

Pautas Comunicacionales

PARA LA PREVENCIÓN Y EL CUIDADO FRENTE AL CÁNCER | 2013



Coordinación General de
Información Pública
y Comunicación



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación





Pautas Comunicacionales

PARA LA
**PREVENCIÓN Y
EL CUIDADO FRENTE
AL CÁNCER | 2013**



AUTORIDADES

Presidenta de la Nación
Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud de la Nación
Dr. Juan Luis Manzur

Directora de Información Pública y Comunicación
Valeria Zapesochny

Director del Instituto Nacional del Cáncer
Dr. Roberto N. Pradier

Consejo Ejecutivo del Instituto Nacional del Cáncer
Dr. Eduardo Cazap
Dr. Daniel Gómez
Dr. Ricardo Kirchuk
Dr. Javier Osatnik
Dra. Luisa Rafailovici

Coordinadora Técnica
Dra. María Viniegra

ÍNDICE

Presentación	6
1. NOCIONES BÁSICAS SOBRE EL CÁNCER	7
1.1. Factores de riesgo	7
1.2. Prevención	9
1.3. Diagnóstico y tratamiento	10
1.4. Cuidados paliativos	12
2. PRINCIPALES TUMORES PREVALENTES EN ARGENTINA	15
2.1. Cáncer de mama	15
2.2. Cáncer de cuello de útero	17
2.3. Cáncer colorrectal	19
2.4. Cáncer de pulmón	21
3. ENFOQUES A PROMOVER	25
3.1. Evitar la estigmatización del cáncer	25
3.2. Promover hábitos saludables	26
3.3. Propiciar la detección precoz	26
4. MENSAJES CLAVE PARA EL DESARROLLO DE CAMPAÑAS COMUNICACIONALES	27
4.1. Cáncer de mama	27
4.2. Cáncer de cuello de útero	28
4.3. Cáncer colorrectal	29
4.4. Cáncer de pulmón	29
4.5. Cuidados paliativos	30
5. CRITERIOS ESENCIALES PARA EL TRATAMIENTO MEDIÁTICO DEL CÁNCER	33
6. GLOSARIO	51
7. FUENTES DE INFORMACION	57



Presentación

La comunicación constituye un componente estratégico de las políticas sanitarias dedicadas a otorgar respuestas integrales frente al cáncer. Esto es así no sólo por la creciente relevancia que ha adquirido esta problemática -en términos de incidencia y mortalidad-, sino también por su carácter tabú, manifestado frecuentemente a través de un repertorio de clichés que hace eje en conocidas expresiones del tipo “larga y penosa enfermedad”.

El escenario de las últimas décadas está signado por los destacados avances de la medicina frente al cáncer, que vienen posibilitando mejoras en prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos. Sin embargo, la reproducción de discursos que abonan permanentemente la inexorable asociación del cáncer con la muerte, invisibiliza en la trama social las diversas posibilidades de intervenciones preventivas y de cuidado.

Creemos que a través de la sensibilización, movilización social y difusión de conocimientos, la comunicación puede aportar significativamente a reducir la brecha existente entre los notables avances alcanzados en la atención del cáncer y los mitos y creencias erróneas que obstaculizan la adopción de conductas que promuevan especialmente la prevención y el diagnóstico temprano.

Precisamente en esa línea se inscribe este material. Aportar información, ideas, herramientas y propuestas para ayudar a comunicadores y otros trabajadores de la salud a facilitar en diversos espacios el acceso al conocimiento necesario para que el cáncer -en lugar de ser un tabú- se conciba como una enfermedad de la que hay que hablar, saber y conocer para que toda la población incorpore la prevención y el cuidado de la salud en su vida cotidiana.

Valeria Zapesochny
Directora de Información Pública y Comunicación
Ministerio de Salud de la Nación



1

NOCIONES BÁSICAS SOBRE CÁNCER

El término “**cáncer**” designa a un amplio grupo de enfermedades que comienzan en las células, componentes básicos del organismo. Para entender por qué se produce esta problemática, es necesario referirse a lo que sucede cuando las células normales se hacen cancerosas.

El cuerpo está compuesto por muchos tipos de células. Normalmente, las células crecen y se dividen para producir nuevas que son indispensables para mantener sano el organismo. Algunas veces, este proceso ordenado se descontrola. Nuevas células se siguen formando cuando el cuerpo no las necesita y otras viejas no mueren cuando deberían morir, formando una masa de tejido que se denomina tumor. Es importante aclarar que los tumores pueden ser benignos o malignos y sólo estos últimos son cancerosos.

Los tumores benignos no son cancerosos ya que las células de este tipo de tumores no se diseminan a otras partes del cuerpo, generalmente se pueden extirpar y en la mayoría de los casos, no reaparecen.

Los tumores malignos son cancerosos, dado que sus células tienen anomalías, se dividen sin control y sin orden, pueden invadir y destruir el tejido a su alrededor y además, entrar al torrente sanguíneo o al sistema linfático.

Los vasos sanguíneos comprenden una red de arterias, vasos capilares y venas por los que circula la sangre en el cuerpo. El sistema linfático lleva linfa y glóbulos blancos de la sangre a todos los tejidos del cuerpo a través de los vasos linfáticos. Al moverse por el torrente sanguíneo o por el sistema linfático, el cáncer puede diseminarse desde el sitio primario y formar nuevos tumores en otros órganos. A este evento se le denomina **metástasis**.

1.1. FACTORES DE RIESGO

El cáncer tiene un carácter multifactorial ya que no se genera por una sola causa, sino por una multiplicidad de factores.

FACTORES GENÉTICOS

En algunas personas, los antecedentes familiares favorecen la aparición de oncogenes, que pueden desencadenar en un tumor. Esto significa que pueden tener mayor predisposición genética a padecer cáncer que otros individuos pero no necesariamente que van a desarrollar la enfermedad. Además, el factor hereditario sólo es preponderante en un pequeño porcentaje (5 -10%) del total de casos.

FACTORES AMBIENTALES

La contaminación del aire, el agua y el suelo por productos químicos carcinógenos también incide en la ocurrencia del cáncer. La exposición a productos químicos carcinógenos puede producirse a través del consumo de agua o de la contaminación ambiental, a través de alimentos contaminados con sustancias químicas, como aflatoxinas o dioxinas y también por la exposición a humo de tabaco ambiental.

FACTORES RELACIONADOS CON HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA

El consumo de alcohol, de dietas ricas en grasas y la inactividad física son los principales factores de riesgo de este grupo.

El consumo excesivo de alcohol es factor de riesgo para muchos tipos de cáncer, como los de boca, faringe, laringe, esófago, hígado, colon y recto y mama. Por otra parte, diferentes estudios han demostrado un nexo entre sobrepeso y obesidad y diversos tipos de tumores como los de esófago, colorrectal, mama, endometrio y riñón.

Si bien el tabaco suele concebirse como parte del conjunto de factores ligados a hábitos y estilos de vida, los profesionales especializados en políticas antitabáquicas destacan la importancia de considerarlo como una adicción; porque precisamente la estrategia de la industria tabacalera ha sido la naturalización de su consumo, presentándolo como un simple hábito.

El humo de tabaco provoca diversos tipos de cáncer, como los de pulmón, esófago, laringe, boca, garganta, riñón, vejiga, páncreas, estómago y cuello del útero.

FACTORES INFECCIOSOS

Está demostrada la asociación entre infecciones ocasionadas por diferentes virus y cáncer. En los países subdesarrollados el Virus del Papiloma Humano (VPH), que se transmite por relaciones sexuales, es el principal factor de este grupo asociado con la ocurrencia de cáncer de cuello de útero. De todos modos, es importante aclarar que la infección por VPH aunque es condición necesaria no es suficiente para desarrollar este tipo de cáncer. La vacuna contra el VPH se ha incorporado recientemente al calendario obligatorio de inmunizaciones y está disponible de manera gratuita en todos los centros de salud y hospitales públicos de Argentina para todas las niñas de 11 años.

