los varones el cáncer de próstata como el tumor con mayor tasa incidencia en el trienio 2006-2008 en la ciudad y en la zona rural, y en el sexo femenino, el tumor con mayor tasa de incidencia en todos los años de este periodo, fue el cáncer de mama.

En segundo lugar y para ambos sexos, se encontró el cáncer colorrectal, como el tumor con la segunda mayor tasa de incidencia para la ciudad y para la zona rural, salvo en el año 2008 en los varones de la zona rural, que encontramos que el cáncer de pulmón es el segundo tumor con mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea.

En la ciudad y en la zona rural, el cáncer de pulmón, el cáncer urotelial y el cáncer de cabeza y cuello fueron los tres tipos de tumores con mayor tasa de incidencia, después de los señalados anteriormente.

En el sexo femenino, a continuación del cáncer de mama y del cáncer colorrectal encontramos que la mayor tasa de incidencia la tienen los tumores ginecológicos.

En relación a las tasas específicas de tumores sólidos en la ciudad y en la zona rural, estas tasas específicas discurrieron para ambos sexos de forma similar hasta el grupo de edad de 30-34 años en el que estas tasas específicas fueron mayores en mujeres que en hombres tanto en la ciudad como en la zona rural, y así, hasta el grupo de edad de 55-59 años en el que las tasas específicas de tumores sólidos en hombres se elevaron progresivamente y siempre por encima de las tasa específicas en mujeres. No obstante, en el medio rural hubo menos diferencia entre las tasas especificas de hombres y mujeres entre los 30 y los 59 años que en la ciudad, ello fue debido a una menor incidencia de tumores en la zona rural en estas edades, pudiendo señalarse como causa de esta menor incidencia la forma de vida de la zona rural, un menor acceso al sistema sanitario, un menor acceso a programas de detección precoz o incluso estar sometidos a menos contaminación ambiental.

La edad media y la edad mediana de los varones en los que se diagnosticó algún tipo de tumor en la ciudad fue algo menor que la edad media y la edad mediana de los varones en los que se diagnosticó algún tipo de tumor en la zona rural, pero en todo caso fueron muy similares.

En cambio en el sexo femenino, encontramos más diferencia entre la edad media y la edad mediana de las mujeres en las que se diagnosticó algún tipo de tumor sólido en la ciudad y en la zona rural, siendo menores estas medidas estadísticas de tendencia central en la ciudad que en la zona rural. Esta diferencia puede ser debida a una mayor incidencia de cáncer de mama en mujeres del medio urbano que en mujeres del medio rural, debido a un mayor acceso a programas de screening para este tipo de cáncer y un mejor acceso al sistema sanitario, que implica una mayor detección precoz para este tipo de tumor.

La razón de tasas hombre/mujer nos indica que existe una mayor incidencia de tumores sólidos en hombres que en mujeres, tanto en la ciudad como en el medio rural, siendo esta razón de tasas muy similar en ambos medios.

Tumores como el cáncer urotelial, el cáncer de cabeza y cuello, el cáncer de esófago y el cáncer de pulmón, fueron mucho más incidentes en hombres que en mujeres tanto en la ciudad como en el medio rural. Esta tendencia coincide con la tendencia que nos muestra la razón de tasas de incidencia hombre/mujer que a su vez es coincidente con los datos publicados por (Cabanés Domenech A, y cols. 2009) correspondientes a los registros poblacionales de cáncer de nuestro país homologados por la IARC.

En cambio el cáncer de tiroides nos muestra una mayor incidencia en el sexo femenino, tanto la ciudad como en la zona rural. Esta tendencia es similar a la de la Unión Europea con 2,27 casos/100.000 hombres en el sexo masculino y de 5,58 casos/100.000 mujeres en el sexo femenino en el año 1998 (Ferlay y cols. 1998).

5.3 CÁNCER DE MAMA.

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en el mundo, constituyendo un problema de salud pública en los países desarrollados y en vías de desarrollo (Rodríguez Cuevas A. S., Capurso García M. 2006).

Así mismo, es el tipo de tumor más frecuente en las mujeres europeas y también en las mujeres españolas, en las que supone la cuarta parte de los casos de cáncer femenino (Marina Pollan y cols., 2007).

Según nuestros resultados los casos de cáncer de mama en la provincia de Salamanca, supusieron el 38% de todos los casos de cáncer diagnosticados en el sexo femenino en el periodo 2006-2008.

Este tipo de cáncer fue el que tuvo mayor tasa de incidencia ajustada a población europea en el sexo femenino de la provincia de Salamanca a lo largo de todo el periodo 2006-2008.

En nuestra provincia, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de mama para en el periodo 2006-2008 fue de 107,42 casos/100.000 mujeres. Esta incidencia es algo mayor que la descrita previamente por Marina Pollán y cols en el 2007, y que estimaba en nuestro país una tasa de incidencia para el cáncer de mama en el año 2006, de 93,6 casos por 100.000 mujeres.

Así mismo, en otras provincias españolas con registros poblacionales de cáncer homologados por la IARC, encontramos unas tasas de incidencia de cáncer de mama ajustadas a la población europea menores que la tasa de incidencia ajustada a la población europea de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008. Encontramos unas tasas de incidencia menores en provincias como Girona con 90,30 casos/100.000 mujeres, Navarra con 88,61 casos/100.000 mujeres, Tarragona 86,13 casos/100.000 mujeres, Granada con 75,04 casos/100.000 mujeres, Albacete con 63,81 casos/100.000 mujeres, Cuenca con 60,23 casos/100.000 mujeres, todas ellas en el periodo 1998-2002, Zaragoza que en el periodo 1996-2002 tenía 73,47 casos/100.000 mujeres, o las comunidades autónomas de Canarias que

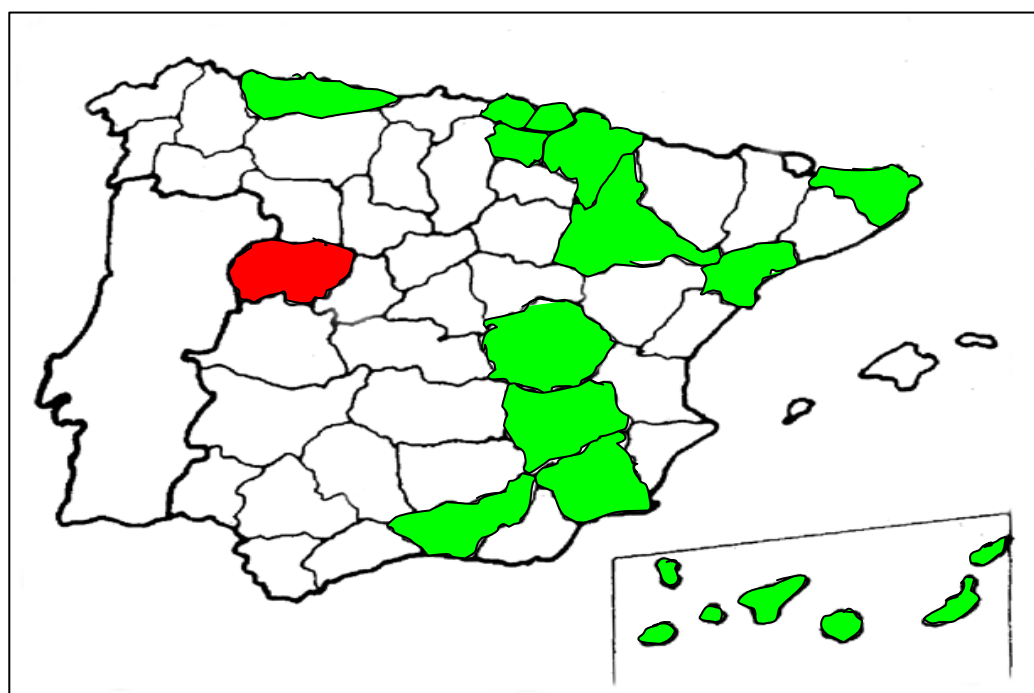
en el periodo 1997-2002 tenía 82,76 casos/100.000 mujeres y Asturias que en el periodo 1996-2002 tenía 72,22 casos/100.000 mujeres, (Cabanes Domenech A, y cols. 2009) (Mapa nº 4).

También en la región de Murcia, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de mama fue menor que la tasa de incidencia de la de la provincia de Salamanca, con 77,1 casos/100.000 mujeres en el año 2003 (Chirlaque M.D, y cols., 2009) (Mapa nº 4).

Esta diferencia entre la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca y la de los registros poblacionales de cáncer mencionados, puede ser debida, a que son datos de años anteriores a los datos de nuestro estudio, y teniendo en cuenta que este tipo de tumor tiene una incidencia progresiva, las diferencias entre estas tasas de incidencia, pueden ser debidas a los distintos años en los que se han realizado ambos estudios.

En las provincias de la comunidad autónoma de Euskadi para el año 2006, las tasas de incidencia de cáncer de mama ajustadas a la población europea también fueron inferiores a las de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, así Álava tuvo 83,4 casos/100.000 mujeres, Guipúzcoa 81,2 casos/100.000 mujeres y Vizcaya 91,8 casos/100.000 mujeres (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011) (Mapa nº 4).

MAPA Nº 4. CÁNCER DE MAMA EN MUJERES



ROJO
VERDE

(TASA DE INCIDENCIA MÁS ELEVADA)
(TASA DE INCIDENCIA MENOR)

En la provincia de Salamanca la incidencia de cáncer de mama fue superior a otras provincias españolas, si bien es cierto que las referencias citadas corresponden a años anteriores al periodo estudiado en el presente trabajo, salvo, los datos referidos a las provincias de la comunidad autónoma de Euskadi que corresponden al año 2006 pero que en todo caso fueron inferiores a las tasa de incidencia de cáncer de mama en la provincia de Salamanca en ese mismo año.

El aumento de la tasa de incidencia se debe a los programas de detección precoz de cáncer de mama mediante mamografías, que aumentan en un principio los casos de este tipo de tumor, pero luego tiende a disminuir, porque se reduce el número de casos “silentes” que no habían sido detectados con anterioridad. Finalmente la incidencia se estabiliza o crecerá dependiendo de los factores de riesgo (Marina-Pollán y cols., 2009).

Con la transferencia de las competencias sanitarias a la comunidades autónomas, los programas de diagnóstico precoz de cáncer de mama se han ido implantando paulatinamente desde 1992 en las distintas comunidades autónomas (Vidal Lancis C. y cols. 2010).

El primer programa de detección precoz de cáncer de mama se puso en marcha en Navarra en 1990 (Marina Pollán y cols. 2007).

En la provincia de Salamanca se instauró en el año 1994 un programa de detección precoz del cáncer de mama. Una vez trasferidas las competencias sanitarias a la Junta de Castilla y León, se ha mantenido este programa, pero fue en septiembre del 2004 cuando este programa incluyó dentro de la población diana a todas las mujeres de entre 45 y 69 años. Por lo tanto, es a partir del año 2004 cuando queda cubierta toda la población femenina de nuestra comunidad

Si observamos las tasas específicas de cáncer de mama en nuestra provincia, observamos que las mayores tasas específicas las encontramos en las mujeres que están incluidas dentro de los programas de detección precoz de cáncer de mama (entre 45 y 69 años) y sobretodo en las mujeres con edades comprendidas entre los 55 y 69 años. Produciéndose un aumento paulatino desde el año 2006 al año 2008, pero destacando especialmente el aumento de la tasa específica de las mujeres de entre 55 y 59 años en el año 2008 (Gráfico nº 177).

**TASAS ESPECIFICAS DE INCIDENCIA DE CÁNCER DE MAMA
(CASOS/100.000 MUJERES) EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN EL
PERIODO 2006-2008.**

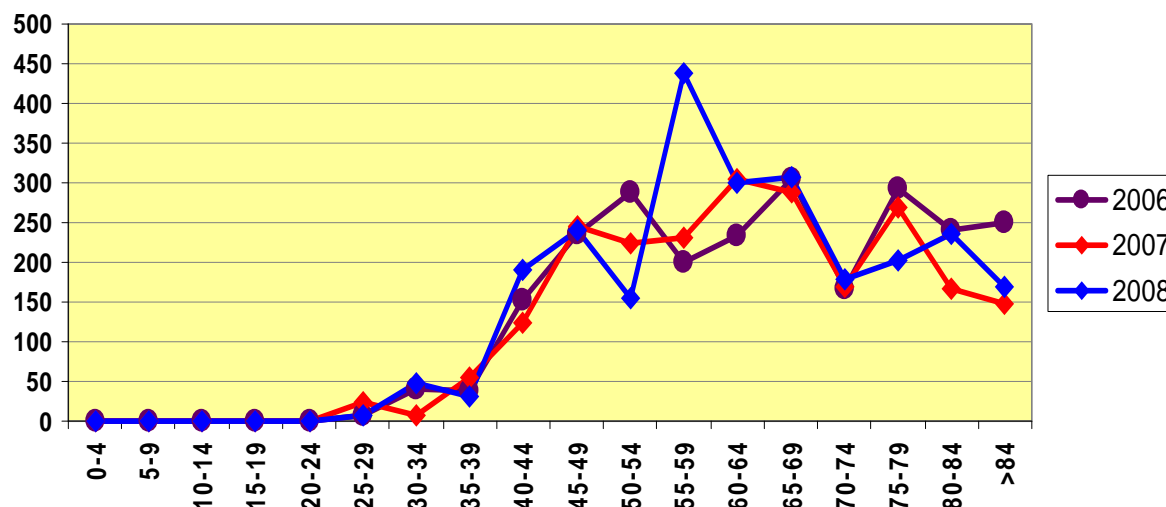


GRÁFICO N° 177

Con respecto a otros factores de riesgo para padecer cáncer de mama, no parece que en la provincia de Salamanca, la forma de vida de nuestra provincia (dieta, obesidad, actividad física, maternidad, lactancia materna, exposición a hormonas exógenas), sea muy distinta a otras provincias de España, por lo que la influencia sobre la tasa de incidencia de cáncer de mama no debe ser significativa.

Dentro de nuestra provincia si que existe una mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de mama entre las mujeres de la ciudad, respecto a las mujeres de la zona rural, esto puede ser debido, a que las mujeres de la ciudad tienen los riesgos por los que ha aumentado la incidencia para este tipo de tumor, como por ejemplo: tener hijos a edades más avanzadas, tienen menor número de hijos, uso de anticonceptivos, THS, etc., mientras que las mujeres de más de 55 años de la población rural eran de costumbres clásicas.

Con respecto a la edad media de las mujeres en las que se diagnóstico cáncer de mama en la provincia de Salamanca, esta edad, fue descendiendo desde el año 2006 en el que la edad media era de 63,04 años a los 61,21 años del año 2008. Lo mismo ocurre con la edad mediana que va descendiendo desde los 64 años del año 2006 a los 60 años del año 2008.

5.4 CÁNCER DE COLORRECTAL.

El cáncer colorrectal es un problema sanitario de primer orden en los países occidentales. En España representa el 15% de la incidencia de todos los tumores (Andreu García M, y cols. 2009).

El cáncer colorrectal es el segundo tumor de mayor incidencia y mortalidad en España tras el de pulmón en varones, y el de mama en mujeres (Béjar L, y cols. 2009).

El cáncer colorrectal supuso casi el 20% del total de los casos de cáncer detectados en la provincia de Salamanca en cada uno de los tres años del periodo 2006-2008.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer colorrectal, fue la segunda más alta después del cáncer de mama en mujeres y del cáncer de próstata en hombres con excepción del año 2008 que pasó a ser la tercera más alta en hombres después de la tasa de incidencia del cáncer de próstata y del cáncer de pulmón.

En nuestra provincia, la tasa de incidencia de cáncer colorrectal en hombres fue muy similar en los tres años, aunque desciende levemente desde el año 2006 al año 2008. En cambio en mujeres, aunque esta tasa de incidencia fue en todo el periodo menor en mujeres que en hombres, se aprecia un importante aumento en el sexo femenino en el año 2008 con respecto a los dos años anteriores.

En hombres la tasa de incidencia de cáncer colorrectal en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, fue de 58,31 casos/100.000 hombres.

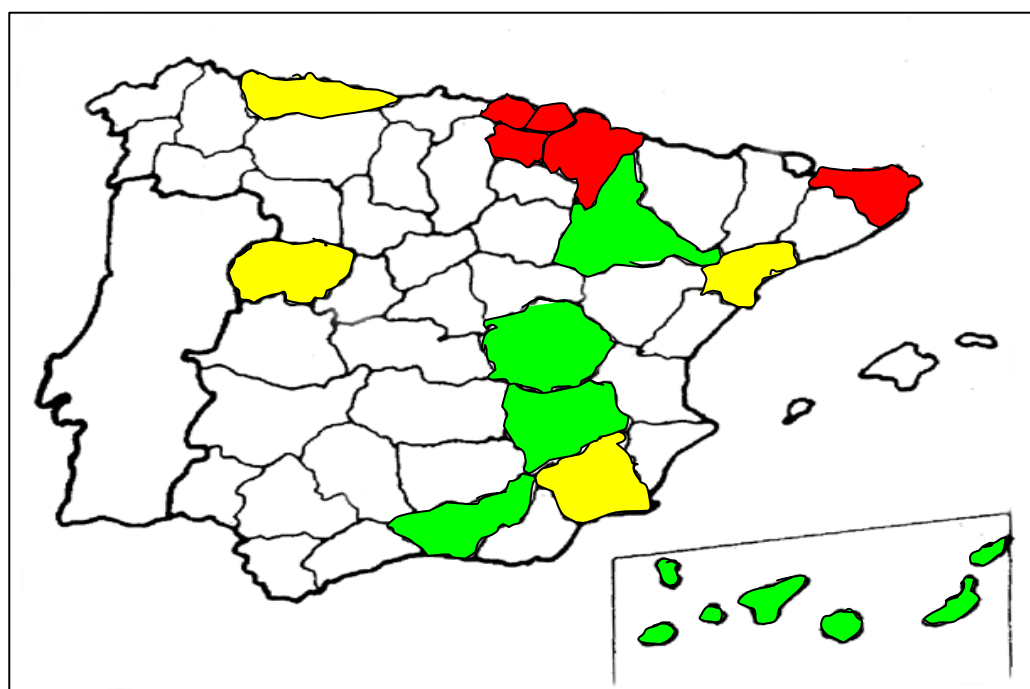
Comparando la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer colorrectal en hombres de la provincia de Salamanca, con las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de cáncer colorrectal en el sexo masculino de otras provincias de España con registros poblacionales de cáncer homologados por la IARC, observamos que provincias como Álava en el año 2006 con una tasa de incidencia de 74,5 casos/100.000 hombres, o Guipúzcoa y Vizcaya con 73,2 casos/100.000 hombres y 74,7 casos/100.000 hombres respectivamente (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011), Girona

con 65,05 casos/100.00 hombres en el periodo 1998-2002 (Cabanes Domenech A, y cols. 2009), presentaban unas tasas de incidencia de cáncer colorrectal ajustadas a la población europea superiores a la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 5).