Por otra parte, el Virus de la Hepatitis B (VHB) puede provocar cáncer hepático. A nivel mundial se estima que un 25% de los adultos con infección crónica adquirida en la infancia mueren de cirrosis o cáncer hepático relacionados con el VHB. Este virus se transmite entre las personas por contacto directo de sangre a sangre o a través del semen o las secreciones vaginales de una persona infectada. Los modos de transmisión son los mismos que los del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), pero el VHB es entre 50 y 100 veces más infeccioso. A diferencia del VIH, el VHB puede sobrevivir fuera del organismo durante más de 7 días. La principal medida preventiva de la Hepatitis B es la vacuna que en nuestro país está incluida en el Calendario Nacional de Vacunación (es obligatoria y gratuita) y se aplica una dosis a los recién nacidos dentro de las primeras 12 horas de vida y tres dosis más a los 2, 4 y 6 meses (junto con la Pentavalente). También se complementan o inician esquemas de vacunación a los niños y niñas de 11 años que no recibieron las dosis correspondientes.

RADIACIONES

El principal factor de riesgo es la radiación ultravioleta de los rayos solares, que puede producir en las personas cáncer de piel. Está demostrado que el riesgo de este tipo de cáncer es más alto en aquellas personas que se exponen al sol sin los cuidados adecuados.

Los exámenes radiológicos como radiografías, mamografías y tomografías emplean rayos X que son radiaciones ionizantes, es decir que tienen la potencialidad de dañar a las células. Recientemente los expertos han manifestado preocupación por el empleo excesivo de procedimientos radiológicos y sus posibles efectos carcinogénicos, especialmente en niños y jóvenes. La ecografía y la resonancia magnética no emplean radiaciones ionizantes.

1.2. PREVENCIÓN

Las principales pautas que se recomiendan son:

- Adoptar dietas saludables que estén basadas en el consumo diario de frutas y verduras (al menos 400 gramos por día) y de legumbres, cereales integrales y frutos secos y la reducción del consumo de grasas de origen animal (fiambres, embutidos, manteca y leche entera) y de ácidos grasos trans (productos de pastelería, snacks y golosinas, entre otros).
- Realizar actividad física todos los días, al menos 30 minutos.
- Evitar el tabaco y promover el cumplimiento de ambientes 100 % libres de humo de tabaco.
- Evitar el consumo excesivo de alcohol.
- Evitar la exposición al sol entre las 10 y las 16 horas y utilizar protectores solares y ropa que proteja la piel. Estas medidas deben extremarse especialmente en los grupos más vulnerables: niños menores de 3 años y personas de piel blanca, cabello y ojos claros. Dichas recomendaciones son aconsejables no sólo para el periodo estival, sino para todas las estaciones del año.
- Usar preservativo en todas las relaciones sexuales para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), asociado con la probabilidad de desarrollar Linfoma y Sarcoma de Kaposi, el Virus de la Hepatitis B y el Virus del Papiloma Humano (VPH) asociado con cáncer de cuello de útero. Es importante aclarar que dado que el VPH se transmite por contacto sexual (por ejemplo, manos en contacto con zonas genitales), el uso del preservativo no evita totalmente su transmisión.

Las mujeres, además, deben adoptar pautas especiales:

- Realizarse el examen de PAP a fin de diagnosticar a tiempo el cáncer de cuello uterino, sobre todo las mujeres entre los 35 y 64 años. Es fundamental aclarar que si este estudio da resultado negativo durante dos años seguidos, puede seguir realizándose cada tres años.

- Las mujeres sanas, que nunca padecieron enfermedades en las mamas ni tengan antecedentes familiares, deben realizarse una mamografía cada 2 años entre los 50 y 70 años. Las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama, deberán decidir con su médico cuál es el momento adecuado para comenzar con los controles.

1.3. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Los controles médicos periódicos son fundamentales, dado que en sus etapas iniciales la mayoría de los tumores son asintomáticos.

La detección temprana se basa en la posibilidad de diagnosticar la enfermedad en las primeras fases para dar un tratamiento más efectivo al inicio de los síntomas o, si es posible, antes de su desarrollo, cuando el tumor está localizado en el órgano de origen, sin invasión de otros tejidos vecinos.

La detección puede realizarse por:

- El reconocimiento por parte de las personas o los profesionales de la salud de los síntomas y signos tempranos de cáncer.
- El tamizaje, que consiste en identificar en una población sin síntomas lesiones precancerosas o cánceres asintomáticos por medio de pruebas que se pueden aplicar con facilidad a toda la población.

Un diagnóstico de cáncer no debe ser sinónimo de dolor y muerte. Más de la mitad de las personas con cáncer se curan y en otro porcentaje importante se convierte en una enfermedad controlada, con la que los pacientes logran llevar adelante una buena calidad de vida.

Los síntomas, tratamientos y evolución son diferentes en cada persona. No se puede comparar el proceso por el que pueden estar pasando dos personas que tienen el mismo diagnóstico de cáncer, ya que su evolución está sujeta a múltiples factores.

La mayoría de las personas que padecen cáncer pueden llevar una vida prácticamente normal. A veces, cuando se inicia un tratamiento para el cáncer, el paciente debe ser hospitalizado durante un tiempo para controlar más fácilmente los efectos secundarios de la terapia, y aunque algunos tratamientos requieren temporalmente más reposo y descanso, la mayoría puede seguir realizando las actividades diarias habituales.

El cáncer puede tratarse con cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal o terapia biológica. El médico puede elegir utilizar un método o una combinación de éstos, en base a la edad y salud general del paciente, el tipo y ubicación del cáncer y el nivel de extensión de la enfermedad entre otros factores. Dado que el tratamiento puede dañar también células y tejidos sanos, con frecuencia causa efectos secundarios. Algunos pacientes pueden preocuparse porque los efectos secundarios pueden ser más dañinos que la enfermedad. Sin embargo, los pacientes y los médicos discuten generalmente las opciones de tratamiento comparando los beneficios probables de destruir las células cancerosas y los riesgos de efectos secundarios. Los médicos pueden sugerir formas de reducir o eliminar los problemas que se pueden presentar durante y después del tratamiento.



CIRUGÍA

Es el procedimiento más antiguo para el tratamiento del cáncer, que consiste en la extirpación del tumor o del tejido afectado. Los efectos secundarios de la cirugía dependen de muchos factores, tales como el tamaño y lugar del tumor, el tipo de operación y el estado general de salud del paciente.

QUIMIOTERAPIA

Consiste en el uso de fármacos para destruir células cancerosas. Como los medicamentos no sólo destruyen a estas células, sino también a las sanas pueden producir efectos tales como fatiga, falta de apetito, náuseas y vómitos, diarrea, llagas en boca y labios y caída del cabello, efectos que desaparecen gradualmente después de que termina el tratamiento.

RADIOTERAPIA

Consiste en el uso de rayos en altas dosis para eliminar las células cancerosas en una región determinada del cuerpo. Pueden administrarse externamente por medio de una máquina que apunta la radiación a la zona del tumor o también internamente a través de agujas, semillas o catéteres que contienen sustancias radioactivas que se implantan cerca del tumor. Este tipo de tratamiento puede causar la disminución del número de glóbulos blancos en la sangre, cuya función es proteger el cuerpo de infecciones. También es común la caída del pelo cuando se irradia la cabeza, la fatiga y el resecamiento de la piel, efectos que pueden controlarse y que también desaparecen al finalizar la terapia.

TERAPIA HORMONAL

Se utiliza para tratar ciertos tumores que dependen de hormonas para su crecimiento como el cáncer de mama y el de próstata. Así, se basa en el uso de fármacos que detienen la producción de ciertas hormonas o que cambian la forma como funcionan las hormonas. Puede causar efectos secundarios tales como cansancio, aumento de peso, náuseas y vómitos y cambios de apetito. Dependiendo del tipo de terapia que se use, estos efectos secundarios pueden ser temporales, durar mucho tiempo o ser permanentes.