Otras provincias como Tarragona con 60,61 casos/100.00 hombres, Navarra con 58,29 casos/100.000 hombres en el periodo 1998-2002, Asturias con 55,19 casos/100.000 hombres en el periodo 1996-2002 (Cabanes Domenech A, y cols. 2009), o la Región de Murcia que en el año 2003 tuvieron una tasa de incidencia de 60,2 casos/100.000 hombres (Chirlaque M.D, y cols., 2009), presentaron unas tasas de incidencia similares a la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca (Mapa nº 5).

Por el contrario, comunidades autónomas como, Canarias con 45,39 casos/100.000 hombres en el periodo 1997-2002 o provincias como Zaragoza con 43,63 casos/100.000 hombres en el periodo 1996-2002, Granada con 43,56 casos/100.000 hombres, Cuenca con 41,37 casos/100.000 hombres o Albacete con 39,28 casos/100.000 hombres en el periodo 1998-2002 (Cabanes Domenech A, y cols. 2009), tenían unas tasas de incidencia de cáncer colorrectal ajustadas a la población europea menores que la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 5).

MAPA Nº 5. CÁNCER COLORRECTAL EN HOMBRES



ROJO (TASA DE INCIDENCIA MÁS ELEVADA)
AMARILLO (TASA DE INCIDENCIA SIMILAR)
VERDE (TASA DE INCIDENCIA MENOR)

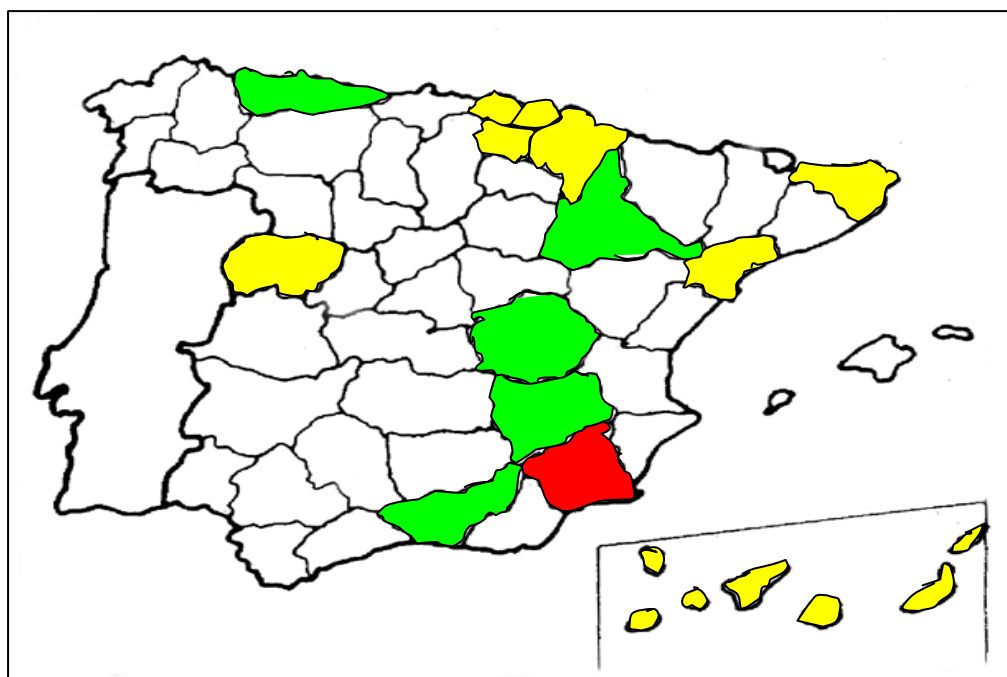
En mujeres la tasa de incidencia de cáncer colorrectal en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, fue en el sexo femenino de 36,94 casos/100.000 mujeres. Aunque hemos de destacar el aumento que se produce en el año 2008 de la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer colorrectal, seguramente debido al aumento de la determinación del antígeno carcinoembrionario (CEA) por parte de Atención Primaria.

Comparando este dato con el de otros registros poblacionales de cáncer, encontramos que la Región de Murcia con una tasa de incidencia ajustada a la población europea en el año 2003 de 43,7 casos/100.000 mujeres (Chirlaque M.D, y cols., 2009) tiene una tasa de incidencia superior a la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 6).

En cambio esta tasa de incidencia en nuestra provincia en el periodo 2006-2008 fue similar a las tasas de incidencia de provincias como Vizcaya, Guipuzcoa y Álava que en el año 2006 tenían 35,4, 32,2 y 31,2 casos/100.000 mujeres respectivamente (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011), Girona con 35,4 casos/100.000 mujeres, Tarragona con 37,21 casos/100.000 mujeres, Navarra que en el periodo 1998-2002 su tasa de incidencia era de 32,15 casos/100.000 mujeres y Canarias con una tasa de incidencia en el periodo 1997-2002 de 30,28 casos/100.000 mujeres (Cabanes Domenech A, y cols. 2009) (Mapa nº 6).

Por el contrario, las tasa de incidencia de cáncer colorrectal ajustada a la población europea de nuestra provincia en los años 2006 y 2007 fueron superiores a las tasas de incidencia de provincias como Zaragoza con 26,92 casos/100.000 mujeres en el periodo 1996-2002, Granada con 28,12 casos/100.000 mujeres, Cuenca con 26,61 casos/100.000 mujeres y Albacete con 24,78 casos/100.000 mujeres en el periodo 1998-2002, o comunidades autónomas como Asturias con 27,57 casos/100.000 mujeres en el periodo 1996-2002 (Cabanes Domenech A, y cols. 2009) (Mapa nº 6).

MAPA Nº 6. CÁNCER COLORRECTAL EN MUJERES



ROJO (TASA DE INCIDENCIA MÁS ELEVADA)
AMARILLO (TASA DE INCIDENCIA SIMILAR)
VERDE (TASA DE INCIDENCIA MENOR)

Sin embargo hay que significar el aumento en el año 2008 de la tasa de incidencia de cáncer colorrectal en el sexo femenino de la provincia de Salamanca, quedando por encima de las tasas de incidencia de las provincias de España de las que tenemos datos y que hemos referenciado anteriormente.

5.5 CÁNCER DE PRÓSTATA.

El cáncer de próstata es a nivel mundial el segundo cáncer más común en los hombres, y en la Unión Europea es el cáncer más común entre los varones. La incidencia de este tipo de cáncer en España nos coloca en una situación de baja intermedia en el contexto de los países de la Unión Europea (Cayuela A, y cols. 2008).

En todos los registros españoles se ha constatado un incremento de la incidencia del cáncer de próstata, debido al envejecimiento de la población por un aumento de la esperanza de vida, la utilización para el diagnóstico del antígeno prostático específico (PSA), y la mejora y extensión de los métodos diagnósticos por imagen (Granado de la Orden S, y cols. 2006).

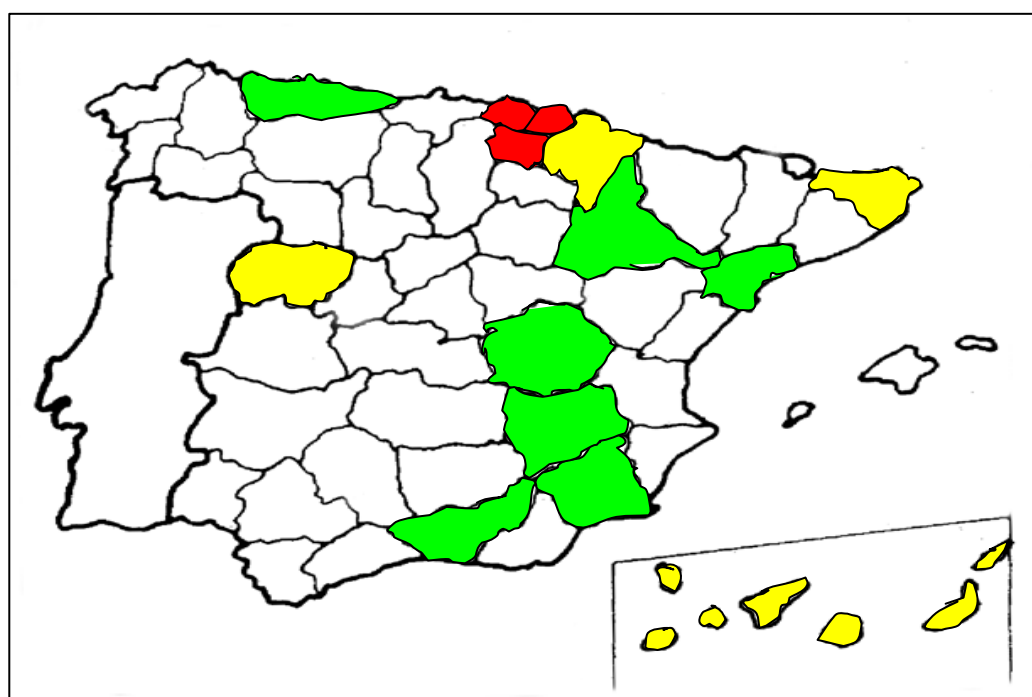
En la provincia de Salamanca la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de próstata en el periodo 2006-2008, se sitúa en 88,50 casos/100.00 hombres, aunque debemos significar que en el año 2008 esta tasa de incidencia sufre un importante incremento con respecto a los dos años anteriores, debido al aumento de las pruebas de determinación del antígeno prostático específico (PSA) que se está generalizando por parte de los equipos de atención primaria en los pacientes mayores de 50 años en incluso con edades inferiores. Dato que es corroborado en la literatura científica por (Coldman AJ, y cols. 2003).

Las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de cáncer de próstata de provincias de España con registros poblacionales de cáncer homologados por la IARC, tales como Guipuzcoa con 120,7 casos/100.000 hombres, Vizcaya con 104,8 casos/100.000 hombres y Álava con 120,7 casos/100.000 hombres (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011), nos muestran unas tasas de incidencia superiores a la tasa de incidencia de nuestra provincia en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 7).

En cambio, otras provincias como Canarias con 85,20 casos/100.000 hombres en el periodo 1997-2002, Girona con 88,52 casos/100.000 hombres y Navarra con 86,98 casos/100.000 hombres en el periodo 1998-2002 (Cabanes Domenech A, y cols. 2009), tienen unas tasas de incidencia similares a la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 7).

Otras provincias y regiones nos muestran unas tasas de incidencia inferior a la de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, tales como la comunidad Asturiana con 71,79 casos/100.000 hombres en el periodo 1996-2002, Tarragona con 67,88 casos/100.000 hombres, Albacete con 63,06 casos/100.000 hombres, Cuenca con 47,81 casos/100.000 hombres y Granada con 44,54 casos/100.000 hombres, todas ellas en el periodo 1998-2002 y Zaragoza con 62,90 casos/100.000 hombres en el periodo 1996-2002 (Cabanes Domenech A, y cols. 2009), Murcia con una tasa de incidencia de 72,3 casos/100.000 hombres en el año 2003 (Chirlaque M.D, y cols., 2009) (Mapa nº 7).

MAPA Nº 7. CÁNCER DE PRÓSTATA



ROJO (TASA DE INCIDENCIA MÁS ELEVADA)
AMARILLO (TASA DE INCIDENCIA SIMILAR)
VERDE (TASA DE INCIDENCIA MENOR)

En la provincia de Salamanca, analizando los resultados obtenidos en la ciudad y en la zona rural, comprobamos que las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de cáncer de próstata (salvo en el año 2006), fueron mayores en la ciudad que en la zona rural.

Igualmente, podemos observar que las tasas de incidencia tanto de la ciudad como de la zona rural, permanecieron más o menos estables en los años 2006 y 2007 y sufrieron un

importante aumento en ambas zonas en el año 2008, por motivo del uso generalizado de la determinación del antígeno prostático específico (PSA) para cribado de este tipo de cáncer.

El aumento de la incidencia se debe al uso generalizado en los varones mayores de 50 años de la determinación del antígeno prostático específico (PSA) por parte de Atención Primaria, que dispara las tasas de incidencia de cáncer de próstata (Cepeda Piomo J, y cols. 2005).

5.6 CÁNCER DE PULMÓN.

El cáncer broncopulmonar también es un importante problema de salud, debido a que además de ser uno de los más frecuentes, es el que ocasiona una mayor mortalidad a nivel mundial (Youlden D R, y cols. 2008).

El cáncer de pulmón con una incidencia de 71,8 casos/100.000 hombres y 21 casos 100.000 mujeres representa la primera causa de muerte en Europa (Gwenn Menvielle y cols. 2009).

En España en el año 2005, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de pulmón se sitúan en los varones en 55,8 casos/100.000 hombres que es similar a la media de los países del sur de Europa y en mujeres en 5,4 casos/100.000 mujeres, siendo una de las más bajas del contexto continental (Hernández Hernández J R, 2008).

La tasa de incidencia de cáncer de pulmón para los hombres españoles en el año 2005 era inferior a la de los varones del centro de Europa, pero mayor que la tasa de incidencia de los hombres de los países del oeste y norte de Europa que redujeron el consumo del tabaco varias décadas antes que los españoles (Hernández Hernández J R, 2008).

En las mujeres españolas se ha producido desde el año 2000 un significativo aumento del cáncer de pulmón, debido al aumento del hábito de fumar entre el sexo femenino, pasando desde el año 1992 al 2004, de una tasa de incidencia de 3,2 casos/100.000 mujeres a 15,12 casos/100.000 mujeres (Bernal M, y cols. 2005).

En Castilla y León las tasas de incidencia ajustadas a la población mundial de cáncer de pulmón en el año 2007 fueron de 38,31 casos/100.000 hombres en el caso de los varones y de 5,58 casos/100.000 mujeres en el caso del sexo femenino (Hernández Hernández y cols. 2010).

En la provincia de Salamanca, en el periodo 2006-2008 teniendo en cuenta la población global (sin distinción de sexos), el cáncer de pulmón se situó por orden de

frecuencia en cuanto al diagnóstico, como el cuarto tumor con mayor incidencia en los años 2006 y 2008 y como el quinto con mayor incidencia en el año 2007.

En el sexo masculino se produjo un aumento de la tasa de incidencia ajustada a la población europea desde el año 2006 al año 2008. Por orden de frecuencia en su diagnóstico, fue el cuarto tumor sólido más frecuente en los años 2006 y 2007, y el segundo más frecuente en el año 2008. La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de pulmón en hombres de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 fue de 48,11 casos/100.000 hombres.

En el sexo femenino la tasa de incidencia ajustada a la población europea para este tipo de tumor permaneció estable en los años 2006 y 2008, y descendió en el año 2007. La tasa de incidencia ajustada a la población europea fue de 7,13 casos/100.000 mujeres. En cuanto a su frecuencia en el diagnóstico, lo encontramos como el octavo tumor con mayor incidencia en los años 2006 y 2007 y como el sexto en el año 2008.

La razón de tasas de incidencia hombre/mujer nos mostró en todos los años del trienio estudiado, una incidencia mucho más elevada de este tipo de cáncer en hombres que en mujeres, así encontramos una razón de tasas de 4,6 en el año 2006, de 9,1 en el año 2007 y de 7,26 en el año 2008.

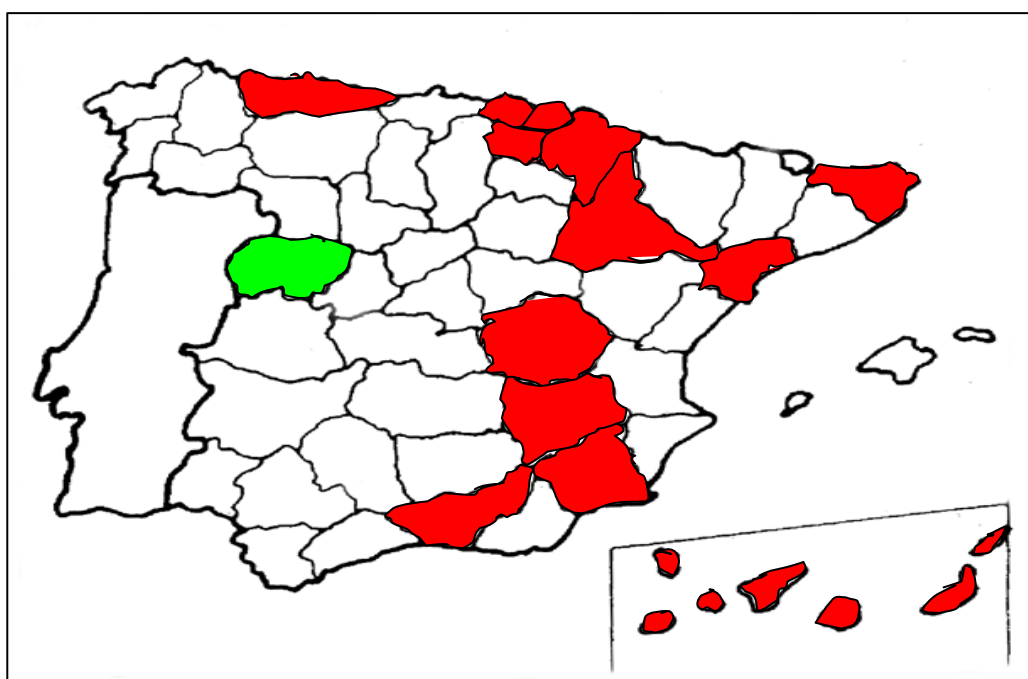
Comparando la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de pulmón en los varones en la provincia de Salamanca, con las tasas de incidencia ajustada a la población europea en los varones de otras provincias y regiones de España según los datos aportados por los registros poblacionales de cáncer homologados por la IARC, comprobamos que provincias como Girona con 79,90 casos/100.000 hombres, Navarra con 75,22 casos/100.000 hombres, Tarragona 72,17 casos/100.000 hombres, Zaragoza con 70,57 casos/100.000 hombres, Granada con 63,15 casos/100.000 hombres, todas ellas en el periodo 1998-2002, Canarias con 72,25 casos/100.000 hombres en el periodo 1997-2002, Zaragoza con 70,57 casos/100.000 hombres y la Comunidad de Asturias con 82,46 casos/100.000 hombres en el periodo 1996-2002 (Cabanés Domenech A, y cols. 2009), todas ellas tenían unas tasas de incidencia ajustadas a la población europea más elevadas que la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 8).

También encontramos que la tasa de incidencia de la Región de Murcia en el año 2003 presentó una mayor tasa de incidencia con 68,3 casos/100.000 hombres (Chirlaque M.D, y cols., 2009) que la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 8).

Igualmente las tres provincias de Euskadi en el año 2006 presentaron una mayor tasa de incidencia en los varones, que la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, así Álava tuvo una tasa de incidencia de 71,4 casos/100.000 hombres, Guipuzcoa 70,8 casos/100.000 hombres y Vizcaya 82,5 casos/100.000 hombres (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011) (Mapa nº 8).

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de pulmón de nuestra provincia en hombres en el periodo 2006-2008, fue menor que las de otras provincias de España de las que se tiene datos (Mapa nº 8).

MAPA Nº 8. CÁNCER DE PULMÓN EN HOMBRES



ROJO
VERDE

(TASA DE INCIDENCIA MÁS ELEVADA)
(TASA DE INCIDENCIA MENOR)

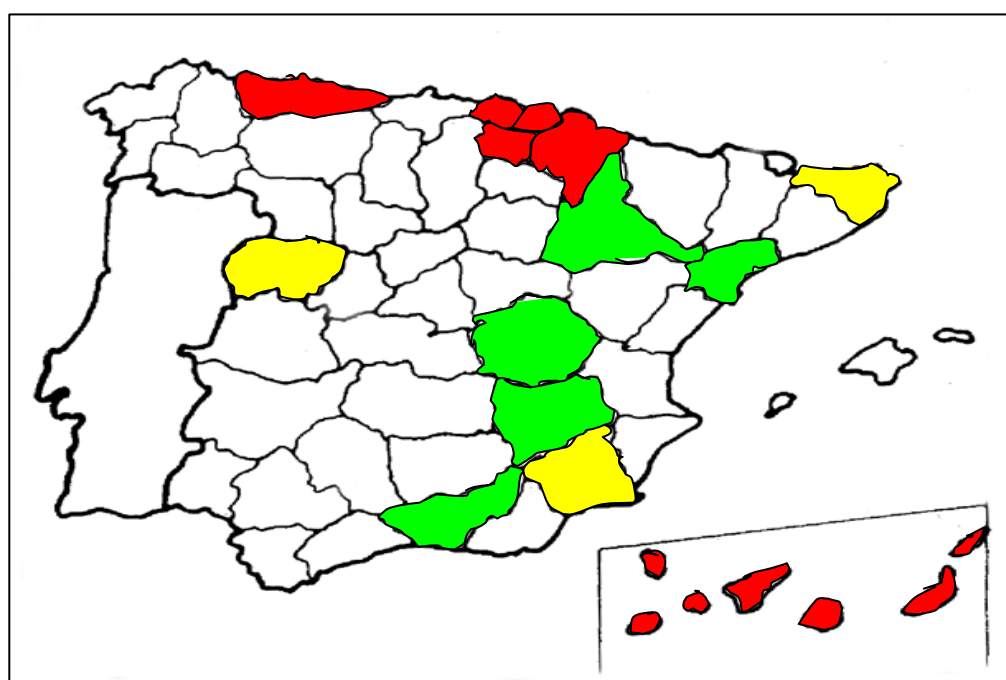
En relación con el sexo femenino, las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de cáncer de pulmón en mujeres de provincias y regiones como: Canarias en el periodo 1997-2002 con 10,52 casos/100.000 mujeres, Navarra con 9,46 casos/100.000 mujeres en el periodo 1998-2002, la comunidad de Asturias con 8,11 casos/100.000 mujeres

en el periodo 1996-2002 (Cabanes Domenech A, y cols. 2009), Álava con 13,1 casos/100.000 mujeres, Guipuzcoa con 14,2 casos/100.000 mujeres y Vizcaya con 16,3 casos/100.000 mujeres, todas ellas en el año 2006 (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011), fueron superiores a la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de pulmón de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 9).

La tasa de incidencia ajustada a la población europea para este tipo de cáncer en mujeres de las provincias de Girona con 7,45 casos/100.000 mujeres (Cabanes Domenech A, y cols. 2009), y Murcia con 7,9 casos/100.000 mujeres (Chirlaque M.D, y cols., 2009), fueron similares a la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 9).

En cambio, Tarragona con 5,88 casos/100.000 mujeres, Cuenca con 4,86 casos/100.000 mujeres, Albacete con 4,85 casos/100.000 mujeres, Granada con 4,60 casos/100.000 mujeres todas ellas en el periodo 1998-2002, Zaragoza con 5,59 casos/100.000 mujeres en el periodo 1996-2002 (Cabanes Domenech A, y cols. 2009); tienen tasas inferiores a la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 9).

MAPA Nº 9. CÁNCER DE PULMÓN EN MUJERES



ROJO	(TASA DE INCIDENCIA MÁS ELEVADA)
AMARILLO	(TASA DE INCIDENCIA SIMILAR)
VERDE	(TASA DE INCIDENCIA MENOR)

Existe un estudio sobre la incidencia del carcinoma broncopulmonar en Castilla y León y en Cantabria durante el año 2007, realizado por la Sociedad Castellano-Leonesa de patología respiratoria (Hernández Hernández JR y cols. 2010). Dicho estudio utiliza como dato la tasa de incidencia ajustada a la población mundial de todas las provincias de Castilla y León y de Cantabria en el año 2007 (Tabla nº 118)

TASA DE INCIDENCIA EN EL AÑO 2007 DE CÁNCER DE PULMÓN EN CASTILLA Y LEÓN AJUSTADA A LA POBLACIÓN MUNDIAL		
	HOMBRES	MUJERES
ÁVILA	32,28	4,75
BURGOS	36,79	6,31
LEÓN	53,56	6,87
PALENCIA	42,52	7,64
SALAMANCA	34,45	5,04
SEGOVIA	34,97	1,26
SORIA	27,83	9,42
VALLADOLID	33,28	4,38
ZAMORA	32,24	5,52
CASTILLA Y LEÓN	38,31	5,58
CANTABRIA	52,9	9,76

TABLA Nº 118

Fuente: (Hernández Hernández y cols. 2010)

En dicho estudio la tasa de incidencia de cáncer de pulmón en la provincia de Salamanca, fue el año 2007 en hombres de 34,45 casos/100.000 hombres y en las mujeres de 5,04 casos/100.000 mujeres.

En el estudio que hemos realizado, la tasa de incidencia ajustada a la población mundial de cáncer de pulmón en el año 2007 en la provincia de Salamanca, fue en los varones de 33,08 casos/100.000 hombres y en el caso de las mujeres de 4,03 casos/100.000 mujeres. Esta pequeña diferencia puede ser debido al uso para el calculo de las tasa de incidencia, de la población perteneciente al padrón municipal, que es la que fue utilizada en el trabajo realizado por la SOCALPAR y la población incluida en el Sistema Publico de Salud que fue la utilizada en nuestro estudio. Ambas poblaciones muestran una diferencia del 5% a favor del padrón municipal.

En todo caso, entre ambos estudios no existen diferencias significativas y encontramos que la tasa de incidencia ajustada a la población mundial de cáncer de pulmón en el año 2007 en nuestra provincia en el sexo masculino, fue inferior a la tasa de incidencia para este tipo de tumor de provincias como León, Palencia, Burgos y Segovia, fue similar a Valladolid y Zamora y superior a las provincias de Soria y Ávila.

En cuanto al sexo femenino la tasa de incidencia ajustada a la población mundial de cáncer de pulmón de la provincia de Salamanca en el año 2007 fue inferior a la tasa de incidencia de Soria, Palencia, León, Burgos, Zamora, Valladolid y Ávila y superior a la provincia de Segovia para ese mismo año.

El cáncer de pulmón en el año 2007, en los varones de la provincia de Salamanca, se situó en una posición intermedia baja entre todas las provincias de Castilla y León y en el sexo femenino, la provincia de Salamanca, fue la que presentó menos incidencia junto a Segovia.

Entre las mujeres de la provincia de Salamanca la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de pulmón (salvo con un pequeño descenso en el año 2007), permanece estable en los años 2006 y 2007 al contrario de la tendencia en las mujeres españolas, en las que el cáncer de pulmón experimentó un notable aumento desde el año 2000 (Bernal M, y cols. 2005).

En la ciudad y en la zona rural de la provincia de Salamanca, la tasa de incidencia ajustada a la población europea para este tipo de tumor en la población global, fue más elevada en el año 2006 en la zona rural que en la ciudad pero invirtiéndose esta tendencia en los dos sucesivos años en los que la tasa de incidencia de la ciudad fue superior a la de la zona rural.

Tanto en hombres como en mujeres, la tasa de incidencia de cáncer de pulmón, fue mayor en la ciudad que en la zona rural, salvo en el año 2006 en el que se invierte esta tendencia como hemos comentado anteriormente.

En la ciudad la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de pulmón aumentó significativamente en los varones desde el año 2006 al año 2008. En mujeres, esta tasa de incidencia, permaneció estable, salvo en el año 2007 que descendió.

En los varones de la zona rural, la tasa de incidencia permaneció estable en los dos primeros años del periodo 2006-2008, y aumentó en el año 2008. En cambio en el sexo femenino permaneció estable en todo el periodo.

5.7 CÁNCER UROTELIAL.

El cáncer de vejiga urinaria es el cuarto tumor más frecuente en el hombre y el octavo más frecuente en la mujer. Es más frecuente en el sexo masculino que en el sexo femenino (Palou J, y cols. 2007).

El cáncer de vejiga urinaria tiene una elevada incidencia en los países con mayor desarrollo económico e industrial. Este tipo de tumor es frecuente en España y en las últimas décadas se ha producido un aumento de la incidencia de este tipo de tumor (Urrutia G, y cols. 2002).

En la población global de la provincia de Salamanca, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer urotelial fue la cuarta tasa de incidencia más elevada de todos los tumores sólidos diagnosticados en el año 2007 y la quinta tasa de incidencia más elevada en los años 2006 y 2008.

En hombres el cáncer urotelial, tiene la tercera tasa de incidencia más elevada en los años 2006 y 2007 y la cuarta tasa de incidencia más elevada en el año 2008.

En cambio en el sexo femenino, la tasa de incidencia ajustada a la población europea fue la décimo sexta en el año 2006, la décimo cuarta en el año 2007 y la décima en el año 2008.

En la provincia de Salamanca el 93% de todos los canceres uroteliales que se diagnosticaron en el periodo 2006-2008, fueron canceres de vejiga.

A lo largo del periodo 2006-2008 la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer urotelial en la población global de la provincia de Salamanca, permaneció con cifras muy similares. En el año 2006 la tasa de incidencia ajustada a la población europea fue de 20,51 casos 100.000/habitantes, en el año 2007 fue de 24,4 casos 100.000/habitantes y en el año 2008 de 22,84 casos 100.000/habitantes.

La tasa de incidencia de cáncer urotelial en la provincia de Salamanca fue significativamente mayor en hombres que en mujeres en todo el periodo estudiado. Así la razón de tasas de incidencia hombre/mujer fue de 20 en el año 2006, en el año 2007 de 14,1 y en el año 2008 de 7,6.

En hombres la tasa de incidencia ajustada a la población europea de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 fue de 44,23 casos 100.000/hombres.

En el sexo femenino esta tasa de incidencia se situó en 3,068 casos 100.000/mujeres, en el periodo 2006-2008.

En la provincia de Salamanca la tasa de incidencia de cáncer urotelial en varones se elevó en el año 2007 para a continuación, descender en el año 2008 a cifras muy similares a las del año 2006. En el sexo femenino la tasa de incidencia fue aumentando levemente desde el año 2006 al año 2008, pero con tasas de incidencia muy bajas en comparación a las tasas de incidencia del sexo masculino.

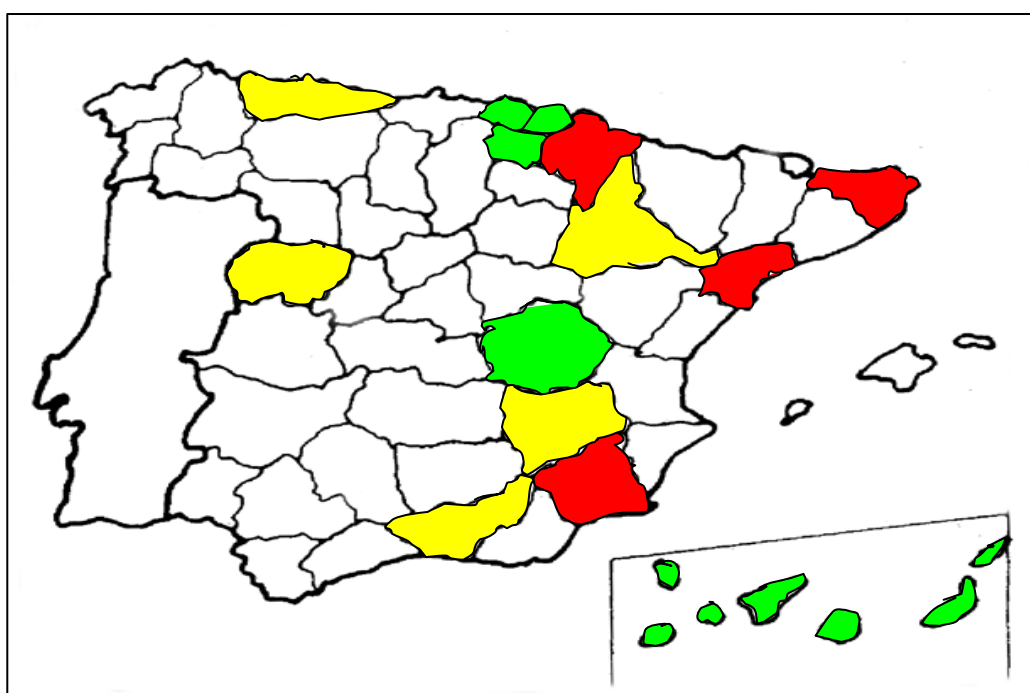
Comparando la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer urotelial de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, con las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de cáncer urotelial de otras provincias y comunidades de nuestro país con registros poblacionales de cáncer homologados por la IARC, obtenemos que en el sexo masculino, la tasa de incidencia de cáncer urotelial de provincias como Tarragona en el periodo 1998-20002 con 56,37 casos 100.000/hombres, Navarra con 54,09 casos 100.000/hombres, Girona con 53,08 casos/100.000 hombres (Cabanés Domenech, A y cols., 2009), o de provincias como Murcia que en el año 2003 tenía una tasa de incidencia de 56,8 casos 100.000 hombres (Chirlaque M.D, y cols., 2009), fueron más elevadas que la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 10).

En cambio, nuestra provincia mostró en el periodo estudiado, una tasa de incidencia ajustadas la población europea de cáncer urotelial muy similar a las tasas de incidencia de provincias como Zaragoza con 45,26 casos/100.000 hombres en el periodo 1996-2002, Granada con 45,06 casos/100.000 hombres y Albacete con 41,34 casos/100.000 hombres en el periodo 1998-2002, la comunidad de Asturias con 44,01 casos/100.000 hombres en el periodo 1996-2002 (Cabanés Domenech A, y cols. 2009) (Mapa nº 10).

Por el contrario, provincias como Cuenca con una tasa de incidencia de 33,62 casos/100.000 hombres en el periodo 1998-2002, Canarias que en el periodo 1997-2002 tenía una tasa de incidencia de 32,89 casos/100.000 mujeres (Cabanes Domenech A, y cols. 2009) o de provincias como Álava con 37,9 casos/100.000 hombres, Vizcaya con 37,3 casos/100.000 hombres y Guipuzcoa con 29,9 casos/100.000 hombres todas ellas en el año 2006 (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011), tenían unas tasas de incidencia menores a la tasa de incidencia en la provincia de Salamanca en el periodo estudiado (Mapa nº 10).

Por lo tanto, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer urotelial en varones de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, ocupa una posición intermedia con relación a las tasas de incidencia para este tipo de cáncer de otras provincias españolas de las que tenemos datos (Mapa nº 10).

MAPA Nº 10. CÁNCER UROTELIAL EN HOMBRES



ROJO (TASA DE INCIDENCIA MÁS ELEVADA)
AMARILLO (TASA DE INCIDENCIA SIMILAR)
VERDE (TASA DE INCIDENCIA MENOR)

En relación al sexo femenino, las tasas de incidencia ajustada a la población europea de cáncer urotelial de provincias como Tarragona con 8,20 casos/100.000 mujeres, Navarra con 7,50 casos/100.000 mujeres, Girona con 7,19 casos/100.000 mujeres, Cuenca con 5,09

5.8 CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO.

El cáncer de cabeza y cuello representa el 5-10% de todos los procesos malignos y origina aproximadamente el 5% de todas las muertes por cáncer. No obstante, las publicaciones sobre la incidencia de este tipo de cáncer en nuestro país son escasas (Granell Navarro J, Puig Rullán A. 2004).

En la provincia de Salamanca a lo largo del periodo 2006-2008, los casos de cáncer de cabeza y cuello diagnosticados anualmente en la población global supusieron entre 4-6% de todos los tumores sólidos. En el caso del sexo masculino, supusieron entre el 6-8% de todos los tumores sólidos y en el sexo femenino el 2%.

El cáncer de cabeza y cuello, fue en la población global de la provincia de Salamanca el sexto tumor sólido con mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea en los años 2006 y 2008 y el séptimo tumor sólido con mayor tasa de incidencia en el año 2007. En hombres este tipo de cáncer fue el quinto tumor sólido con mayor tasa de incidencia en todos los años del periodo 2006-2008. En mujeres el cáncer de cabeza y cuello fue el décimo tumor sólido con mayor tasa de incidencia en los años 2006 y 2007 y el undécimo en el año 2008.

En el sexo masculino de la provincia de Salamanca, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de cabeza y cuello, fue en todos los años del periodo estudiado mucho más elevada en hombres que en mujeres. Así en varones la tasa de incidencia en el periodo 2006-2008 se situó en 28,29 casos/100.000 hombres. En el sexo femenino la tasa de incidencia fue en este mismo periodo de 5,18 casos/100.000 mujeres.