TERAPIA BIOLÓGICA

Utiliza directa o indirectamente el sistema inmune del cuerpo para combatir la enfermedad a través de sustancias como vacunas o interferón. Estos tratamientos pueden causar fiebre, dolor de músculos, debilidad, falta de apetito, náuseas, vómitos y diarreas, erupciones de la piel, síntomas que desaparecen cuando termina el tratamiento.

TERAPIAS BLANCO

Se trata de nuevos agentes, en general anticuerpos monoclonales y pequeñas moléculas diseñadas en el laboratorio para bloquear puntos críticos en las células tumorales y así interferir con procesos importantes para su crecimiento y reproducción. Cuando su nombre termina en "mab" son anticuerpos (monoclonal antibody) y cuando terminan en "nib" son inhibidores de ciertas enzimas llamadas kinasas. Ejemplos de estas terapias son el trastuzumab, el cetuximab, el erlotinib, etc.



1.4. CUIDADOS PALIATIVOS

El propósito de los cuidados paliativos es garantizar a las personas que padecen enfermedades que no tienen tratamiento curativo, la mejor calidad de vida, lo que incluye principalmente el alivio del dolor y de otros síntomas derivados de la enfermedad y de los efectos secundarios de los tratamientos. En el caso del cáncer, deben ser implementados de forma continua y desde el mismo momento del diagnóstico.

Dado que el dolor afecta a una parte considerable de las personas que tienen diagnóstico de cáncer, su alivio constituye uno de los ejes principales de este enfoque.

El acompañamiento y la atención de los aspectos emocionales, espirituales y sociales de las personas afectadas por patologías amenazantes de la vida, también es un aspecto central de los cuidados paliativos. Evitar las exploraciones diagnósticas y los esfuerzos terapéuticos que en función de la evidencia disponible no resultan claramente adecuados y útiles es otro imperativo esencial en la atención de las personas con diagnóstico de cáncer. Los profesionales de la salud deben trabajar en sociedad con el paciente y sus familiares, reafirmando y promoviendo su autonomía, haciéndolos partícipes del proceso de toma de decisiones terapéuticas.

La implementación de cuidados paliativos implica necesariamente trabajo en equipo. Hay equipos de distinta naturaleza, el básico está formado por un médico y un enfermero, quienes no solamente se van a ocupar de todos los aspectos físicos del paciente, sino también del impacto de estos problemas en él y en su familia.

En Argentina existen casi cien equipos de cuidados paliativos en hospitales públicos y en el sector privado. La Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (www.aamycp.org.ar) nuclea a buena parte de estos profesionales. Por otra parte, desde el año 2000 los cuidados paliativos están incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO), lo que facilita el marco legal para que la especialidad crezca, se desarrolle y pueda brindar soporte y sostén a los pacientes que están atravesando enfermedades que no tienen cura.

USO DE ANALGÉSICOS

Desde los años 80, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve una norma denominada “escalera analgésica”, que indica el modo en que deben utilizarse los analgésicos antiinflamatorios, desde los más simples hasta los más complejos y potentes, como la morfina.

A pesar de que en Argentina la disponibilidad de opioides es muy buena, su accesibilidad sigue siendo deficiente, tanto por el desconocimiento de los equipos de salud como por las trabas burocráticas para recetar este tipo de analgésicos, dado que por su relación con algunas sustancias ilegales como la heroína, son de circulación controlada no sólo por organismos de salud, sino también por el poder judicial y la policía.

LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y EL ALIVIO DEL DOLOR EN CIFRAS

- El dolor se ha transformado en una epidemia que amenaza al 10% de las personas al final de su vida.
- El 15% de la población mundial utiliza el 93% de los opioides medicinales existentes.



- Más del 80% de los pacientes con cáncer no tiene acceso a este tipo de analgésicos.
- Más del 80% de la población mundial vive en países en los que es inexistente o insuficiente el acceso a fármacos para el tratamiento del dolor.
- En América Latina sólo el 12% de los pacientes de grandes ciudades que necesitan cuidados paliativos, pueden acceder a los mismos. Este escaso porcentaje cae a cero cuando se trata de pacientes de zonas alejadas de centros urbanos.
- Más de 3,3 millones de personas mueren sin tratamiento, con dolor moderado o severo por cáncer y HIV cada año.
- El 99,9% de esas muertes se producen en países de bajos y medianos ingresos.





TUMORES PREVALENTES EN ARGENTINA

Según estimaciones de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) durante el año 2008 se produjeron en Argentina 104.859 casos nuevos de tumores malignos, lo que implica para ambos sexos una incidencia de 206 casos nuevos por año cada 100.000 individuos. Estas estimaciones determinan que nuestro país se encuentra en un nivel medio-alto de incidencia de cáncer en relación al resto del mundo. Según esta fuente, los tumores de mayor incidencia en la población argentina son los de mama, con una tasa de 74 casos por cada 100.000 mujeres, seguido por los cánceres masculinos de próstata (58,4 x 100.000 hombres) y pulmón (33,7 x 100.000 hombres).

Los tumores son la segunda causa de muerte en el país desde hace más de una década; constituyeron la primera causa para la población de 45 a 64 años en 2008, además de configurar la principal causa que ocasiona Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP) en mujeres y la segunda en hombres, luego de las enfermedades cardiovasculares.

2.1. CÁNCER DE MAMA (CM)

Esta enfermedad es de carácter multifactorial, dado que es producto de diferentes factores de riesgo y de estilos de vida, así como también de una carga genética que predispone a la mujer a enfermar o no.

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

- Edad. Las probabilidades de desarrollar un cáncer de mama aumentan conforme la mujer envejece. El riesgo es especialmente alto en mujeres mayores de 50 años.
- Antecedentes personales. La mujer que ha tenido cáncer en una mama tiene un riesgo mayor de tenerlo en la otra mama.
- Antecedentes familiares. El riesgo de presentar CM es mayor si madre, hermana o hija, lo tuvieron. El riesgo es aún mayor si esa familiar tuvo el cáncer antes de los 50 años de edad.
- Ciertas alteraciones genéticas. Los cambios en ciertos genes aumentan considerablemente el riesgo de este tipo de cáncer.
- Antecedentes relacionados con la reproducción y la menstruación. Cuanto mayor es la edad de la mujer al momento de su primer parto, mayores son las probabilidades de CM. Las mujeres que nunca tuvieron hijos tienen un mayor riesgo al igual que las mujeres que tuvieron su primera menstruación antes de los 12 años y las que entraron en la menopausia después de los 55 años de edad.

- Las mujeres que reciben terapia hormonal para la menopausia durante muchos años tienen mayor riesgo.
- Las mujeres cuyas mamografías muestran mayor cantidad de zonas de tejido denso respecto de otras mujeres de la misma edad, tienen un riesgo mayor de CM.
- Las mujeres obesas o con exceso de peso después de la menopausia.
- Las mujeres inactivas físicamente.
- Algunos estudios sugieren que cuanto más bebida alcohólica consume una mujer, mayor es el riesgo de este tipo de cáncer. El riesgo aumenta por encima de una copa de vino por día.

PREVENCIÓN

Que una mujer tenga un factor de riesgo no significa necesariamente que vaya a desarrollar cáncer de mama. Afortunadamente, un porcentaje muy bajo de este tipo de tumores están relacionados con factores genéticos que son inmodificables. En cambio, la adopción de pautas de vida saludables (como el ejercicio físico) puede incidir en la reducción de riesgo, especialmente en la postmenopausia.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

La incidencia del cáncer de mama aumenta a partir de los 45 - 50 años y la mortalidad, unos años después de esa edad. La evidencia científica muestra que el grupo en el que la mamografía brinda más réditos es el de las mujeres de 50 a 70 años. Estudios hechos cada dos años parecieran ser tan efectivos como los realizados con más frecuencia, además de tener menor tasa de sobrediagnóstico y efectos adversos. Esto no quiere decir que mujeres fuera de ese rango etario no deban hacerse mamografías. Cada mujer deberá decidir con su médico la conveniencia o no de realizar este tipo de estudio.

El beneficio potencial de la mamografía es el poder diagnosticar tempranamente una enfermedad y ofrecer por lo tanto mejores oportunidades de cura. No obstante, existe la posibilidad de que la mamografía señale indicios tumorales que en realidad no existen, que es lo que habitualmente se llaman "falsos positivos", lo que genera la realización de biopsias o procedimientos cruentos para confirmar el diagnóstico. Pero además, también hay "falsos negativos", situaciones en las que hay un tumor pero en la mamografía no se visualiza. Aún mamografías realizadas con la mejor de las calidades pueden presentar falsos negativos y falsos positivos.

EL CÁNCER DE MAMA EN CIFRAS EN ARGENTINA

- El cáncer de mama es la primera causa de muerte por tumores en mujeres.
- Se producen 5.400 muertes por año por este tipo de cáncer.
- La tasa de mortalidad por cáncer de mama en el país es de 20,1 cada 100.000 mujeres.

- Se estima que se producirán 18.000 nuevos casos por año, lo cual representa el 17,8% del total de incidencia de cáncer en Argentina.
- Argentina, luego de Uruguay, es el país de América con la tasa de mortalidad más alta por cáncer de mama (con 20,1 y 24,3 defunciones cada 100.000 mujeres respectivamente), mientras que Ecuador y México tienen las tasas más bajas (con 10 y 10,5 defunciones cada 100.000 mujeres respectivamente).
- En el país se presenta una gran diferencia en la tasa de mortalidad entre diferentes provincias. Jujuy y Santa Cruz están entre las que tienen un índice más bajo (5 y 10 respectivamente), mientras que San Luis y La Pampa son los lugares en donde se da una mayor mortalidad (27 y 22 respectivamente).
- Las tasas de mortalidad por cáncer de mama más elevadas se dan entre los 50 (41,6 cada 100.000 mujeres) y los 80 años o más (215,8 cada 100.000 mujeres).
- El cáncer de mama es el de mayor incidencia en mujeres, con una tasa de 74 casos por cada 100.000 mujeres.
- Más del 75% de las mujeres con cáncer de mama no tienen ningún antecedente familiar de dicha enfermedad.
- La detección temprana es fundamental, ya que los tumores de menos de 1 centímetro tienen hasta el 90% de probabilidades de curación.

2.2. CÁNCER CÉRVICO-UTERINO (CCU)

El cáncer de cuello de útero es causado por algunos tipos de Virus de Papiloma Humano (VPH). Este virus es muy común, se transmite generalmente a través de las relaciones sexuales y generalmente desaparece solo. En algunos casos el virus persiste, pudiendo provocar lesiones en el cuello del útero que si no se tratan, con el tiempo pueden convertirse en cáncer.

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

- La infección con VPH. Se estima que más del 80% de hombres y mujeres estarán afectados por estos virus en algún momento de sus vidas. Existen alrededor de 40 tipos de VPH que afectan la zona ano-genital (pene, ano, cuello uterino, vulva), de los cuales aproximadamente 15 son cancerígenos. En la mayoría de los casos, se cura de manera espontánea, pero si la infección persiste puede producir lesiones que con los años pueden progresar y transformarse en un cáncer.
- El cáncer cervical es más común entre las mujeres que no realizan Papanicolaou (PAP) regularmente. Este estudio ayuda a detectar alteraciones en las células del cuello del útero que se pueden tratar y curar antes de que se transformen en cáncer.

Otros factores que pueden incidir, aunque en menor medida, son:

- Tabaquismo. En las mujeres infectadas con VPH, el fumar puede aumentar el riesgo de padecer este tipo de cáncer.

- Sistema inmunitario debilitado. La infección con VIH (el virus causante del SIDA) o el tomar medicamentos que inhiben el sistema inmunitario, aumentan el riesgo de padecer cáncer cervical.
- Uso de píldoras anticonceptivas. Su uso durante 5 o más años puede elevar ligeramente el riesgo de cáncer cervical en mujeres con infección de VPH. Sin embargo, el riesgo disminuye rápidamente cuando la mujer deja de usarlas.
- Tener muchos hijos. Los estudios sugieren que tener 5 ó más hijos puede elevar ligeramente el riesgo de padecer cáncer cervical en mujeres con infección por HPV.

PREVENCIÓN

Hasta el momento, la prevención del cáncer cérvico-uterino se ha basado en la prueba del PAP que se recomienda a las mujeres a partir de los 25 años y especialmente entre 35 y 64 años. De todos modos, las mujeres mayores de 64 años que nunca se han hecho un PAP también deben hacerlo. Si durante dos años seguidos este estudio da negativo, se recomienda hacerlo cada tres años.

En los últimos años, la comprobación de la relación causal entre el VPH y el cáncer cervical ha permitido el desarrollo de nuevas tecnologías de prevención como el Test de VPH y la vacuna contra ese virus.

El test comenzó a implementarse en 2011 en la provincia de Jujuy y a partir de 2013 comenzó a extenderse a las provincias de Misiones, Catamarca y Neuquén. Paulatinamente se incorporará al resto de las provincias del país. Está destinado a mujeres a partir de los 30 años. En Argentina, la frecuencia recomendada es de una prueba de VPH cada 3 años en caso de resultado negativo. La toma de la muestra es similar a la del PAP: la mujer se recuesta en una camilla, y un profesional de la salud extrae con el cepillo una muestra de células del cuello del útero. Esa muestra se coloca en el tubo y es enviada al laboratorio donde es analizada por un procesador automático que establece la presencia o ausencia de ADN de 13 tipos de VPH de alto riesgo oncogénico.

La **vacuna contra el VPH** se incorporó en 2011 al Calendario Nacional de Vacunación para todas las niñas de 11 años a fin de prevenir el cáncer de cuello de útero. Son necesarias 3 dosis para que la vacuna sea efectiva y es gratuita en hospitales y centros de salud públicos de todo el país.

EL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN CIFRAS EN ARGENTINA

- Es el tercer cáncer más diagnosticado entre las mujeres.
- Se diagnostican alrededor de 4.000 casos nuevos por año y mueren 1.800 mujeres por esta enfermedad, a pesar de que se puede prevenir muy fácilmente con un PAP y el seguimiento y tratamiento adecuado.
- Más del 90% de las muertes ocurre en mujeres mayores de 35 años



- La tasa de mortalidad por CCU en el país es de 7 cada 100.000 mujeres. Esta tasa de mortalidad es mucho más elevada que la de países como Finlandia, Australia y Nueva Zelanda (con tasas de 1,2, 1,4 y 1,6 muertes cada 100.000 mujeres). Mientras que otros países de la región, como República Dominicana y Guatemala tienen cifras de mortalidad que duplican las de Argentina (con 13,7 y 15,2 muertes cada 100.000 mujeres respectivamente).
- En el país se presenta una gran diferencia en la tasa de mortalidad entre diferentes provincias. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Tierra del Fuego están entre las que tienen un índice más bajo (4,4 y 1,3 respectivamente), mientras que Formosa y Misiones son los lugares en donde se da una mayor mortalidad (17,1 y 13,7 respectivamente)
- El 99 % de los CCU es producido por VPH de alto riesgo oncogénico.
- Es importante señalar que en la mayoría de los casos, sobre todo en las mujeres más jóvenes, las infecciones por VPH de alto riesgo oncogénico son transitorias, y remiten solas sin producir ninguna alteración en las células cervicales. Se estima que sólo el 5% de las mujeres infectadas con alguno de estos tipos de VPH contraen infecciones persistentes, las cuales pueden generar lesiones de alto grado y carcinomas, si no son controladas y tratadas a tiempo.

2.3. CÁNCER COLORRECTAL (CCR)

El cáncer colorrectal es el tercer cáncer más frecuente en Argentina (luego del cáncer de mama y del cáncer de próstata) y el segundo de mayor mortalidad. Afecta tanto a hombres como a mujeres, principalmente a partir de los 50 años de edad.