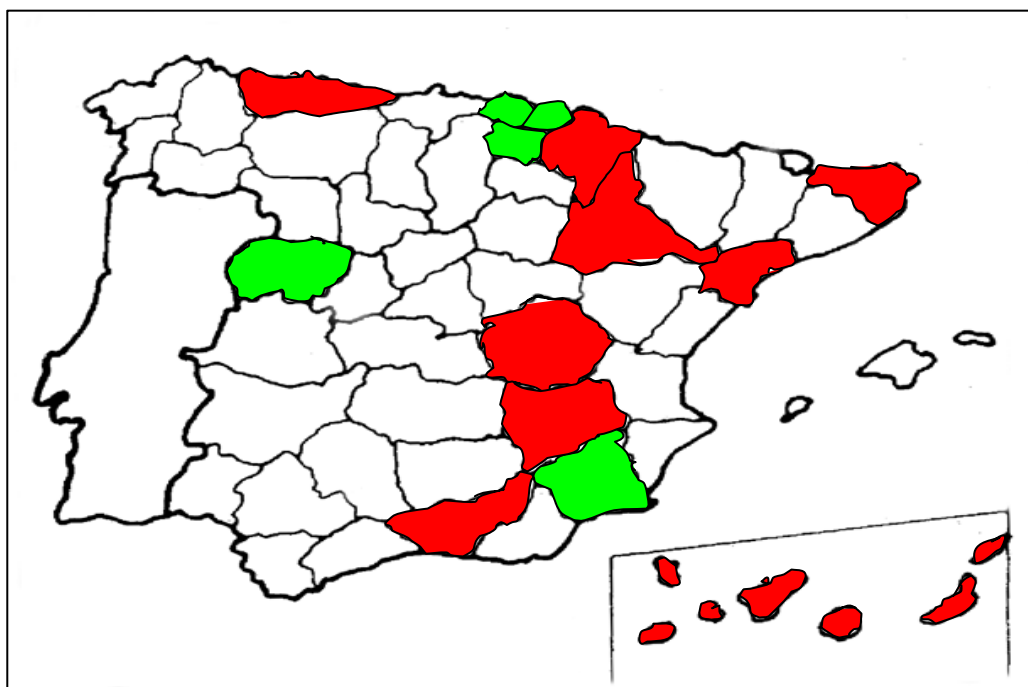
El rango de tasas de incidencia hombre/mujer, nos mostró una mayor incidencia de este tipo de cáncer en hombres que en mujeres a lo largo de todo el periodo 2006-2008.

Comparando la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de cabeza y cuello en hombres de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 con las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de cáncer de cabeza y cuello de los varones de otras provincias y regiones de España con registros poblacionales de cáncer homologados por la IARC, comprobamos que Canarias con 55,68 casos/100.000 hombres en el periodo 1997-

2002, la comunidad de Asturias en el periodo 1996-2002 con 49,62 casos/100.000 hombres, o las provincias de Granada con 45,66 casos/100.000 hombres, Navarra con 42 casos/100.000 hombres, Tarragona con 41,36 casos/100.000 hombres, Albacete con 40,54 casos/100.000 hombres, Zaragoza con 38,94 (casos/100.000 hombres), Cuenca con 38,25 casos/100.000 hombres y Girona con 37,25 casos/100.000 hombres (Cabanes Domenech A, y cols. 2009), tuvieron unas tasas de incidencia para este tipo de cáncer superiores a la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 12).

Otras provincias como Vizcaya con 28 casos/100.000 hombres, Guipuzcoa con 26,2 (casos/100.000 hombres), Álava con 23,6 casos/100.000 hombres (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011); o la región de Murcia que en el año 2003, con una tasa de incidencia ajustada a la población europea de 27,8 casos/100.000 hombres (Chirlaque M.D, y cols., 2009), tuvieron todas ellas unas tasas de incidencia de cáncer de cabeza y cuello, muy parecidas a la tasa de incidencia provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 12).

MAPA Nº 12. CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO EN HOMBRES



ROJO
VERDE

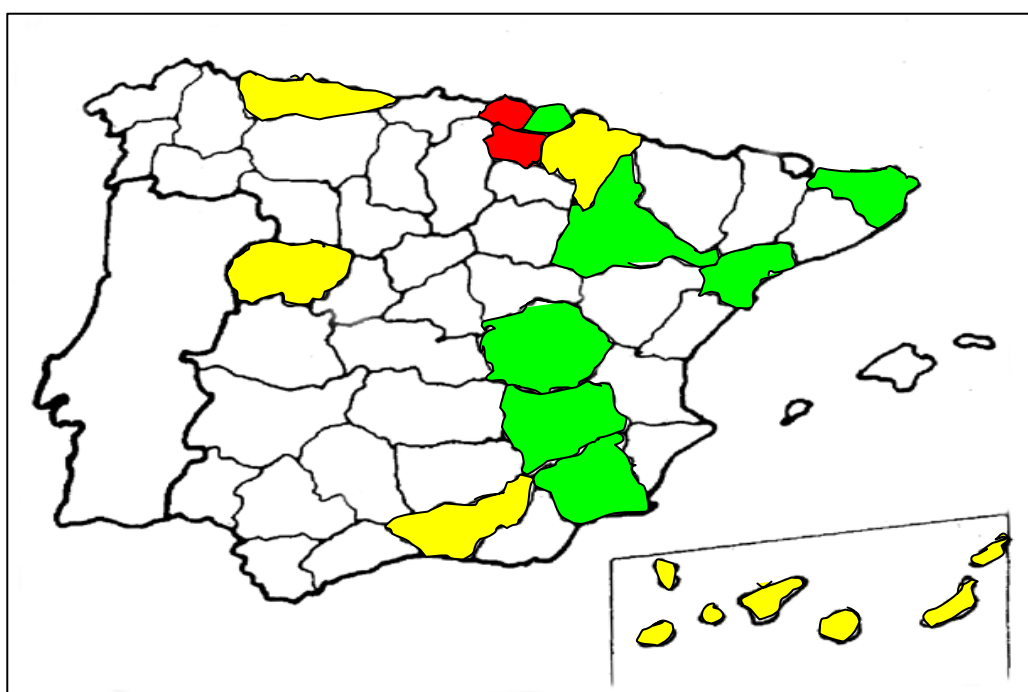
(TASA DE INCIDENCIA MÁS ELEVADA)
(TASA DE INCIDENCIA MENOR)

En mujeres, provincias como Álava con 8 casos/100.000 mujeres, Vizcaya con 7,4 casos/100.000 mujeres, ambas en el año 2006 (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011) tienen unas tasas de incidencia ajustadas a la población europea de cáncer de cabeza y cuello superiores a la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 13)

Otras regiones como Canarias y Asturias con 5,43 y 5,29 casos/100.000 mujeres respectivamente en el periodo 1996-2002, y provincias como Granada con 5,05 casos/100.000 mujeres, Navarra con 4,75 casos/100.000 mujeres (Cabanes Domenech A, y cols. 2009), mostraron unas tasas de incidencia similares a la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 13).

Cuenca con 4,28 casos/100.000 mujeres, Tarragona con 4,04 casos/100.000 mujeres, Albacete con 4,03 casos/100.000 mujeres, Girona con 4,02 casos/100.000 mujeres, Zaragoza 3,58 casos/100.000 mujeres, todas ellas en el periodo 1998-2002, (Cabanes Domenech A, y cols. 2009), Guipuzcoa que en el año 2006 tenía una tasa de incidencia de 4,4 casos/100.000 mujeres (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011), la región de Murcia con una tasa de incidencia de 2,8 casos/100.000 mujeres en el año 2003 (Chirlaque M.D, y cols., 2009) mostraron todas ellas, unas tasas de incidencia menores a la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 13).

MAPA Nº 13. CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO EN MUJERES



ROJO (TASA DE INCIDENCIA MÁS ELEVADA)
AMARILLO (TASA DE INCIDENCIA SIMILAR)
VERDE (TASA DE INCIDENCIA MENOR)

En la provincia de Salamanca, distinguiendo entre la ciudad y la zona rural, la tasa de incidencia ajustada a la población europea fue mayor en la ciudad que en la zona rural, si bien en el año 2008 se igualaron en ambas zonas.

Distinguiendo entre sexos, las tasas de incidencia en hombres fueron siempre más elevadas que en mujeres, tanto en la ciudad como en la zona rural.

En hombres las tasas de incidencia ajustadas a la población europea para este tipo de cáncer, disminuyeron tanto en la ciudad como en la zona rural en los años 2007 y 2008 con respecto al año 2006.

En el sexo femenino estas tasas de incidencia fueron disminuyendo en la ciudad desde el año 2006 al año 2008. En cambio permanecieron constantes en la zona rural.

5.9 CÁNCER DE GÁSTRICO.

La incidencia de cáncer gástrico ha disminuido en los países industrializados en las últimas décadas. Existen diferencias geográficas en la incidencia de este tipo de cáncer, pero más de la mitad de los casos se dan en Japón y China (Khosravi Shahi P, Pérez Manga G. 2007).

En España se diagnostican entre 17-27 casos por cada 100.000 habitantes y año (Morales Chamorro R, y cols. 2005).

En la provincia de Salamanca la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer gástrico, fue disminuyendo paulatinamente desde el año 2006 al año 2008. Esta tasa de incidencia se situó en la población global en el periodo 2006-2008 en 13 casos/100.000 habitantes.

Distinguiendo entre sexos, las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de cáncer gástrico en varones en cada uno de los años del periodo 2006-2008 siempre fueron mayores que las correspondientes al sexo femenino en esos mismos años.

Tanto en hombres como en mujeres estas tasas de incidencia fueron disminuyendo desde el año 2006 al año 2008.

La razón de tasas de incidencia hombre/mujer para este tipo de tumor fue de 1,7 en los años 2006 y 2007, aumentando en el año 2008 hasta 2,6.

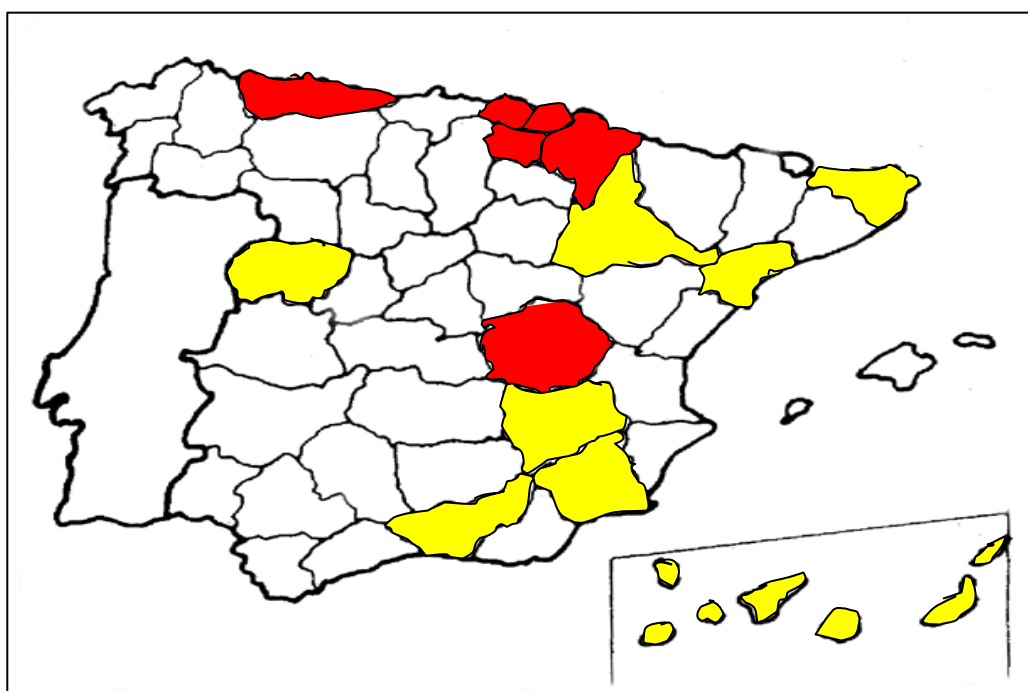
La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer gástrico en los varones de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, fue de 17,66 casos/100.000 hombres.

Comparando la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer gástrico en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, con las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de otras provincias y comunidades españolas con registros de cáncer homologados por la IARC, observamos que provincias como Álava con 30,1 casos/100.000 hombres, Vizcaya con 23,9 casos/100.000 hombres, Guipuzcoa con 20,9 casos/100.000

hombres, todas ellas en el año 2006 (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011), la comunidad de Asturias con 23,81 casos/100.000 hombres en el periodo 1996-2002, Navarra con 23,69 casos/100.000 hombres y Cuenca con 19,03 casos/100.000 hombres, ambas en el periodo 1998-2002 (Cabanes Domenech A, y cols. 2009), todas ellas tenían unas tasas de incidencia ajustadas a la población europea superiores a la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 14).

Otras provincias como Albacete con 18,80 casos/100.000 hombres, Tarragona con 18,56 casos/100.000 hombres, Girona con 18,47 casos/100.000 hombres, todas en el periodo 1998-2002, Zaragoza con 18,40 casos/100.000 hombres en el periodo 1996-2002, Granada y la comunidad de Canarias con 16,47 y 15,54 casos/100.000 hombres respectivamente en el periodo 1998-2002 (Cabanes Domenech A, y cols. 2009), la región de Murcia con 18,1 casos/100.000 hombres en el año 2003 (Chirlaque M.D, y cols., 2009), tenían todas ellas unas tasas de incidencia similares a la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 14).

MAPA Nº 14. CÁNCER GÁSTRICO EN HOMBRES



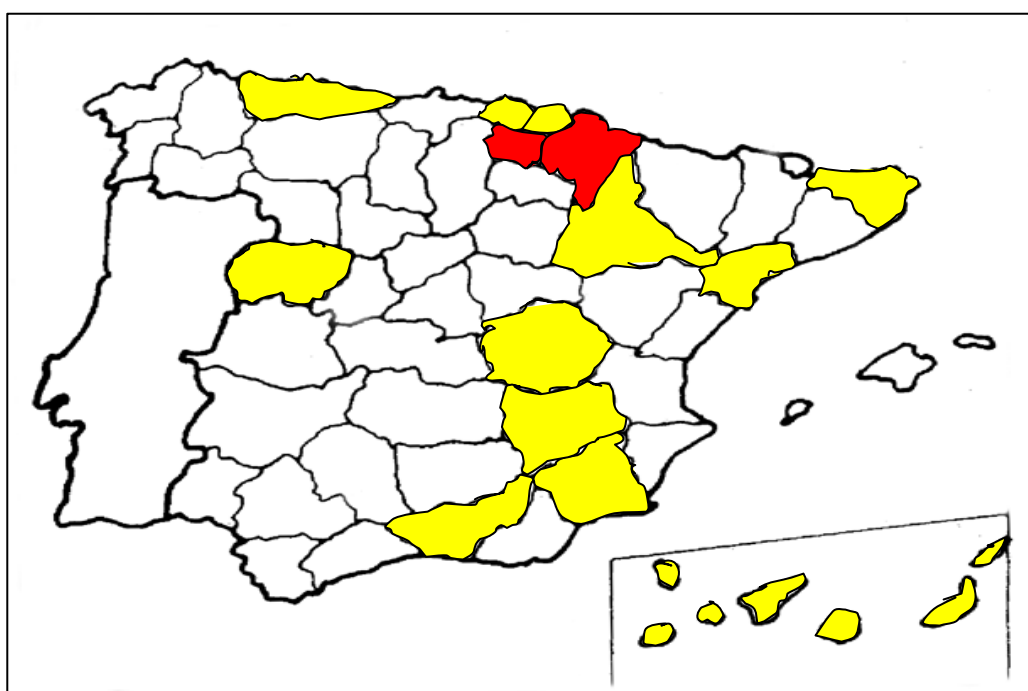
ROJO (TASA DE INCIDENCIA MÁS ELEVADA)
AMARILLO (TASA DE INCIDENCIA SIMILAR)

En el sexo femenino de la provincia de Salamanca, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer gástrico fue de 8,96 casos/100.000 mujeres.

Álava con 16,6 casos/100.000 mujeres en el año 2006 (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011), Navarra con 10,27 casos/100.000 mujeres en el periodo 1998-2002 (Cabanes Domenech A, y cols. 2009), tenían unas tasas de incidencia ajustada a la población europea de cáncer gástrico en mujeres, mayor que la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 15).

En cambio, provincias y regiones como Asturias con 9,82 casos/100.000 mujeres, Zaragoza con 8,59 casos/100.000 mujeres en el periodo 1996-2002, Girona con 9,75 casos/100.000 mujeres, Albacete con 8,74 casos/100.000 mujeres, Granada con 8,13 casos/100.000 mujeres, Tarragona con 8,04 casos/100.000, Cuenca con 7,60 casos/100.000 mujeres en el periodo 1998-2002, Canarias con 7,36 casos/100.000 mujeres en el periodo 1997-2002 (Cabanes Domenech A, y cols. 2009), Murcia con 7,2 casos/100.000 mujeres en el año 2003 (Chirlaque M.D, y cols., 2009), y las provincias de Vizcaya y Guipuzcoa con 7,8 y 7,6 casos/100.000 mujeres respectivamente en el año 2006 (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011), tenían todas ellas unas tasas de incidencia de cáncer gástrico en mujeres, similares a la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 15).

MAPA Nº 15. CÁNCER GÁSTRICO EN MUJERES



ROJO (TASA DE INCIDENCIA MÁS ELEVADA)
AMARILLO (TASA DE INCIDENCIA SIMILAR)

En la ciudad y en la zona rural de la provincia de Salamanca la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer gástrico en la población total, fue más elevada en la ciudad en los años 2006 y 2007, en cambio, la zona rural tuvo en el año 2007 una tasa de incidencia mayor que la tasa de incidencia de la ciudad.

Tanto en la ciudad como en la zona rural la tasa de incidencia para este tipo de tumor fue más elevada en hombres que en mujeres.

La tasa de incidencia del cáncer gástrico ha ido disminuyendo en nuestro país a lo largo de los años, las tasas de incidencia de este tipo de cáncer en otras provincias de España y que hemos referenciado en este trabajo, se refieren todas ellas a años anteriores a los de nuestro estudio, por este motivo, hemos de considerar que en los años coincidentes a los de nuestro estudio, estas tasas de incidencia puedan ser menores incluso, que la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el mismo periodo.

Según la investigadora del Instituto Carlos III, la incidencia del cáncer gástrico en la comunidad de Castilla y León tiene una alta mortalidad y por ende una alta incidencia, más que en el resto de España (Pollán M, y cols. 2007). Por este motivo, y dado que los resultados obtenidos en nuestro estudio nos dan una incidencia en ambos sexos que situaría a nuestra provincia en comparación con otras provincias con registros de cáncer homologados por la IARC (aunque en periodos de tiempo anteriores a nuestro estudio) en una situación intermedia, nos vemos en la obligación de comentar que nos hemos visto sorprendidos por los resultados obtenidos.