Este tipo de cáncer se desarrolla en la última porción del tubo digestivo (el intestino grueso, que está compuesto por el colon y el recto) y se produce como consecuencia de una compleja interacción de factores hereditarios y ambientales.

En más del 80 ó 90% de los casos se produce primero un pólipo (un crecimiento anormal de las células de la pared interna del intestino grueso) denominado adenoma, que puede crecer lentamente durante más de 10 años, que de no detectarse y extirparse a tiempo puede transformarse en un cáncer colorrectal.

Cuando ya se desarrolló el cáncer, inicialmente, el tumor se localiza en la pared del intestino (fase temprana) y si no se detecta y trata a tiempo puede diseminarse hacia ganglios linfáticos u órganos vecinos o a distancia (hígado, pulmón), dando lugar a una metástasis, constituyendo la fase avanzada de la enfermedad.

Sin embargo, este tumor es uno de los más factibles de prevenir: la progresión lenta del adenoma hacia el CCR favorece la realización de exámenes periódicos de tamizaje para detectar y extirpar los pólipos permitiendo prevenir la enfermedad con significativa disminución de la incidencia. Además cuando el CCR es detectado en una fase temprana, las posibilidades de curación son superiores al 90% y los tratamientos son menos complejos.

Alrededor del 75% de los CCR son esporádicos y se desarrollan en personas que no presentan



antecedentes personales ni hereditarios demostrados de la enfermedad. El resto de los cánceres colorrectales (alrededor del 25%) se producen en personas con riesgo adicional debido a las siguientes situaciones: antecedente personal de adenomas únicos o múltiples, cáncer colorrectal o enfermedad inflamatoria intestinal y antecedentes familiares de CCR o de adenomas únicos o múltiples.

FACTORES DE RIESGO

- Antecedentes personales o familiares de pólipos colorrectales o cáncer colorrectal.
- Antecedentes personales de enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn).
- Síndromes de origen genético como poliposis adenomatosa familiar o cáncer colorrectal hereditario no poliposo (Síndrome de Lynch). Solamente el 5% de los cánceres colorrectales están relacionados con estos síndromes genéticos.
- El consumo excesivo de alcohol, el sobrepeso y la vida sedentaria.
- De todos modos, es importante destacar que el 90% de los casos se diagnostican en personas mayores de 50 años y el 75% en aquellas sin antecedentes.

PREVENCIÓN

Las principales medidas recomendadas son las siguientes:

- Adoptar una dieta rica en fibras, especialmente vegetales y frutas varias veces por día.
- Disminuir la ingesta de carnes rojas y grasas de origen animal.
- Limitar las calorías de la dieta y mantener el peso corporal adecuado.
- Realizar ejercicio físico regular (30 minutos por día o varias veces por semana).
- Evitar el tabaco.
- Disminuir la ingesta de bebidas alcohólicas.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Los pólipos colorrectales y el cáncer colorrectal no siempre causan síntomas, especialmente al principio de su desarrollo. Una persona puede tener pólipos o cáncer colorrectal y no saberlo. Por esta razón, son tan importantes las pruebas periódicas de detección de este tipo de cáncer.

A partir de los 50 y hasta los 75 años es necesario que todas las personas, aunque no tengan síntomas, se efectúen chequeos regulares para detectar y extirpar los adenomas o detectar y tratar el cáncer colorrectal en una etapa temprana.

En caso de existir antecedentes familiares o personales de cáncer de colon o pólipos debe consultarse con un médico especialista, debido a que puede ser necesaria la realización de exámenes a más temprana edad.

Las personas que presenten síntomas (como sangrado o cambios en la forma habitual de evacuar el intestino, dolores abdominales o rectales frecuentes, anemia o pérdida de peso) deben realizarse exámenes del intestino, como la colonoscopia, para detectar la causa y proceder a su tratamiento

También las personas con colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn (sin importar su edad).

Si el diagnóstico del cáncer colorrectal se realiza en etapas tempranas la posibilidad de curación es superior al 90%. Cuando el cáncer colorrectal ya presenta síntomas las lesiones son frecuentemente más avanzadas y las posibilidades de curación se ubican en el 60%.

Además, cuando los tumores son más pequeños hay más posibilidades de tratamientos endoscópicos o quirúrgicos menos invasivos y menor necesidad de terapias oncológicas agregadas (quimioterapia o radioterapia).

EL CÁNCER COLORRECTAL EN CIFRAS EN ARGENTINA

- Se producen 11 mil nuevos casos cada año, de los cuales aproximadamente 5.800 son hombres y 5.200 mujeres.
- Sin distinción de sexos, es el tercero en incidencia (luego del cáncer de mama y del cáncer de próstata) y el segundo de mayor mortalidad (luego del cáncer de pulmón), con aproximadamente 6.800 fallecimientos anuales.
- El 90% de los cánceres colorrectales se producen en personas mayores de 50 años de edad y tiene una incidencia levemente mayor en hombres que en mujeres.
- Alrededor del 75% de los casos de cáncer colorrectal son denominados esporádicos, es decir que se desarrollan en personas que no presentan antecedentes personales ni familiares y por lo tanto los factores dietéticos y ambientales estarían implicados en su causa.
- El resto de los cánceres colorrectales (alrededor del 25%) se producen en personas con riesgo adicional debido a las siguientes situaciones: antecedente personal de adenomas únicos o múltiples, cáncer colorrectal o enfermedad inflamatoria intestinal y antecedentes familiares de CCR o de adenomas únicos o múltiples.

2.4. CÁNCER DE PULMÓN

El cáncer de pulmón es uno de los más frecuentes a nivel mundial.

Los síntomas más frecuentes son: dificultad respiratoria, tos (incluyendo tos sanguinolenta) y pérdida de peso, así como dolor torácico, ronquera o hinchazón en el cuello y la cara.

Se clasifica en dos tipos principales en función del tamaño y apariencia de la células malignas: el cáncer pulmonar de células pequeñas (microcítico) y el de células no pequeñas (no microcítico). Esta distinción condiciona el tratamiento y así, mientras el primero por lo general es tratado con quimioterapia y radiación, el segundo tiende a serlo además mediante cirugía.

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

- Humo de tabaco. Es causa de la mayoría de los casos de cáncer pulmonar, siendo el factor de riesgo más importante. Las sustancias nocivas del humo tabáquico lesionan las células del pulmón. La exposición al humo del tabaco en el ambiente puede causar cáncer de pulmón también en personas que no fuman (fumadores pasivos). Cuanto mayor es la exposición al humo, mayor es el riesgo de tener en algún momento cáncer de pulmón.
- Al humo ambiental del tabaco (o humo de segunda mano) se le agregó hace unos años el concepto de humo de *tercera mano*, que es aquel que describe la invisible mezcla de gases y partículas que permanecen adheridas al pelo y la ropa de los fumadores, a los muebles y a las alfombras o tapizados luego de que el fumador ya ha apagado su cigarrillo. Estas sustancias incluyen metales pesados, sustancias cancerígenas e incluso materiales radioactivos que pueden permanecer hasta dos semanas después de que se ha ventilado la habitación donde se estuvo fumando.
- Exposición a sustancias nocivas. Las personas que trabajan en la industria de la construcción, química y minera pueden estar expuestas a gases radioactivos y otras sustancias como asbesto, arsénico, cromo, níquel, hollín y alquitrán, razón por la cual tienen mayor riesgo de padecer cáncer de pulmón. Dicho riesgo es aún mayor en quienes fuman.
- Antecedentes familiares. Las personas con padre, madre, hermano o hermana que padecieron cáncer de pulmón pueden tener un leve aumento en el riesgo, aunque no fumen.

PREVENCIÓN

Las principales medidas son:

- La prevención del consumo de tabaco y promoción de la cesación tabáquica: al dejar de fumar, el riesgo de cáncer disminuye constantemente cada año, a medida que las células anormales son remplazadas por células normales. Los fumadores que dejan de fumar, a cualquier edad, tienen menos riesgo de morir por enfermedades asociadas con el tabaco que los que continúan fumando. Además, mejoran mucho su calidad de vida.
- La defensa de ambientes 100 % libres de humo. El humo del cigarrillo no sólo es dañino para el fumador sino también para todos aquellos que lo rodean, principalmente los niños pequeños. Todos los que conviven con alguien que fuma, se exponen a las 7.000 sustancias tóxicas y casi 70 cancerígenas que contiene el humo del tabaco.
- La única forma de evitar los efectos nocivos del cigarrillo es declarar todos los espacios cerrados, públicos y privados, 100% libres de humo de tabaco. Es importante recordar que, a pesar de abrir las ventanas, el humo de un cigarrillo puede permanecer hasta

dos semanas en un ambiente cerrado donde se ha fumado. Por esto, fumar en el hogar cuando los niños están ausentes, no evita que éstos se contaminen con sustancias dañinas.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

El diagnóstico temprano del cáncer de pulmón es el principal condicionante para el éxito en su tratamiento. En estadios tempranos, este tipo de cáncer puede, en alrededor del 20% de los casos, ser tratado quirúrgicamente con posibilidades de curación. Sin embargo, debido a su virulencia y a la dificultad para la detección precoz, en la mayoría de los casos diagnosticados el cáncer de pulmón presenta metástasis y su curabilidad es bastante baja.

En la mayoría de los pacientes el diagnóstico se plantea ante datos clínicos y cuando en un estudio radiológico se detecta alguna anormalidad pulmonar.

Se suelen realizar exámenes complementarios a los pacientes con cáncer de pulmón para determinar su estado general, incluyendo la historia clínica y exploración física completas, recuento hemático completo, bioquímica sanguínea, pruebas de función pulmonar como la espirometría y la determinación de gases en la sangre arterial.

Por lo general es tratado con quimioterapia, radiación o mediante cirugía.

EL CANCER DE PULMÓN EN CIFRAS EN ARGENTINA

- El cáncer de pulmón fue responsable del 15,4% de las muertes por cáncer con 9.200 defunciones durante 2010.
- La incidencia del cáncer de pulmón es de 10.296 casos (9.8%) .



3

ENFOQUES A PROMOVER

En relación al cáncer en general y a algunos tipos de tumores en particular, se recomienda tener en cuenta diferentes ejes en la programación de materiales y campañas dirigidas a la población a fin de sensibilizarla, hacer circular sentidos no estigmatizantes, promover la adopción de conductas saludables y preventivas y propiciar la detección precoz.

3.1. EVITAR LA ESTIGMATIZACIÓN DEL CÁNCER

- Es imprescindible comenzar a hablar del cáncer a fin de deconstruir el carácter de “enfermedad innombrable”.
- Romper la asociación directa y necesaria entre “cáncer” y “dolor”. De todos modos, dado que una parte considerable de los pacientes con cáncer sufren dolor en algún momento del tratamiento, se sugiere visibilizar las posibilidades de los cuidados paliativos para evitar o disminuir el dolor.
- Romper la asociación directa y necesaria entre “cáncer” y “muerte”. La muerte constituye un tema tabú en nuestra sociedad. Reproducir esa asociación, obtura el abordaje del cáncer desde la prevención, la detección temprana, el tratamiento y aún en los casos más severos, las posibilidades de reducir el dolor. Lo recomendable es abrir el campo discursivo lo suficiente como para poder hablar, inclusive, de la realidad de algunos pacientes que fallecen a causa de la enfermedad. Esto implica también habilitar la palabra para nombrar los cuidados al final de la vida.
- Instalar la importancia de los controles médicos de rutina para la detección precoz y la posibilidad de cura de muchos tipos de cáncer.
- Instalar la capacidad de sobrevivir con calidad de vida.
- Incluir a las terapias alternativas como complementarias, para mejorar la tolerancia a los tratamientos, pero no suficientes para el tratamiento de los tumores.
- Evitar estereotipar a las personas con cáncer, ya que pueden transitar la enfermedad de diversas formas: no tienen por qué ser “víctimas desahuciadas” ni tampoco “héroes o heroínas victoriosos” ante la enfermedad.

3.2. PROMOVER HÁBITOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE DIVERSOS TIPOS DE CÁNCER

Hábitos saludables tales como la prevención y/o abandono de consumo de tabaco, la reducción de consumo de alcohol, la realización de actividad física y la ingesta diaria de frutas y verduras, así como también el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales y la adopción de cuidados frente a la exposición al sol pueden evitar o reducir la aparición de diversos tipos de cáncer. Dichas recomendaciones apuntan a concebir el cáncer como una enfermedad prevenible.

Por lo tanto, resulta fundamental abordar los siguientes mensajes clave:

- La dieta variada, con la inclusión diaria de frutas y verduras de todo tipo, ayuda a prevenir diversos tipos de cáncer. Se recomienda el consumo de dos porciones de fruta y tres de verduras diarias.
- La actividad física también reduce las posibilidades de desarrollar diferentes tipos de cáncer. Se recomienda realizar al menos 30 minutos de actividad física por día.
- No fumar y vivir en ambientes libres de humo de tabaco disminuye el riesgo de desarrollar varios tipos de cáncer.

3.3. PROPICIAR LA DETECCIÓN TEMPRANA

La detección temprana del cáncer se basa en la posibilidad de diagnosticar la enfermedad precozmente para garantizar un tratamiento que optimice las posibilidades de cura. Al tratarse en realidad de un espectro diverso y amplio de tumores, la detección precoz del cáncer requiere ser abordada atendiendo a la especificidad que cada tipo de cáncer presenta.

En tal sentido, en la siguiente sección proponemos pautas para abordar el cáncer de cuello uterino, el de mama, el colorrectal y el de pulmón, en tanto son los que cuentan con mayor desarrollo programático por parte del Ministerio de Salud de la Nación.

4.1. CÁNCER DE MAMA

- El cáncer de mama afecta principalmente a mujeres que tienen entre 50 y 70 años.
- Si bien es un cáncer difícil de prevenir, practicar un estilo de vida saludable ayuda a disminuir las probabilidades de su aparición.
- La detección temprana aumenta las posibilidades de cura.
- La mamografía es el estudio que permite detectar tempranamente un tumor.
- Todas las mujeres que tienen entre 50 y 70 años deben realizarse una mamografía cada dos años.
- Las mujeres que tienen antecedentes familiares de este tipo de cáncer deben consultar al médico para evaluar cuándo es conveniente comenzar con los controles.

Destinatarios priorizados

- Mujeres de 50 a 70 años.

Actividades, recursos y canales recomendados

- Charlas destinadas a mujeres de esa franja etaria en salas de espera de centros de salud y hospitales, comedores populares y otras organizaciones sociales.
- Formación y acompañamiento de agentes sanitarios, promotores de salud y líderes de organizaciones barriales y comunitarias.
- Afiches y folletos para distribuir en centros de salud, hospitales, escuelas, comedores populares y otras organizaciones sociales.
- Carteleras en centros de salud y hospitales.
- Cartillas, rotafolios y otros materiales de apoyo para promotores de salud, médicos y otros integrantes de equipos de salud vinculados con esta problemática.

- Spots radiales y televisivos.
- Información en sitios web.

4.2. CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO

- El cáncer de cuello de útero es provocado por el Virus del Papiloma Humano (VPH), pero tener VPH no significa necesariamente que se desarrolle este tipo de cáncer.
- El cáncer de cuello de útero se puede prevenir a través del PAP, dado que detectar y tratar las lesiones precancerosas evita su desarrollo.
- El PAP es un estudio indoloro y muy sencillo. Se lo deben realizar todas las mujeres de 25 años o más. Luego de dos PAP normales anuales consecutivos se puede realizar cada 3 años. Este estudio es gratuito en todos los centros de salud y hospitales públicos del país.
- A partir de 2011, Argentina incorporó la vacuna contra el VPH al Calendario Nacional de Vacunación para prevenir la infección por los dos tipos de VPH causantes de la mayoría de los tumores de cuello de útero. La vacuna es gratuita y obligatoria y está destinada a todas las niñas de 11 años. Son necesarias 3 dosis para que sea efectiva.