También es cierto que ocho tumores que habían sido diagnosticados anatómopatológicamente como cánceres de esófago, eran tumores de la unión gastroesofágica y deberíamos haberlos clasificado como tumores gástricos, pero aún así, la tasa de incidencia ajustada a la población europea no se modifica y la tendencia sigue siendo la misma.

5.10 CÁNCER DE ENDOMETRIO.

En todos los registros españoles homologados por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), el cáncer de endometrio fue el tercer tumor más frecuente en mujeres (Cabanés Domenech A, y cols. 2009).

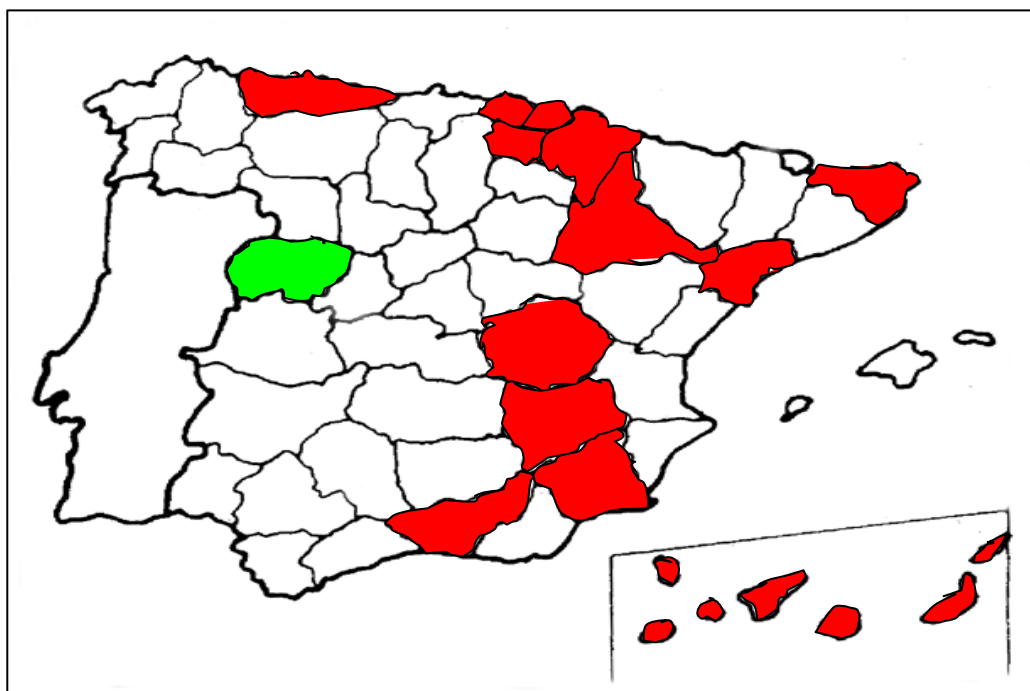
El cáncer de endometrio entre las mujeres de la provincia de Salamanca, fue el tercer tipo de tumor sólido con mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea en los años 2006 y 2007 y el cuarto en el año 2008 en la población femenina de la provincia. El número de casos que se diagnosticaron de cáncer de endometrio en el mencionado periodo, supusieron entre un 4,5 y un 7% de todos los tumores sólidos que se diagnosticaron en el sexo femenino.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de endometrio entre las mujeres de la provincia de Salamanca, fue de 10,18 casos/100.000 mujeres en el periodo 2006-2008.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de endometrio entre las mujeres de la provincia de Salamanca, fue menor que la tasa de incidencia para este tipo de cáncer entre las mujeres de otras provincias de España con registros homologados por la IARC.

Provincias como Navarra con 20,24 casos/100.000 mujeres, Granada con 19,18 casos/100.000 mujeres, Girona con 18,37 casos/100.000 mujeres, Tarragona con 17,61 casos/100.000 mujeres, Cuenca con 16,42 casos/100.000 mujeres, todas ellas en el periodo 1998-2002, la comunidad de Canarias con 16,39 casos/100.000 mujeres en el periodo 1997-2002, Zaragoza y la comunidad de Asturias con 15,29 y 14,56 casos/100.000 mujeres respectivamente en el periodo 1996-2002, la provincia de Albacete con 14,56 casos/100.000 mujeres en el periodo 1998-2002 (Cabanés Domenech A, y cols. 2009), la región de Murcia con 17,8 casos/100.000 mujeres en el año 2003 (Chirlaque M.D, y cols., 2009), Guipuzcoa con 20,5 casos/100.000 mujeres, Vizcaya con 21,4 casos/100.000 mujeres, Álava con 18,9 casos/100.000 mujeres, todas ellas en el año 2006 (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011), tenían unas tasas de incidencia ajustadas a la población europea de cáncer de endometrio superiores a la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 16).

MAPA Nº 16. CÁNCER DE ENDOMETRIO



ROJO
VERDE

(TASA DE INCIDENCIA MÁS ELEVADA)
(TASA DE INCIDENCIA MENOR)

5.11 CÁNCER DE CERVIX.

Durante el periodo 1980-2004 y utilizando datos de 13 registros poblacionales españoles, la incidencia del cáncer de cérvix disminuyó moderadamente en España, debido a las medidas encaminadas a su prevención y a las campañas de detección precoz (Pérez Gómez B, y cols. 2010).

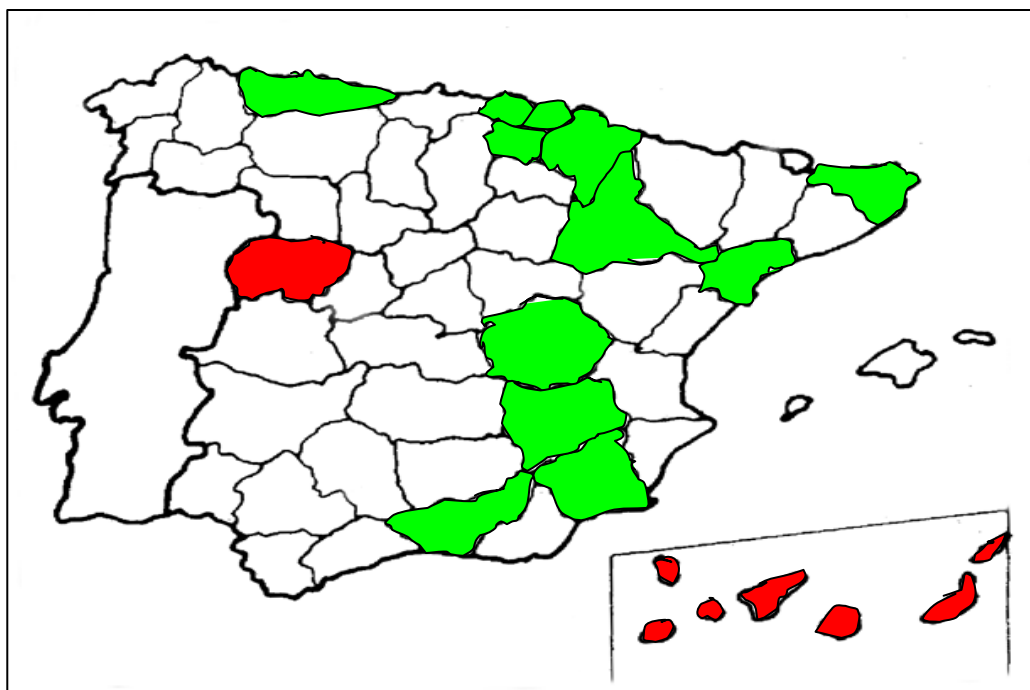
Entre las mujeres de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, el cáncer de cérvix, fue el sexto tumor sólido con la mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea en el año 2006, el cuarto en el año 2007 y el tercero en el año 2008. En el citado periodo entre el 3% y el 4% de todos los tumores sólidos diagnosticados en el sexo femenino, fueron de cáncer de cérvix.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de cérvix, en el periodo 2006-2008 en la provincia de Salamanca fue de 11,23 casos/100.000 mujeres.

Comparando esta tasa de incidencia con la de otras provincias y regiones españolas con registros poblacionales de cáncer homologados por la IARC, tenemos que Canarias con 11,37 casos/100.000 mujeres en el periodo 1997-2002, tenía una tasa de incidencia similar a la de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 17).

Por el contrario, otros registros como el de Asturias con 9,27 casos/100.000 mujeres en el periodo 1996-2002, Tarragona con 9,07 casos/100.000 mujeres, Girona con 8,44 casos/100.000 mujeres, Granada con 7,69 casos/100.000 mujeres, Cuenca con 6,76 casos/100.000 mujeres, Albacete con 6,69 casos/100.000 mujeres, Navarra con 5,47 casos/100.000 mujeres, todas ellas en el periodo 1998-2002, Zaragoza en el periodo 1996-2002 con 5,33 casos/100.000 mujeres (Cabanés Domenech A, y cols. 2009), Vizcaya con 8,3 casos/100.000 mujeres, Guipuzcoa con 6,9 casos/100.000 mujeres, Álava con 5,4 casos/100.000 mujeres, todas ellas en el año 2006 (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011), Murcia con 6,5 casos/100.000 mujeres (Chirlaque M.D, y cols., 2009), tenían tasas de incidencia ajustadas a la población europea menores que la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 17).

MAPA Nº 17. CÁNCER DE CÉRVIX



ROJO
MENOR

(TASA DE INCIDENCIA MÁS ELEVADA)
(TASA DE INCIDENCIA MENOR)

5.12 CÁNCER DE OVARIO.

En Europa en el año 2008 la quinta neoplasia más frecuente en mujeres, fue el cáncer de ovario con el 4,5% de casos totales (Ferlay J, y cols. 2010).

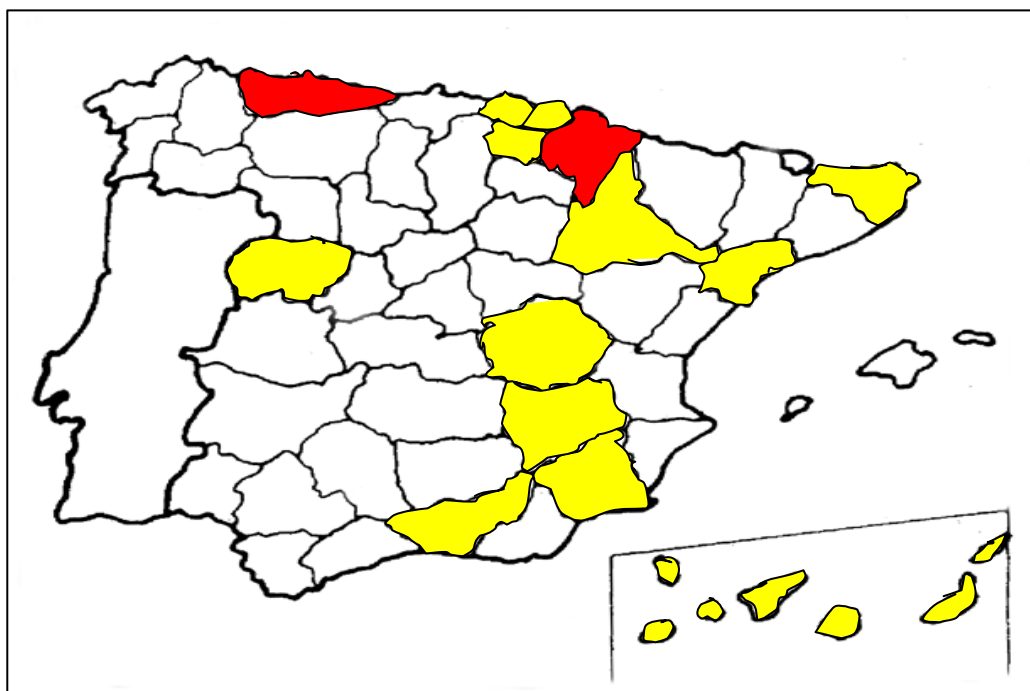
En la provincia de Salamanca, el cáncer de ovario fue el quinto tipo de cáncer más frecuente en mujeres en todos los años del trienio 2006-2008, con un número de casos que osciló entre el 3% y casi el 4% de todos los tumores sólidos diagnosticados en mujeres en el periodo estudiado.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de ovario en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, fue de 10,18 casos/100.000 mujeres.

Comparando la tasa de incidencia ajustada a la población europea de la provincia de Salamanca con las tasas de incidencia de otras provincias y regiones españolas con registros poblacionales de cáncer homologados por la IARC, tenemos que la comunidad de Asturias en el periodo 1996-2002 con 15,44 casos/100.000 mujeres, Navarra en el periodo 1998-2002 con 12,29 casos/100.000 mujeres (Cabanés Domenech A, y cols. 2009), la Región de Murcia con 12 casos/100.000 mujeres en el año 2003 (Chirlaque M.D, y cols., 2009), tenían unas tasas de incidencia ajustadas a la población europea superiores a la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 18).

Otras provincias y comunidades como Cuenca con 11,37 casos/100.000 mujeres, Tarragona con 11,02 casos/100.000 mujeres, Granada con 10,93 casos/100.000 mujeres, Girona con 10,84 casos/100.000 mujeres, Albacete con 8,66 casos/100.000 mujeres, todas ellas en el periodo 1998-2002, Canarias con 10,56 casos/100.000 mujeres en el periodo 1997-2002, Zaragoza con 9,46 casos/100.000 mujeres en el periodo 1998-2002 (Cabanés Domenech A, y cols. 2009), Vizcaya con 9,3 casos/100.000 mujeres, Álava con 9,1 casos/100.000 mujeres, Guipuzcoa con 8,4 casos/100.000 mujeres, todas ellas en el año 2006 (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011), tenían unas tasas de incidencia similares a la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 18).

MAPA Nº 18. CÁNCER DE OVARIO



ROJO (TASA DE INCIDENCIA MÁS ELEVADA)
AMARILLO (TASA DE INCIDENCIA SIMILAR)

5.13 MELANOMA.

España tiene una de las incidencias más bajas de melanoma, sin embargo es una de las patologías de mayor crecimiento en nuestro país, con un incremento del 181,3% en la tasa de incidencia en hombres y 205,3% de la tasa de incidencia en el sexo femenino. Representa el 1,3% y 2,5% de los tumores malignos en hombres y mujeres respectivamente (Sáez s, y cols. 2005).

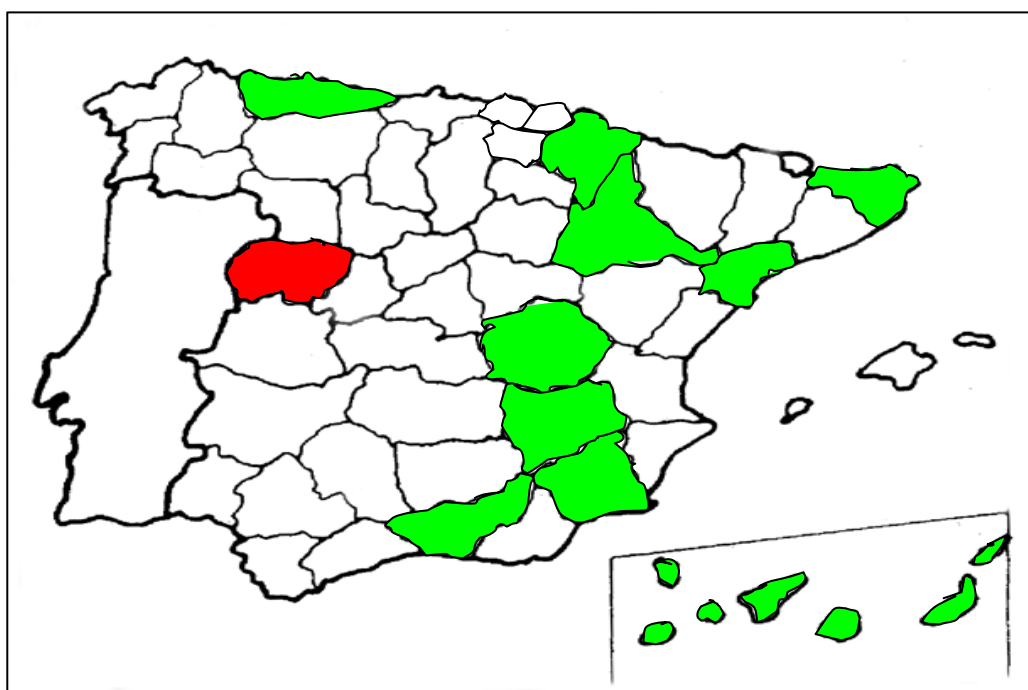
En la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, los melanomas diagnosticados, supusieron entre el 2,5%-4% de los tumores sólidos diagnosticados en hombres y entre el 1,5% y el 3% de los tumores sólidos diagnosticados en mujeres.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea para este tipo de cáncer en hombres de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 fue de 11,04 casos/100.000 hombres, y en el sexo femenino, fue en este mismo periodo de 5,37 casos/100.000 mujeres.

En todos los años del periodo 2006-2008 la tasa de incidencia fue más elevada en hombres que en mujeres salvo en el año 2006 que casi se igualó. Así la razón de tasas de incidencia hombre/mujer en el año 2006 fue de 1,05, en el año 2007 fue de 2,2 y en el año 2008 de 4,6.

Comparando la tasa de incidencia ajustada a la población europea de melanoma en los varones de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, con las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de melanoma en varones de provincias y regiones de España con registros poblacionales de cáncer homologados por la IARC, observamos que la tasa de incidencia para este tipo de tumor en varones de nuestra provincia fuer superior a las tasas de incidencia de Navarra con 9,18 casos/100.000 hombres, Tarragona con 8,04 casos/100.000 hombres, Girona con 7,05 casos/100.000 hombres, Albacete con 6,76 casos/100.000 hombres, Granada con 5,55 casos/100.000 hombres, todas ellas en el periodo 1998-2002; Canarias con 5,43 casos/100.000 hombres en el periodo 1997-2002, y Zaragoza y la comunidad de Asturias con 5,21 y 4,62 casos/100.000 hombres en el periodo 1996-2002 (Cabanés Domenech A, y cols. 2009), y la región de Murcia en el año 2003 (Chirlaque M.D, y cols., 2009). (Mapa nº 19).