Destinatarios priorizados

- Mujeres que tienen entre 35 y 64 años.
- Madres y padres de niñas de 11 años (promoción de la vacuna VPH).

Actividades, recursos y canales recomendados

- Charlas destinadas a mujeres de esa franja etaria en salas de espera de centros de salud y hospitales, escuelas, comedores populares y otras organizaciones sociales.
- Formación y acompañamiento de agentes sanitarios, promotores de salud y líderes de organizaciones barriales y comunitarias.
- Afiches y folletos para distribuir en centros de salud, hospitales, escuelas, comedores populares y otras organizaciones sociales.
- Cartelera en centros de salud y hospitales.
- Cartillas, rotafolios y otros materiales de apoyo para promotores de salud, médicos y otros integrantes de equipos de salud vinculados con esta problemática.
- Spots radiales y televisivos.
- Información en sitios web.

4.3. CÁNCER COLORRECTAL

- El cáncer colorrectal afecta principalmente a mujeres y varones mayores de 50 años.
- El CCR se puede prevenir y curar. Tiene una lesión precursora, el pólipo, de lento crecimiento. Si los pólipos se extirpan pueden evitar la aparición del cáncer y si el cáncer se detecta tempranamente las posibilidades de curación son muy altas.
- Las personas que tienen antecedentes familiares deben consultar al médico para evaluar cuando es conveniente comenzar con los controles.
- El CCR con frecuencia no presenta síntomas hasta que no se halla en una etapa avanzada. Es importante que todas las personas mayores de 50 años realicen una consulta con su médico para realizarse los estudios de detección pertinentes.

Destinatarios priorizados

- Mujeres y varones de entre 50 y 75 años.
- Personas con antecedentes personales y familiares de CCR o pólipos.

Actividades, recursos y canales recomendados

- Charlas destinadas a población adulta en salas de espera de centros de salud y hospitales, comedores populares y otras organizaciones sociales.
- Formación y acompañamiento de agentes sanitarios, promotores de salud y líderes de organizaciones barriales y comunitarias
- Afiches y folletos para distribuir en centros de salud, hospitales, escuelas, comedores populares y otras organizaciones sociales.
- Carteleras en centros de salud y hospitales
- Cartillas, rotafolios y otros materiales de apoyo para promotores de salud, médicos y otros integrantes de equipos de salud vinculados con esta problemática.
- Spots radiales y televisivos.
- Información en sitios Web.

4.4. CÁNCER DE PULMÓN

- El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo para desarrollar cáncer de pulmón. **De cada diez personas con cáncer de pulmón, nueve son fumadoras.**

- Las personas fumadoras también tienen mayor riesgo de padecer cáncer de boca, labios, lengua, laringe, faringe, estómago, esófago, páncreas, vejiga, riñón, cuello de útero, hígado, mama, ovario y ciertas formas de leucemia.
- Argentina cuenta con una Ley Nacional de Control del Tabaco que prohíbe fumar en todos los espacios cerrados de uso público o privado: casinos, bingos, boliches, bares, restaurantes, teatros, museos, bibliotecas, transporte público, estadios cubiertos y lugares de trabajo públicos y privados.
- Los ambientes 100% libres de humo de tabaco protegen la salud de todos: retardan el inicio de la adicción al tabaco, disminuyen la aceptación social del cigarrillo y ayudan a las personas fumadoras a dejar el tabaco.

Destinatarios priorizados

- Población general.

Actividades, recursos y canales recomendados

- Charlas en salas de espera de centros de salud y hospitales, comedores populares y otras organizaciones sociales.
- Formación y acompañamiento de agentes sanitarios, promotores de salud y líderes de organizaciones barriales y comunitarias.
- Afiches y folletos para distribuir en centros de salud, hospitales, escuelas, comedores populares y otras organizaciones sociales.
- Carteleros en centros de salud y hospitales.
- Cartillas, rotafolios y otros materiales de apoyo para promotores de salud, médicos y otros integrantes de equipos de salud vinculados con esta problemática.
- Spots radiales y televisivos.
- Información en sitios web.

4.5. CUIDADOS PALIATIVOS

- Aún en los casos en que la cura del cáncer no es posible, siempre se puede aliviar el dolor y el sufrimiento de quienes lo padecen.
- Los cuidados paliativos no se proponen ni prolongar ni acortar la vida, sino mejorar su calidad.
- Los cuidados paliativos tienen como propósito el alivio del dolor y otros síntomas derivados de la enfermedad y de los efectos secundarios de los tratamientos.

- Acompañar a los pacientes con cáncer desde el diagnóstico, dando apoyo físico, emocional y espiritual para sobrellevar del mejor modo la enfermedad también constituye un propósito primordial de los cuidados paliativos.
- El paciente es el protagonista en el cuidado y manejo de su enfermedad.
- Los profesionales de la salud no sólo deben promover que pacientes y familiares estén bien informados para que cooperen con el tratamiento, sino también para que los procedimientos que se efectúen obedezcan a las genuinas necesidades, deseos y decisiones de los pacientes.

Destinatarios priorizados

- Personas con diagnóstico de cáncer.

Actividades, recursos y canales recomendados

- Charlas para pacientes de servicios de oncología de efectores de salud.
- Formación y acompañamiento de agentes sanitarios, promotores de salud y líderes de organizaciones barriales y comunitarias.
- Afiches y folletos para distribuir en centros de salud, hospitales y organizaciones sociales.
- Carteleros en centros de salud y hospitales.
- Cartillas y otros materiales de apoyo para promotores de salud, médicos y otros integrantes de equipos de salud.
- Spots radiales y televisivos.
- Información en sitios web.



CRITERIOS ESENCIALES PARA EL TRATAMIENTO MEDIÁTICO DEL CÁNCER

Dado que los medios de comunicación constituyen actores clave en la configuración de sentidos sociales, resulta fundamental tener en cuenta una serie de conceptos tendientes a favorecer una adecuada comunicación a fin de no reproducir nociones erróneas o falsas sobre este tipo de problemáticas.

Básicamente, la información debe buscar:

- Promover la prevención a través de la promoción de hábitos saludables.
- Deconstruir los falsos mitos sobre la enfermedad.
- Facilitar la comprensión de hallazgos y desarrollos científicos actuales.

Algunos de los errores frecuentes en el tratamiento del cáncer por parte de los medios son los siguientes:

- **El cáncer como un enemigo a vencer a través de una “lucha heroica”.** Esta visión sugiere que las personas que fallecen a causa de un tumor son por definición -por lo menos en un plano figurado-, responsables de haberse “rendido” en una guerra personal y por lo tanto perdedoras. Este enfoque “bélico” es cuestionable, ya que responsabiliza a las personas afectadas del desenlace fatal de su enfermedad.
- **La repetida evasiva de la palabra “cáncer” para valerse en su lugar de expresiones tales como “larga y penosa enfermedad”.** Este abordaje abona el carácter tabú del cáncer, basado en una ligazón inexorable con la muerte, además de convertirse en un obstáculo para que las recomendaciones acerca de la prevención y el diagnóstico temprano constituyan un conocimiento genuinamente accesible para la población.
- **La inadecuada utilización de la palabra “cáncer” como sinónimo de “fatal”.** El uso recurrente de la palabra “cáncer” como sinónimo de una situación o elemento nefasto, además de estigmatizar a quienes se ven afectados, desconoce el incremento en la supervivencia de los afectados por esta enfermedad, logrado a partir de los avances de la medicina en los últimos años.
- **El énfasis en la asociación directa y necesaria entre “cáncer” y “dolor” o “muerte”.** En lugar de reproducir esta asociación es necesario explicitar que muchas personas pueden convivir con el cáncer manteniendo una calidad de vida aceptable y

sin mayor sufrimiento. Además, es importante sensibilizar al conjunto de la población sobre la gran incidencia epidemiológica de esta problemática en nuestra sociedad, y las medidas que podemos adoptar para prevenirlo, controlarlo y/o curarlo.