MAPA N° 19. CANCER MELANOMA EN HOMBRES



ROJO
VERDE

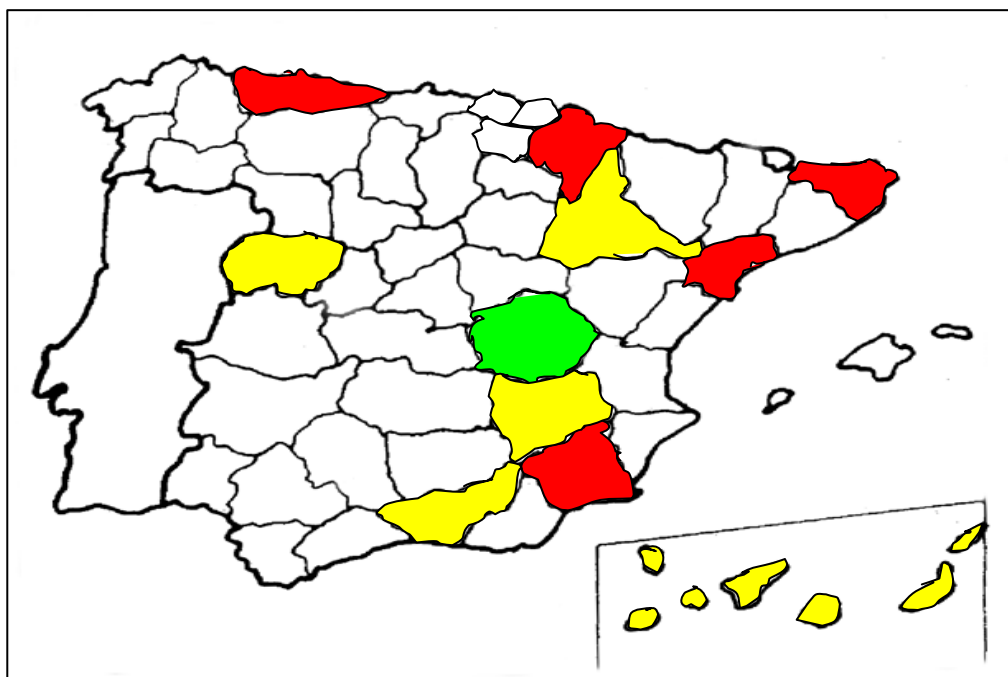
(TASA DE INCIDENCIA MÁS ELEVADA)
(TASA DE INCIDENCIA MENOR)

En el sexo femenino las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de melanoma de otras regiones y provincias de España como Tarragona con 10,4 casos/100.000 mujeres en periodo 1998-2002, Navarra y Girona con 9,26 y 8,48 casos/100.000 mujeres respectivamente en el periodo 1998-2002, Asturias con 7,52 casos/100.000 en el periodo 1996-2002 (Cabanes Domenech A, y cols. 2009), Murcia con 7,4 casos/100.000 mujeres en el año 2003 (Chirlaque M.D, y cols., 2009) tenían unas tasas de incidencia superiores a la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa n° 20).

En cambio, la tasa de incidencia de melanoma en mujeres en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 fue similar a la tasa de incidencia ajustada a la población europea de Canarias con 6,47 casos/100.000 mujeres en el periodo 1997-2002, Albacete con 6,31 casos/100.000 mujeres, Granada con 6,19 casos/100.000 mujeres, todas ellas en el periodo 1998-2002, y Zaragoza que en el periodo 1996-2002 tenía una tasa de incidencia de 5,29 casos/100.000 mujeres (Cabanes Domenech A, y cols. 2009). (Mapa n° 20).

Por el contrario, la tasa de incidencia de Cuenca con 3,04 casos/100.000 mujeres en el periodo 1998-2002 (Cabanes Domenech A, y cols. 2009), era menor que la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008.

MAPA N° 20. CÁNCER MELANOMA EN MUJERES



ROJO	(TASA DE INCIDENCIA MÁS ELEVADA)
AMARILLO	(TASA DE INCIDENCIA SIMILAR)
VERDE	(TASA DE INCIDENCIA MENOR)

5.14 SARCOMAS.

Los sarcomas en la población total de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, supusieron casi el 2% de todos los tumores sólidos diagnosticados. En varones supusieron algo menos del 2% de todos los tumores sólidos, y en mujeres entre el 2% y el 3% de todos los tumores sólidos diagnosticados en el periodo estudiado.

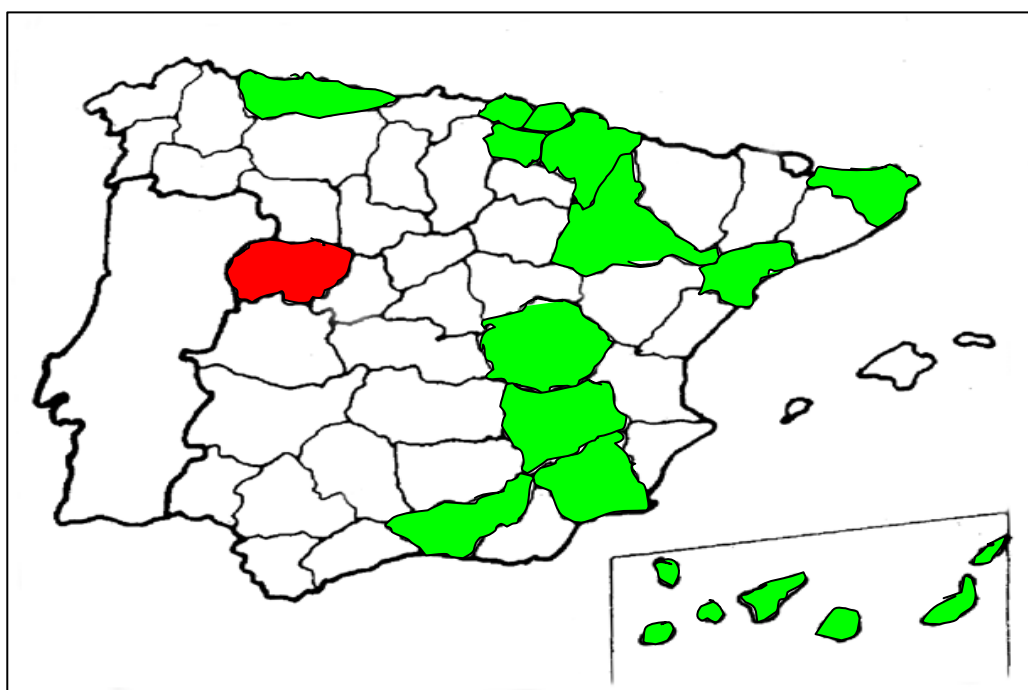
Las tasa de incidencia ajustadas a la población europea de sarcoma en hombres y en mujeres fue muy similar en los años 2006, fue algo más elevada en varones en el año 2007, y aumentó la tasa de incidencia en el sexo femenino, por encima de la tasa de incidencia del sexo masculino en el año 2008.

La razón de tasas de incidencia hombre/mujer, fue de 0,95 en el año 2006, de 1,2 en el año 2007 y pasó al 0,72 en el año 2008.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de sarcoma en varones, en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 fue de 6,34 casos/100.000.

Al comparar la tasa de incidencia ajustada a la población europea de sarcomas en los varones de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, con las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de sarcomas en varones de otras regiones y provincias de España con registros poblacionales de cáncer homologados por la IARC, encontramos que la tasa de incidencia de sarcomas en varones de la provincia de Salamanca fue superior a las tasas de incidencia de Girona con 4,75 casos/100.000 hombres, Tarragona con 3,93 casos/100.000 hombres, Granada con 3,67 casos/100.000 hombres, todas ellas en el periodo 2006-2008, Zaragoza con 3,72 casos/100.000 hombres en el periodo 1996-2002, Canarias con 3,22 casos/100.000 hombres en el periodo 1997-2002, Asturias con 2,92 casos/100.000 hombres en el periodo 1996-2002, Cuenca, Navarra y Albacete con 2,82, 2,75 y 2,5 casos/100.000 hombres respectivamente en el periodo 1998-2002 (Cabanes Domenech A, y cols. 2009), Murcia con 4,7 casos/100.000 hombres en el año 2003 (Chirlaque M.D, y cols., 2009), Guipuzcoa, Vizcaya y Álava con 4,9, 4,6 y 3,2 casos/100.000 hombres en el año 2006 (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011). (Mapa nº 21).

MAPA N° 21. SARCOMA EN HOMBRES



ROJO
VERDE

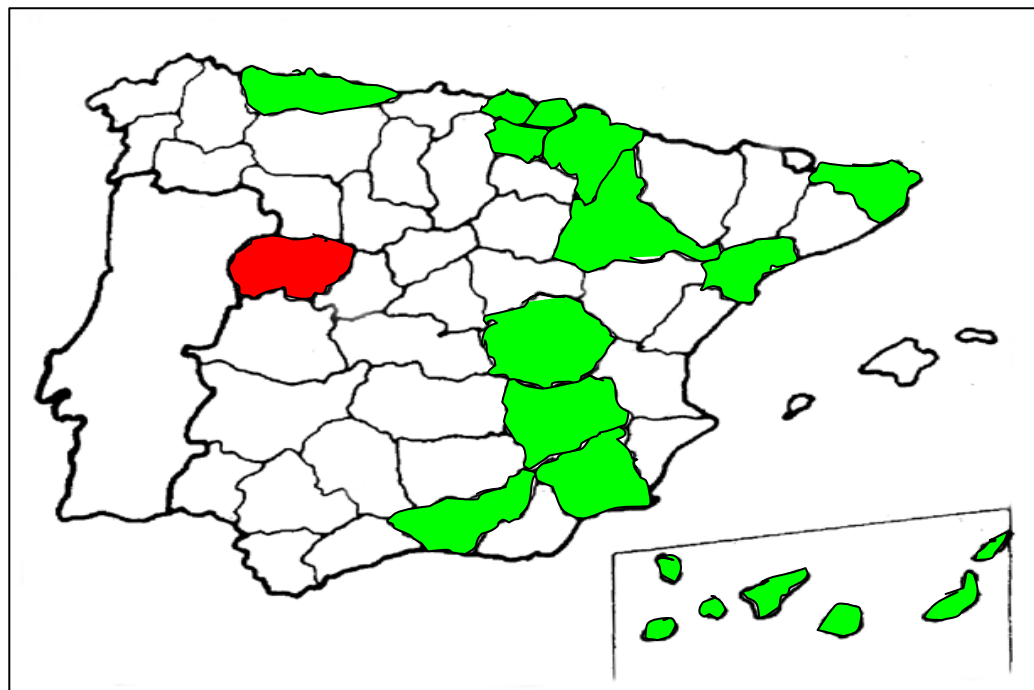
(TASA DE INCIDENCIA MÁS ELEVADA)
(TASA DE INCIDENCIA MENOR)

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de sarcomas en mujeres de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, fue de 6,69 casos/100.000 mujeres.

Comparando esta tasa de incidencia con las tasas de incidencia de sarcomas en el sexo femenino de otras regiones y provincias de España con registros poblacionales de cáncer homologados por la IARC, tenemos que la tasa de incidencia para este tipo de tumor en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, fue superior a las tasas de incidencia de Cuenca y Tarragona con 4,24 y 3,69 casos/100.000 mujeres respectivamente en el periodo 1998-2002, Zaragoza con 3,27 casos/100.000 mujeres en el periodo 1996-2002, Granada con 2,95 casos/100.000 mujeres, Girona con 2,87 casos/100.000 mujeres, Navarra con 2,7 casos/100.000 mujeres, Albacete con 2,1 casos/100.000 mujeres, todas ellas en el periodo 1998-2002, Asturias con 2,6 casos/100.000 mujeres en el periodo 1996-2002, Canarias con 2,19 casos/100.000 mujeres en el periodo 1997-2002 (Cabanés Domenech A, y cols. 2009), la región de Murcia con 3,3 casos/100.000 mujeres en el año 2003 (Chirlaque M.D, y cols.,

2009), Guipuzcoa, Álava y Vizcaya con 4,7, 3,9 y 3,1 casos/100.000 mujeres en el año 2006 (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011). (Mapa nº 22).

MAPA Nº 22. SARCOMA EN MUJERES



ROJO
VERDE

(TASA DE INCIDENCIA MÁS ELEVADA)
(TASA DE INCIDENCIA MENOR)

5.15 CÁNCER DE TIROIDES.

En la Unión Europea en el año 1998 el cáncer de tiroides alcanzó una tasa de incidencia ajustada a la población europea de 2,27 casos/100.000 varones y de 5,58 casos/100.000/mujeres, la tasa de incidencia en nuestro país es similar al promedio de la Unión europea con 2,12 casos/100.000 hombres y 5,42 casos/100.000 mujeres (Lope Carvajal V, Pollán Santamaría M, 2005).

En la provincia de Salamanca en el trienio 2006-2008, el cáncer de tiroides supuso menos del 1% de todos los tumores sólidos diagnosticados en varones y entre el 2%-3,5% de todos los tumores sólidos diagnosticados en mujeres.

La incidencia de cáncer de tiroides fue más frecuente en las mujeres que en los hombres en todos los años del periodo estudiado. La razón de las tasas de incidencia hombre/mujer fue de 0,6 en el año 2006, de 0,2 en el año 2007 y de 0,3 en el año 2008.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de tiroides en varones de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 fue de 3,16 casos/100.000 hombres.

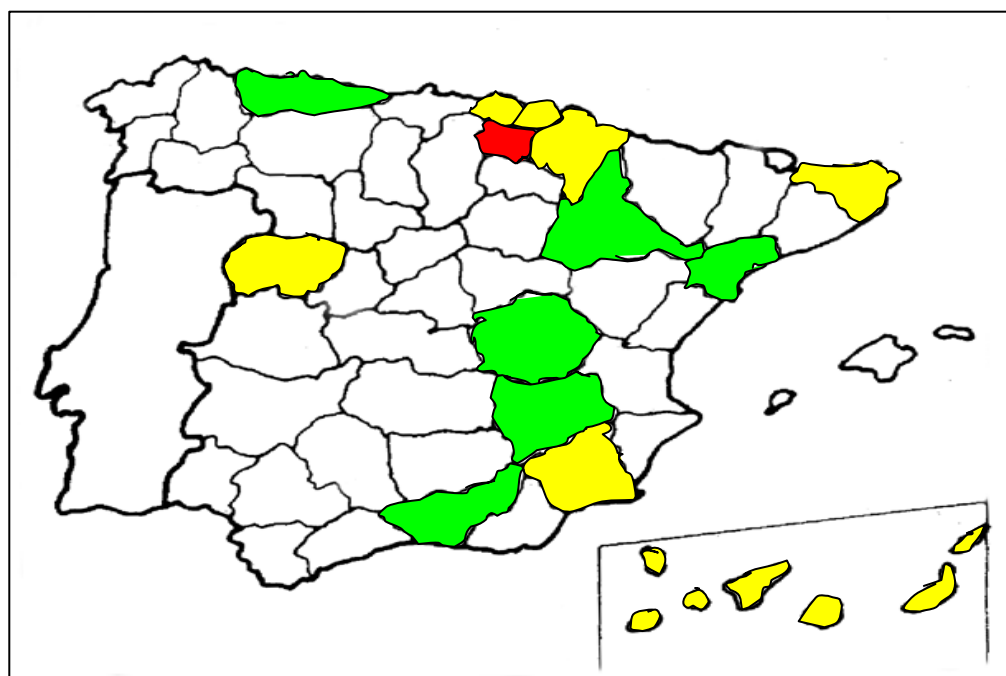
Comparando la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de tiroides en los varones de la provincia de Salamanca en el trienio 2006-2008, con las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de los varones de otras provincias y regiones de España que tienen registros poblacionales de cáncer homologados por la IARC, comprobamos que en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, la tasa de incidencia fue menor a la tasa de incidencia de Álava con 5,4 casos/100.000 hombres en el año 2006 (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011) (Mapa nº 23).

En cambio la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo estudiado fue similar a las tasas de incidencia de Navarra con 3,25 casos/100.000 hombres, Girona con 2,86 casos/100.000 hombres en el periodo 1998-2002, Canarias con 2,32 casos/100.000 hombres en el periodo 1997-2002 (Cabanés Domenech A, y cols. 2009), Vizcaya y Guipuzcoa con 2,5 y 2,1 casos/100.000 hombres respectivamente en el año 2006

(Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011), Murcia con 2,8 casos/100.000 hombres en el año 2003 (Chirlaque M.D, y cols., 2009). (Mapa nº 23).

Por el contrario la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 fue superior a las tasas de incidencia de provincias como Tarragona con 1,94 casos/100.000 hombres, Cuenca con 1,44 casos/100.000 hombres, Albacete con 1,37 casos/100.000 hombres, Granada con 1,27 casos/100.000 hombres, todas ellas en el periodo 1998-2002, y Asturias y Zaragoza con 1,80 y 1,71 casos/100.000 hombres en el periodo 1996-2002 (Cabanes Domenech A, y cols. 2009). (Mapa nº 23).

MAPA Nº 23. CÁNCER DE TIROIDES EN HOMBRES



ROJO	(TASA DE INCIDENCIA MÁS ELEVADA)
AMARILLO	(TASA DE INCIDENCIA SIMILAR)
VERDE	(TASA DE INCIDENCIA MENOR)

En mujeres, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de tiroides en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, fue de 8,75 casos/100.000 mujeres.

Comparando estas tasas de incidencia con las tasas de incidencia de otras provincias y regiones de España, tenemos que la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 tuvo

En la ciudad de Salamanca, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de tiroides en la población global, fue en todos los años del periodo 2006-2008, más elevada que en la zona rural. Según algunos autores, no se observan diferencias en la incidencia del cáncer de tiroides entre el medio urbano y el medio rural (Ron E. 1996).

Tanto en la ciudad como en la zona rural, la tasa de incidencia para este tipo de cáncer fue más elevada en mujeres que en hombres. Esta tendencia coincide con la tendencia en nuestro país en el año 1998 (Lope Carvajal V, Pollán Santamaría M, 2005).

5.16 CÁNCER DE RIÑÓN.

En la sociedad occidental se ha producido un constante aumento del cáncer renal. Durante las últimas décadas del S XX este tipo de cáncer alcanzó en nuestro país una incidencia en varones de 4,8-11,3 casos/100.000 hombres y una incidencia en mujeres de 2,3-4,1 casos/100.000 mujeres (Anglada Curado FJ, y cols. 2009).

En la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, los casos diagnosticados constituyeron entre el 1,5%-2,5% de todos los tumores sólidos diagnosticados en varones y menos del 2% de los tumores sólidos diagnosticados en mujeres.

En la provincia de Salamanca en el periodo estudiado, la tasa de incidencia ajustada a la población europea para este tipo de tumor, fue similar para ambos sexos en el año 2006, aumentando progresivamente en varones en los dos años siguientes y manteniéndose en cifras similares en los tres años del trienio 2006-2008 en mujeres.

Así, la razón de tasas de incidencia hombre/mujer fue de 1,1 en el año 2006, aumentando a 2,6 y a 3 en los años 2007 y 2008 respectivamente.

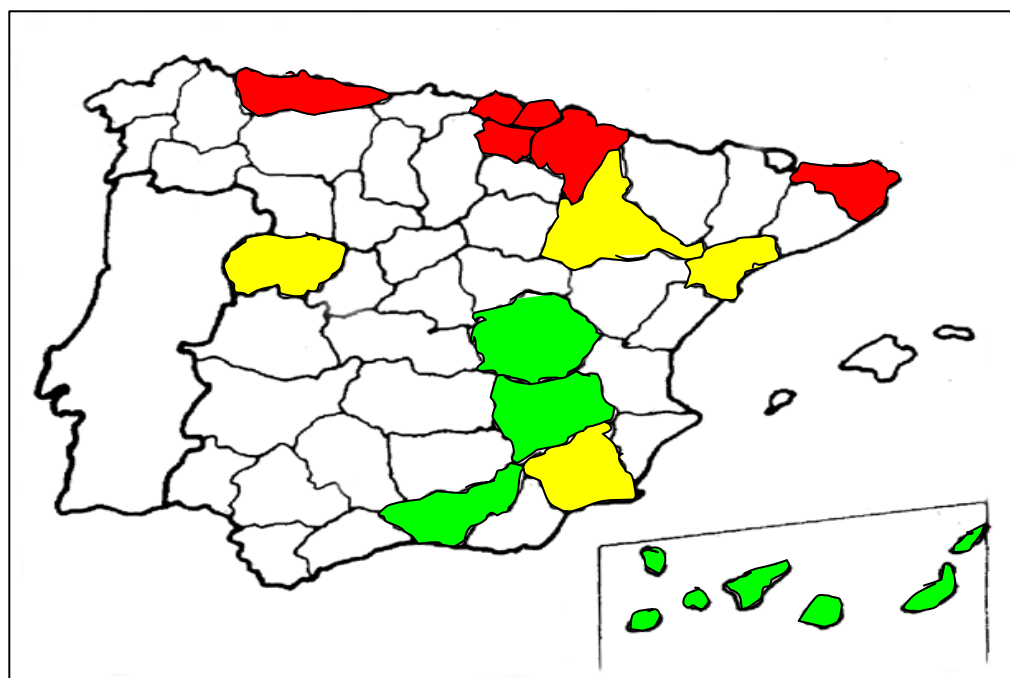
La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de riñón en varones de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, fue de 9,46 casos/100.000 hombres.

Comparando esta tasa de incidencia con las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de cáncer de riñón de otras provincias y regiones españolas con registros poblacionales de cáncer homologados por la IARC, encontramos que en el periodo 2006-2008 la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca, fue inferior a la tasa de incidencia de Guipuzcoa con 18,5 casos/100.000 hombres, Álava con 17,8 casos/100.000 hombres, Vizcaya con 15,9 casos/100.000 hombres, todas ellas en el año 2006 (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011), Asturias con 13,40 casos/100.000 hombres en el periodo 1996-2002, Navarra y Girona con 13,16 y 10,42 casos/100.000 hombres respectivamente en el periodo 1998-2002 (Cabanes Domenech A, y cols. 2009) (Mapa nº 25).

En cambio otras provincias como Tarragona con 8,69 casos/100.000 hombres en el periodo 1998-2002, Zaragoza con 8,01 casos/100.000 hombres en el periodo 1996-2002 (Cabanes Domenech A, y cols. 2009), Murcia con 8,5 casos/100.000 hombres en el año 2003 (Chirlaque M.D, y cols., 2009) mostraron unas tasas de incidencia similares a la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 (Mapa nº 25).

Otras provincias como Cuenca con 6,95 casos/100.000 hombres, Albacete con 6,91 casos/100.000 hombres, Granada con 6,26 casos/100.000 hombres, todas ellas en el periodo 1998-2002, Canarias con 6,30 casos/100.000 hombres en el periodo 1997-2002 (Cabanes Domenech A, y cols. 2009), tenían unas tasas de incidencia menores a la tasa de incidencia de Salamanca en el periodo estudiado (Mapa nº 25).

MAPA Nº 25. CÁNCER DE RIÑÓN EN HOMBRES

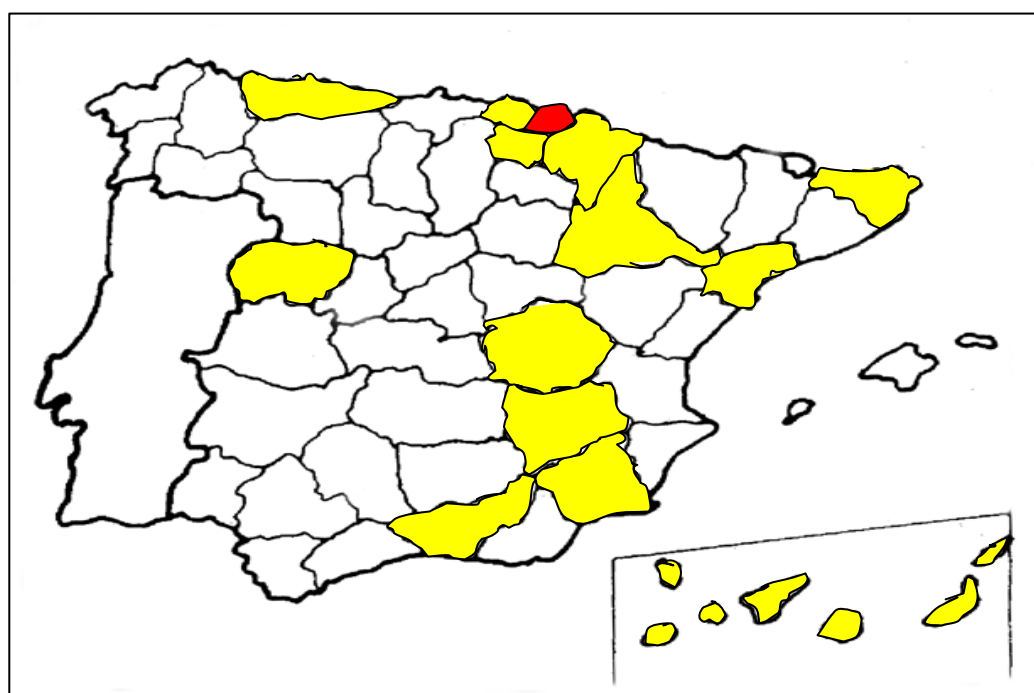


ROJO (TASA DE INCIDENCIA MÁS ELEVADA)
AMARILLO (TASA DE INCIDENCIA SIMILAR)
VERDE (TASA DE INCIDENCIA MENOR)

En las mujeres de la provincia de Salamanca, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de riñón en el periodo 2006-2008, fue de 4,35 casos/100.000 mujeres. Esta tasa de incidencia fue inferior a la tasa de incidencia de Guipuzcoa con 7 casos/100.00 mujeres en el año 2006 (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011) (Mapa nº 26).

La tasa de incidencia de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, fue similar a las tasas de incidencia de Asturias con 4,70 casos/100.000 mujeres en el periodo 1996-2002, Girona con 4,50 casos/100.000 mujeres, Navarra con 4,49 casos/100.000 mujeres, Cuenca con 3,99 casos/100.000 mujeres, Granada con 3,80 casos/100.000 mujeres, Tarragona con 3,78 casos/100.000 mujeres, Albacete con 3,55 casos/100.000 mujeres, todas ellas en el periodo 1998-2002, Zaragoza con 3,75 casos/100.000 mujeres en el periodo 1996-2002, Canarias con 3,09 casos/100.000 mujeres en el periodo 1997-2002 (Cabanés Domenech A, y cols. 2009), Vizcaya y Álava con 5,8 y 4,8 casos/100.000 mujeres en el año 2006 (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011), Murcia con 3 casos/100.000 mujeres en el año 2003 (Chirlaque M.D, y cols., 2009). (Mapa nº 26).

MAPA Nº 26. CÁNCER DE RIÑÓN EN MUJERES



ROJO (TASA DE INCIDENCIA MÁS ELEVADA)
AMARILLO (TASA DE INCIDENCIA SIMILAR)

5.17 CÁNCER DE ESÓFAGO.

En la provincia de Salamanca en el trienio 2006-2008, el cáncer de esófago, supuso entre el 1,5% y el 2% de todos los tumores sólidos diagnosticados en varones, y el 0,5% de los tumores sólidos diagnosticados en mujeres.

La incidencia de cáncer de esófago en varones fue significativamente superior a la incidencia de este tipo de tumor en mujeres.

La razón de tasas de incidencia hombre/mujer, fue de 5,8 de 4,3 y de 9,6 en los años 2006, 2007 y 2008 respectivamente.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de esófago en varones en la provincia de Salamanca, fue aumentando a lo largo de todo el trienio 2006-2008 situándose en este periodo en 7,52 casos/100.000 hombres.

Comparando la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de esófago en varones de la provincia de Salamanca, con las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de otras provincias y regiones de España con registros poblacionales de cáncer homologados por la IARC, obtenemos que la tasa de incidencia de la provincia de Salamanca fue inferior a las tasas de incidencia de Guipuzcoa con 13,7 casos/100.000 hombres, Vizcaya con 10,3 casos/100.000 hombres, Álava con 9,6 casos/100.000 hombres, todas ellas en el año 2006 (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011), Canarias con 11,37 casos/100.000 hombres en el periodo 1997-2002, Asturias con 9,94 casos/100.000 hombres en el periodo 1996-2002, Girona con 9,94 casos/100.000 hombres en el periodo 1998-2002 (Cabanes Domenech A, y cols. 2009). (Mapa nº 27).

En cambio, esta tasa de incidencia fue similar a la tasa de incidencia de Tarragona con 8,03 casos/100.000 hombres en el periodo 1998-2002 (Cabanes Domenech A, y cols. 2009) (Mapa nº 27).

La tasa de incidencia de nuestra provincia en el periodo estudiado fue superior a las tasas de incidencia de Navarra con 6,78 casos/100.000 hombres, Albacete con 5,57

5.18 CÁNCER DE HÍGADO Y VÍAS BILIARES.

En la provincia de Salamanca en el trienio 2006-2008, el cáncer de hígado y vías biliares, tuvo una baja incidencia.

En la población global de la provincia tan sólo el 1% de los tumores sólidos diagnosticados en este periodo, fueron cánceres de hígado y vías biliares.

Las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de cáncer de hígado y vías biliares, fueron en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 muy similares en ambos sexos. En varones esta tasa de incidencia se situó en 3,87 casos/100.000 hombres, y en mujeres en 3,65 casos 100.000/mujeres.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea para este tipo de tumor en los varones de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, fue inferior a la tasa de incidencia de todas las provincias con registros poblacionales de cáncer homologados por la IARC de los que tenemos datos. En el caso del sexo femenino la tasa de incidencia ajustada a la población europea, fue muy parecida a la tasa de incidencia de la mayoría de los registros poblacionales de cáncer homologados por la IARC.

5.19 CÁNCER DE PANCREAS.

El cáncer de páncreas es un tumor que tiene una supervivencia de 2%-5% a los 5 años. En Europa ocasiona algo más de 50.000 fallecimientos (De la Haba Rodríguez J, y cols. 2005).

El cáncer de páncreas tiene una incidencia en Europa de 9-12 casos/100.000 habitantes. Su incidencia aumenta con la edad. Es más frecuente en varones y en países industrializados (Torres Moreno MP, y cols. 2008).

El cáncer de páncreas en la provincia de Salamanca supuso el 1% de todos los tumores sólidos diagnosticados en la población en general en el trienio 2006-2008. En varones este tipo de tumor, supuso el 1% de todos los tumores sólidos diagnosticados y algo menos del 1% en las mujeres.

En la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de páncreas en varones, fue de 3,64 casos/100.000 hombres y en el sexo femenino de 2,59 casos/100.000 mujeres.

Las tasas de incidencia ajustadas a la población europea para este tipo de tumor tanto en hombres como en mujeres de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, fueron inferiores a las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de otras provincias de España con registros poblacionales de cáncer homologados por la IARC.

5.20 CÁNCER DE SISTEMA NERVIOSO.

En la provincia de Salamanca los tumores malignos del sistema nervioso supusieron en el trienio 2006-2008 en la población en general, algo menos del 1% de todos los tumores sólidos diagnosticados.

En varones en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de sistema nervioso fue de 4,67 casos/100.000 hombres, y en el sexo femenino de 3,16 casos/100.000 mujeres.

La tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de sistema nervioso en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, fue inferior en el caso de los varones a las tasas de incidencia de otros registros poblacionales de cáncer homologados por la IARC de los que tenemos datos, y en el caso de las mujeres ocurre lo mismo, salvo en el caso del registro poblacional de Albacete en el periodo 1998-2002 que tiene una tasa de incidencia similar a la de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008.

5.21 OTROS TUMORES

En el presente estudio, otros tumores sólidos como son: el cáncer de vulva, el cáncer de testículo, el cáncer de vagina, el cáncer de pene, el cáncer de intestino delgado, el cáncer de origen desconocido y el cáncer de localización poco frecuente y el cáncer de mama en hombres, aunque si que han sido tratados individualmente en el capítulo de resultados, no les hemos incluido en el capítulo de la discusión, debido a la poca cantidad de casos que fueron diagnosticados en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008.

6. CONCLUSIONES

6. CONCLUSIONES

1.- La tasa de incidencia ajustada a la población europea de tumores sólidos en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008 va aumentando a lo largo del periodo, tanto a nivel global como en hombres y en mujeres. Esta tasa de incidencia fue a lo largo de todo el periodo mayor en hombres que en mujeres.

2.- Las tasas de incidencia ajustada a la población europea de tumores sólidos en hombres de la provincia de Salamanca, se encuentran en una posición intermedia con respecto a las tasas de incidencia de otras provincias españolas con registros poblacionales de cáncer homologados por la IARC.

3.- Las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de tumores sólidos en mujeres de la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, se encuentran en una posición intermedia con respecto a las tasas de incidencia de otras provincias de España con registros poblacionales de cáncer homologados por la IARC.

4.- A nivel global en la provincia de Salamanca en el periodo 2006-2008, el tumor sólido con mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea es el cáncer de mama, en segundo lugar se encuentra el cáncer colorrectal, en tercer lugar el cáncer de próstata, seguidos del cáncer de pulmón, el cáncer urotelial, el cáncer de cabeza y cuello y el cáncer gástrico.

5.- El tumor sólido con mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea en hombres, es el cáncer de próstata, seguido del cáncer colorrectal, el cáncer urotelial, el cáncer pulmón, el cáncer de cabeza y cuello y el cáncer gástrico.

6.- En mujeres en la provincia de Salamanca el cáncer de mama es el tumor con mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea, en segundo lugar del cáncer colorrectal, seguidos a continuación del cáncer de endometrio, el cáncer de cérvix, el cáncer de ovario y el cáncer de tiroides.

7.- Las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de los principales tumores en la provincia de Salamanca en hombres, en comparación con las tasas de incidencia de otras provincias de España con registros homologados por la IARC, es la siguiente: en el caso del cáncer de próstata, la tasa de incidencia se encuentra en una posición intermedia pero aumentando en el año 2008, en el cáncer colorrectal, el cáncer urotelial y el cáncer gástrico la tasa de incidencia se encuentra igualmente en una posición intermedia y en el cáncer de pulmón y en cáncer de cabeza y cuello, la tasa de incidencia ajustada a la población europea, es de las más bajas en comparación con las tasas de incidencia para estos dos tipos de tumores de otras provincias españolas.

8.- Las tasas de incidencia ajustadas a la población europea de los principales tumores en la provincia de Salamanca en mujeres, en comparación con las tasas de incidencia de otras provincias de España con registros homologados por la IARC, es la siguiente: en el caso del cáncer de mama la tasa de incidencia es la más alta de todas las provincias de las que se tiene datos, en el caso del cáncer de cérvix es también elevada, en los casos del cáncer colorrectal, del cáncer de ovario y del cáncer de tiroides, la tasa de incidencia ocupa una posición intermedia aunque en el caso del cáncer colorrectal se produce un aumento en el año 2008, y para el cáncer de endometrio, esta tasa de incidencia es la más baja.

9.- Entre la zona urbana y la zona rural de la provincia de Salamanca, encontramos que la tasa de incidencia ajustada a la población europea de tumores sólidos, es en todo el periodo 2006-2008 más elevada en la zona urbana que en la zona rural, tanto a nivel global como en hombres y en mujeres.

10.- En la zona urbana los tumores con mayor tasa de incidencia ajustada a la población europea siguen el mismo patrón que en la provincia, tanto a nivel global como en hombres y en mujeres.

11.- En la zona rural la tasa de incidencia ajustada a la población europea de los distintos tumores siguen el mismo patrón que en la provincia y la zona urbana, salvo las siguientes excepciones: a nivel global la tasa de incidencia del cáncer de próstata supera a la tasa de incidencia del cáncer colorrectal pasando a situarse como el segundo con mayor tasa de incidencia. En hombres la tasa de incidencia del cáncer de pulmón supera a la tasa de

incidencia del cáncer urotelial y se sitúa como el tercero con mayor tasa de incidencia. En las mujeres el cáncer de ovario pasa a situarse como el séptimo con mayor tasa de incidencia, siendo superado por el cáncer de tiroides y el cáncer gástrico.

12.- La tasa de incidencia ajustada a la población europea de los principales tumores es mayor en la zona urbana que en la zona rural, salvo en el caso del cáncer de próstata y el cáncer de endometrio y el cáncer de cérvix.

7. BIBLIOGRAFÍA

7. BIBLIOGRAFÍA

ALONSO GORDO J, JIMÉNEZ DEL VAL D, PALACIOS ROJO J. J, ROYO SÁNCHEZ C, y cols. Prevalencia y distribución geográfica del cáncer en el área de salud de Guadalajara. Rev. Esp. Salud Pública ene.-feb. 2004; 78 (1).

ANDREU GARCÍA M, MARZO M, MASCORT J, QUINTERO E, GÁRCIA-ALFONSO P, LÓPEZ-IBOR C y cols. Prevención del cáncer colorrectal. Gastroenterol Hepatol. 2009; 32 (3): 137-139.

ANGLADA CURADO FJ, CAMPOS HERNÁNDEZ P, PRIETO CASTRO R, CARAZO CARAZO JL, REGUEIRO LÓPEZ JC, y cols. Nuevos patrones epidemiológicos y factores de riesgo en cáncer renal. Actas Urol Esp. 2009; 33 (5).

ARDANAZ E, MORENO-IRIBAS C, PEREZ DE RADA M. E, EZPONDA C, y cols. Incidencia y mortalidad por cáncer en Navarra, 1998-2002. Evolución en los últimos 30 años. An. Sist. Navar. Mayo-agosto 2007; 30 (2).

BARROS J.L. Investigación sobre los trabajos del Dr. José Goyanes Capdevilla. Cir Ginecol Urol. 1965; 19:1-26.

BÉJAR L, GILI M, DIAZ V, RAMÍREZ G, LÓPEZ J, y cols. Incidence and mortality by colorrectal cancer in Spain Turing 1951-2006 and its relationship with behavioural factors. European Journal of Cancer Prevention, Novembers 2009; 18: 436-444.

BELLIDO CASADO J, MARTIN ESCUDERO JC, DUEÑAS LAITA A, MENA MARTIN FJ, ARZUA MOURONTE D, y cols. Hábito tabáquico en una población general: descripción de la prevalencia, grado de consolidación y fase de abandono. Arch Bronconeumol. 2001; 37: 75-80.

BERNAL M, GÓMEZ G, GÓMEZ F; COMITÉ DE TUMORES DEL TORAX DEL H. C. U., DE ZARAGOZA. Incremento notable del cáncer de pulmón en mujeres españolas desde el año 2000. Oncología (Barc.). Jun. 2005; 28 (6).

BERRINO F, SANT M, VERDECCHIA A, y cols. (eds). Survival of Cancer Patients in Europe: the EUROCARE Study. IARC Scientific Publications No. 132. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 1995.

BERRINO F, CAPOCACCIA R, ESTÈVE J, y cols. (eds). Survival of Cancer Patients in Europe: the EUROCARE-2 Study. IARC Scientific Publications No. 151. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 1999.

BERRINO F, DE ANGELIS R, SANT M, ROSO S, BIELSKA-LASOTA M, COEBERGH JW, y cols. EUROCARE Working group. Survival for eight major cancers and all cancer combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the Eurocare-4 study. *Lancet Oncol* 2007 Sep; 8(9): 773-83.

BORRAS J.M, y BASELGA J. The impact of cancer in Spain: consequences for cancer prevention and care. *Ann Oncol* 2010; 21 (suppl 3).

BOSSETTI C, BERTUCCIO P, LEVI F, y cols. Cancer mortality in the European Union 1970-2003, with a joint analysis. *Ann Oncol* 2008; 19: 631-640.

BOYLE P, D'ONOFRIO A, MAISONNEUVE P, y cols. Measuring progress against cancer in Europe: has the 15% decline targeted for 2000 come about?. *Ann Oncol* 2003; 14: 1312-1325.

BOYLE P. Favorable trends in cancer mortality in the European Union but no room for complacency. *Ann Oncol* 2008; 19 (4): 605-606.

CABANES DOMENECH A, PÉREZ GÓMEZ B, ARAGONÉS N, POLLÁN M, LÓPEZ-ABENTE G. La situación del cáncer en España 1975-2006. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. Junio 2009.

CAYUELA A, RODRÍGUEZ-DOMINGUEZ S, MARTÍN VIGIL E, BARRERO CANDAU R. Los cambios recientes en la mortalidad del cáncer de próstata en España: un estudio de tendencias para el período 1991-2005. *Actas Urol Esp.* 2008; 32 (2): 184-189.

CEPEDA PIOMO J, RIVAS DEL FRESNO M, FUENTE MARTIN E, GONZÁLEZ GARCÍA E, MURUAMENDIARAZ FERNÁNDEZ V, y cols. Ventajas y riesgos de la utilización del antígeno prostático específico (PSA) en el área sanitaria V de Gijón (Asturias). Arch. Esp. Urol. Jun. 2005; 58 (5).

COLEMAN M, QUARESMA M, BERRINO F, y cols. Cancer survival in five continents: a Worldwide population-based study (CONCORD). The Lancet Oncology, august 2008; vol. 9: 730-756.

COLDMAN AJ, PHILLIPS N y COLS. Tendencias en la incidencia y mortalidad del cáncer de próstata: un análisis del cambio de la mortalidad según la intensidad del rastreo. Canadian Medical Association Journal. Ene 2003; 168 (1): 31-35.

CAPOTE NEGRIN LG. Importancia y dificultades de un registro nacional de cáncer. 2005. Gac. Méd. Caracas abr. 2005; 113 (2).

CHIRLAQUE MD, TORTOSA J, VALERA I, LÓPEZ-ROJO C, PÁRRAGA E, y cols. Casos y Tasas de Incidencia de Cáncer en la Región de Murcia 1983-2003. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; Dirección General de Salud Pública, 2009.

CRUZ HERNANDEZ J.J, RODRIGUEZ SANCHEZ C, DEL BARCO MORILLO E, y cols. Oncología Clínica. 4º Edición. Madrid: Nova Sidonia Oncología-Hemetología; 2008.

CURADO M.P., EDWARDS B, SHIN H.R, y cols. eds (dec 2007). Cancer Incidence in Five Continents, Vol.ix, IARC Scientific Publications No. 160, Lyon, IARC.

DE LA HABA RODRÍGUEZ J, MÉNDEZ VIDAL MJ, ARANDA AGUILAR E. Cáncer de páncreas. Medicine. 2005; 09: 1628-33.

DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO DEL GOBIERNO VASCO. Resumen de la incidencia del cáncer en la Comunidad Autónoma del País Vasco, marzo 2011).

EDWARDS BK, WARD E, KOHLER BA, EHEMAN C, ZAUBER AG, y cols. Annual Report to the Nation on the Status Of Cancer, 1975-2006, Featuring Colorectal Cancer Trends and Impact of Interventions (Risk Factors, Screening, and Treatment) to Reduce Future Rates. Cancer, publicado en Internet el 7 de diciembre de 2009.

FERLAY J, BRAY F, SANKILLA R, PARKIN DM, EUCAM. Cancer incidence, mortality and prevalence in the European Unión 1998, version 5.0. IARC.

FERLAY J, AUTIER P, BONIAL M, y cols. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2006. Ann Oncol 2007; 18: 581-592.

FERLAY J, SHIN HR, BRAY F, FORMAN D, MATHERS C, y cols. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10[Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr>

FERLAY J, PARKIN DM, STERLIAROVA-FOUCHER. Estimates of cancer incidence and mortality in Europa in 2008. Eu J Cancer 2010; 46: 765-781.

FLEISS JL. Statistical methods for rates and proportions. New York: John Wiley & Sons; 1981.

GRANADO DE LA ORDEN S, SAÁ REQUEJO C, QUINTAS VIQUEIRA A. Situación epidemiológica del cáncer de próstata en España. Actas Urol Esp 2006; 30 (6): 574-582.

GRANELL NAVARRO J y PUIG RULLÁN A. Registro de cáncer de cabeza y cuello: estudio prospectivo de incidencia a dos años. Oncología (Barc.). Madrid Ene. 2004; 27 (1)

GOYANES CAPDEVILLA y DIE Y MAS J. La mortalidad por el cáncer en España durante los veinte primeros años del siglo actual. Madrid: Sucesor de Enrique Teodoro, 1925.

GWENN MENVIELLE, HENDRIEK BOUSHUIZEN, ANTON E. KUNST, SUSANNE O, y cols. The role of smoking and diet explaining educational inequalities in lung cancer incidence. *J Natl Cancer Inst* 2009; 101: 321-330.

HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ J R. Epidemiología del carcinoma broncogénico en España. *Medicina respiratoria* 2008; 1 (1): 5-12.

HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ J R, HERAS-GÓMEZ F, CORDOVILLA PEREZ M R, ANTOLÍN GARCÍA T, BOLLO DE MIGUEL E. Incidencia del carcinoma brocopulmonar en Castilla y León y en Cantabria durante el año 2007. Estudio de la Sociedad Castellano-Leonesa y Cántabra de Patología Respiratoria (SOCALPAR). *Arch Bronconeumol*. 2010; 46: 7-14.

HERVADA VIDAL X, SANTIAGO PÉREZ MI, VÁZQUEZ FÉRNANDEZ E, CASTILLO SALGADO C, LOYOLA ELIZONDO E, y cols. Epidat 3.0: programa para análisis epidemiológico de datos tabulados. *Rev Esp Salud Pública*. 2004; 78: 277-80.

JAIME CERDA L, GONZALO VALDIVIA C. JOHN SNOW. La epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna. *Rev Chil Infect* 2007; 24 (4): 331-334.

JEMAL A, TIWARI R.C, MURRAY T, GHAFOR A, SAMUELS A, y cols. *Cancer Statistics*, 2004. *CA Cancer j. Clin*. 2004; 54: 8-29.

JEMAL A, THUN M, RIES L, y cols. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2005, Featuring Trends in Lung Cancer , Tobacco Use, and Tobacco Control. *J Natl Cancer Inst* 2008; 100: 1672-1694.

JENSEN O.M, PARKIN D.M, MACLENNAN R, MUIR C.S, SKEET R.G. Registros de Cáncer: Principios y métodos. IARC. Publicación científica nº 95. Lyon, Francia. 1995.

INE. Defunciones según la causa de muerte en el año 2008. Madrid: INE, 2010.

KARIM-KOSS SE, DE VRIES E, SOERJOMATARAM YO, y cols. Las últimas tendencias del cáncer en Europa: un enfoque combinado de la incidencia, supervivencia y mortalidad de 17 tipos de cáncer desde los años 1990. *Eur j. Cancer* 2008; 44: 1345-1389.

KHOSRAVI SHAHI P y PÉREZ MANGA G. Adenocarcinoma gástrico: nuevas opciones terapéuticas. *An. Med. Interna. Madrid* mar. 2007; 24 (3).

LA VECCHIA C, BOSSETT C, LUCCHINI F, BERTUCCIO P, NEGRI E, y cols. Cancer mortality in Europe, 2000-2004, and an overview of trends since 1975. *Ann Oncol* 2009; mdp 530v1-mdp530.

LEVI F, LUCCHINI F, NEGRI E, LA VECCHIA C. Continuing declines in Cancer mortality in the European Union. *Ann Oncol* 2007; 1: 593-395.

LOPE CARVAJAL V y POLLÁN SANTAMARÍA M. Epidemiología del cáncer diferenciado de tiroides. *Endocrinol Nutr.* 2005; 52(Supl 1): 2-10.

LÓPEZ ABENTE G, POLLÁN SANTAMARÍA M, RUIZ TOVAR M, JIMENEZ RODRIGUEZ M, VAZQUEZ VIZOSO F. La mortalidad por cáncer en España 1952-1986: efecto de la edad, de la cohorte de nacimiento y del período de muerte. Instituto de Salud Carlos III. Madrid; 1992.

LÓPEZ-ABENTE G, POLLÁN M, ESCOLAR PUJOLAR A, ERREZOLA SAIZAR M, ABRAIRA SANTOS V. Atlas de mortalidad por cáncer y otras causas en España 1978-1992. Fundación Científica de la Asociación Española Contra el Cáncer. Madrid, 1996.

LÓPEZ-ABENTE G, POLLÁN M, ESCOLAR A, ERREZOLA M, ABRAIRA V. Atlas de mortalidad por cáncer y otras causas en España, 1978-1992. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 2001.

LÓPEZ-ABENTE G, POLLÁN M, ARAGONES N, y cols. Tendencias de la mortalidad en España, 1952-1996. Efecto de la edad, de la cohorte de nacimiento y del periodo de muerte. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2002.

LÓPEZ-ABENTE G, POLLÁN M, ARAGONÉS N, PÉREZ GÓMEZ B, HERNÁNDEZ BARRERA V, y cols. Situación del cáncer en España: incidencia. An. Sist. Sanit. Navar. 2004; 27 (2): 165-174.

LÓPEZ-ABENTE G, POLLÁN SANTAMARÍA M, ARAGONES SANZ N, PÉREZ GÓMEZ M. La situación del cáncer en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2005.

LÓPEZ-ABENTE G, RAMIS R, POLLÁN M, ARAGONES N, PÉREZ-GÓMEZ B, GÓMEZ BARROSO D, y cols. Atlas municipal de mortalidad por cáncer en España 1989-1998. Área de epidemiología Ambiental y Cáncer del Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII, año 2007.

LÓPEZ GONZÁLEZ A. La ruralidad como determinante de la demora diagnóstica en el cáncer de mama. Cuadernos de Atención Primaria. 2009; 16, (3): 193-196.

LÓPEZ-MORENO S, GARRIDO-LATORRE F, HERNÁNDEZ-AVILA M. Publicado en " Salud Pública de México 2000; 42 (2): 133:143.

MICHELI A, BAILI P, QUINN M, y cols. Life expectancy and cancer survival in the EUROCARE-3 cancer registry areas. Ann. Oncol. 2003; 14 (Suppl 5).

MORALES CHAMORRO R, MÉNDEZ VIDAL MJ, ARANDA AGUILAR E. Cáncer de estómago. Medicine 2005; 9 (25): 1613-1620.

MUIR C.S, DÉMARET E, BOYLE P. (1985). The Cancer Registry in Cancer Control: An Overview. En: Parkin DM, Wagner G. y Muir CS. The role of the Registry in Cancer Control. IARC Sc. Pub. N° 66. Lyon.

MULDOON JO, SCHOOTMAN M, MORTON RF. Utilisation of cancer early detection services among farm and rural nonfarm. J Rural Health 1996; 12 (4 Suppl): 321-31.

NAVARRO C, MARTOS E, ARDANAZ E, GALCERAN J, IZARZUGAZA I, y cols., AND FOR THE SPANISH CANCER REGISTRIES WORKING GROUP. Population-

based cancer registries in Spain and their role in cancer control. *Ann Oncol.* 2010; 21 (suppl 3): 3-13.

Organización Mundial de la Salud, Sistema de Información Estadística. OMS base de datos de mortalidad. <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm> (Enero de 2009).

POLLÁN M, GARCÍA-MENDIZABAL MJ, PÉREZ-GÓMEZ B, ARAGONES N, LOPE V. Situación epidemiológica del cáncer de mama en España. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología.* 2007; 4 (2-3): 231-248.

POLLÁN M, PASTOR-BARRIUSO R, ARNAMAZ E, ARGÜELLES M y cols. Recent Changes in Breast Cancer Incidence in Spain, 1980-2004. *J. Natl Cancer inst.* 2009; 101: 1584-1591.

PALOU J, BANIEL J, KLOTZ L, WOOD D, COOKSON M, y cols. Urotelial Carcinoma of the Prostate. *Urology.* Jan. 2007; 69 (suppl 1A): 50-61.

PARKIN D.M, WHELAN S.L, FERLAY J, TEPPON L, THOMAS D.B. Cancer Incidence In Five Continents. Vol. VIII IARC, Scientific Publications nº 155. Lyon 2002.

PARKIN,DM, S L WHELAN, J FERLAY, H STORM, 2005, Cancer Incidence in Five Continents. IARC, CancerBase No 7, Lyon.

PARKIN DM, FERNANDEZ LM. Use of Statistics to assess the global burden of breast cancer. *Breast J* 2006; 12 (Suppl 1): 70-80.

PÉREZ GÓMEZ B, MARTÍNEZ C, NAVARRO C, FRANCH P, GALCERAN J, y cols., AND FOR THE CERVICAL CANCER WORKING GROUP. The moderate decrease in invasive cervical cancer incidence rates in Spain (1980-2004): limited success of opportunistic screening?. *Ann Oncol.* 2010; 21 (suppl 3): 61-68.

PRIETO LOREZO A. Mortalidad por tumores en España (1951-1970). Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad. Madrid 1976.

PRIETO LOREZO A y MOLINA MULA D. Mortalidad por TUMORES MALIGNOS EN España (1961-1970): detalle provincial. Madrid. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad; 1976.

POLASEK O, KOLCIK I, VONCINA L, STRNAD M, VULETIC S, y cols. Breast, colon, and prostate screening in the adult population of Croatia: does rural origin matter? *Rural and Remote Health* 2007; 7:749.

RADA G. Definiciones: Epidemiología, <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/introductorios4.>, 2007.

RODRIGUEZ CUEVAS S. A. y CAPURSO GARCÍA M. Epidemiología del cáncer de mama. *Ginecol Obstet. Mex* 2006; 74: 585-93.

RON E. Thyroid cancer. En: Schottenfeld D, Fraumeni JF, editors. *Cancer epidemiology and prevention*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1996. p. 1000-21.

RUÉ M. y BORRELL C. Los métodos de estandarización de tasas. *Revisión en Salud Pública*. 1993; 3: 263-95.

SAEZ S, CONEJO-MIR J, CAYUELA A. Melanoma epidemiology in Spain. *Actas Dermosifiliogr*. 2005 Sep; 96 (7): 411-8.

SIERRA A. y DORESTE JL. Demografía y salud pública. Demografía estática. En: Gil P. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Masson-Salvat; 1991.

SILCA AYCAGUER LC, BENAVIDES RODRIGUEZ A, VIDAL RODEIRO C. Análisis espacial de la mortalidad en áreas geográficas pequeñas. El enfoque bayesiano. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2003; 29 (4).

TORRES MORENO MP, TÁRRAGA LÓPEZ J, RODRÍGUEZ MONTES JA. Incidencia del cáncer de páncreas en la provincia de Albacete. Rev Clin Med Fam. Albacete feb. 2008; 2 (3).

URRUTIA G, SERRA C, BONFILL X, BASTÚS R, GRUPO DE TRABAJO PARA EL ESTUDIO DEL CÁNCER DE VEJIGA. Incidencia del cáncer de vejiga urinaria en un área industrializada de España. Gac. Sanit. Barcelona jul-ago. 2002; 16 (4).

U.S. Cancer Statistics Working Group. United States Cancer 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 Cancer Institute; 2009.

WATERHOUSE y cols. Cancer incidence in five continents. IARC. Lyon, 1976; 3 (anexo III): 456.

VERDECCHIA A, FRANCISCI S, BRENNER H, GATTA G, MICHELI A, y cols. EUROCORE-4 Working Group. Recent cancer survival in Europe: a 2000-02 period analysis of EUROCORE-4 data. Lancet Oncol. 2007 Sep; 8 (9): 784-96.

VIDAL LANCIS C, MARTINEZ SÁNCHEZ J M, MATEOS MAZÓN M, PERIS TUSER M. Mortalidad por cáncer de mama: evolución en España y sus comunidades autónomas durante el período 1980-2005. Rev. Eso. Salud Pública. Madrid ene.-feb 2010; 84 (1).

YOULDEN DR, CRAMB SM, BAADE P.M. The International Epidemiology of Lung Cancer: geographical distribution and secular trends. J Thorac Oncol. 2008; 3:819-31.

ZUBIRI VIDAL A. Los registros del cáncer, historia y futuro. Boletín Oncológico. 1997; 1 (5).