- **La difusión de información sensible sin evidencia científica confiable.** Tanto las estadísticas como los hallazgos científicos deben ser tratados con cautela: es muy importante pensar cómo esta información puede ser interpretada por las personas enfermas y sus allegados. Por lo tanto, es fundamental garantizar que la información a publicar sea chequeada previamente a través de la consulta de fuentes científicas y confiables.

Algunas cuestiones a tener en cuenta para el correcto abordaje mediático del cáncer

NO	SI
Generalización. "El cáncer es mortal."	Contextualizar y especificar la información: ej. "La supervivencia a 5 años de las pacientes con cáncer de mama supera el 76%."
"Cáncer" como sinónimo de "dolor".	Muchos cánceres no implican necesariamente dolor. Además, los cuidados paliativos permiten controlar y disminuir el dolor cuando aparece.
La medicina alternativa cura el cáncer.	La medicina alternativa no cura el cáncer. La medicina complementaria, en algunos casos, sí puede ayudar a tolerar mejor los tratamientos.
Informar sobre cáncer sólo en días clave.	Los días mundiales y conmemorativos resultan eficaces para mejorar la comunicación de algunos temas, pero es conveniente garantizar información de modo sostenido.
Titulares morbosos.	Plantear los temas en positivo, pensando principalmente en las personas que padecen la enfermedad y sus familiares, y haciendo énfasis en las alternativas para prevenirla y controlarla a tiempo.
Crear falsas expectativas sobre todo cuando se trata de hallazgos científicos, por ejemplo fármacos "milagrosos".	Informar con rigor. Los indicios no se pueden convertir en pruebas fehacientes.
Recomendaciones centradas en la prohibición.	Brindar información sobre los hábitos saludables que contribuyen a prevenir los diferentes tipos de cáncer (dieta rica en frutas y verduras, ejercicio físico frecuente, disminución del consumo de alcohol, prevención y/o abandono del consumo de tabaco, entre otros).

PRENSA Y DIFUSIÓN

La prensa o difusión periodística es una herramienta de la comunicación que nos permite dar a conocer diversas informaciones a través de distintos tipos de medios o canales. Desde el anuncio de una actividad meramente técnica o institucional (realización de talleres o encuentros), pasando por noticias que poseen un atractivo periodístico en sí mismo (dar a conocer nuevas cifras o estadísticas, el anuncio de nuevos hallazgos científicos o tratamientos,



o un evento en el que participen personalidades destacadas), hasta la posibilidad de “subirse” a un suceso informativo particular (famoso que enferma de cáncer de pulmón por haber fumado toda la vida o fechas clave en la temática, como el Día Mundial del Cáncer) son todas posibilidades para difundir o instalar en la agenda mediática un tema, una actividad, a un funcionario o a la propia institución para la que se trabaja.

En ese contexto, quienes tengan a su cargo la tarea de llevar adelante la prensa y comunicación de temáticas del ámbito de la salud (y en especial las relacionadas con la problemática del cáncer) deberán hacer el ejercicio de identificar las circunstancias, personajes o hechos pasibles de transformarse en un anuncio o cobertura de prensa.

Algunas recomendaciones

Estar informados. Aunque parezca una obviedad, estar informado sobre la problemática surge como condición indispensable a la hora de producir noticias o intervenir en las que circulan en los medios.

Aprovechar los sucesos periodísticos. No desaprovechar las oportunidades de intervención a partir de los sucesos periodísticos coyunturales, aunque es fundamental evaluar en qué casos es conveniente subirse a estas “olas” informativas y en cuáles no. En este punto, es pertinente destacar que al ser un organismo público con responsabilidad de respuesta ante la sociedad, es imprescindible tener en cuenta que no alcanza con salir a dar diagnósticos o a opinar de una temática como si fuera una organización no gubernamental, sino que es fundamental evaluar previamente cuestiones tales como la respuesta sanitaria concreta que se da a la población (si hay libre acceso a los tratamientos, si los servicios están preparados para atender la demanda, etc.), si se vienen desarrollando o no acciones desde la institución a la que se pertenece (compra de equipamiento, capacitación de los profesionales de la salud, etc.), entre otros puntos.

Efemérides. Aunque una estrategia de prensa y difusión no puede estar basada de manera exclusiva en estas conmemoraciones, estas fechas son un buen recurso para generar noticias. Así, el Día Mundial del Cáncer o el Día Mundial del Cáncer de Mama constituyen una oportunidad para sensibilizar a la población sobre la problemática. En tales ocasiones se puede trabajar en la elaboración de una noticia, que puede ir desde el anuncio de una medida sanitaria (“El Gobierno equipará con mamógrafos a todos los hospitales del país”) hasta la construcción de la información a partir de una cifra específica (“Detectado a tiempo, el cáncer de colon se puede curar en más del 90% de los casos”), entre otros ejemplos.

Hablar de prevención (y otros datos). Las ocasiones en las que se hable de la problemática (realización de un evento, efeméride, etc.), son en general una buena oportunidad para hablar de la situación general de la patología en cuestión o de la importancia de la prevención, entre otros temas. Así, por ejemplo, si se hace un taller de capacitación sobre cáncer cervicouterino, se puede aprovechar ese material periodístico para agregar información general sobre la enfermedad, métodos de prevención, cifras, etc.



GACETILLA O COMUNICADO DE PRENSA

Según se desprende del Manual de Pautas para la Producción de Contenidos e Información Pública del Ministerio de Salud de la Nación, se denomina así a la comunicación escrita dirigida a los medios con el propósito de anunciar algún tema o hecho de potencial interés periodístico, con el fin último de que la información llegue al público de dichos medios. Suele enviarse por correo electrónico y/o ponerse a disposición mediante la web o las redes sociales para los contactos de las redacciones de los diarios, revistas, radios, canales de televisión, webs, etc.

Básicamente, se busca atraer la atención de los medios de comunicación para dar publicidad a eventos realizados, resultados de las políticas implementadas, indicadores de gestión, o instalar en la agenda pública algún tema de interés social, como por ejemplo medidas preventivas a adoptar frente a un potencial riesgo sanitario. Para ello, el comunicado de prensa debe brindar la información fundamental necesaria para desarrollar una noticia.

Algunas sugerencias

- El primer párrafo o cabeza debe contener la información de mayor importancia y responder a las 5W: who (quién), what (qué), when (cuándo), where (dónde) y why (por qué). Hay quienes hablan de las 6W y agregan el cómo (how) a las preguntas antes enumeradas.
- A partir del segundo párrafo, se expande la información con mayores detalles. El lenguaje a utilizar debe ser comprensible y no demasiado técnico, ya que es necesario que la gente pueda entender de qué se está hablando.
- El uso de adjetivos se desaconseja. El lenguaje utilizado en la gacetilla debe ser neutral, al igual que en los textos periodísticos. La opinión no puede nunca formar parte de un comunicado, a menos que sea una frase pronunciada por algún directivo o funcionario, en cuyo caso debe ser citada correspondientemente.
- Es de vital importancia que los datos sean contrastables y de fuentes fiables, a la vez que la información debe ser actual. Es mejor redactar un comunicado breve que hacer un texto de mayor longitud incorporando datos antiguos.
- Las siglas de organismos o programas deberán escribirse luego de consignar la primera vez que se mencione con nombre completo y sigla (en mayúscula y entre paréntesis).
- Antes de empezar a escribir, hay que tener claro qué tenemos para decir (ya sea cuál es la novedad o el anuncio que se está haciendo, o qué decidimos rescatar de los dichos del ministro o algún funcionario). Eso debemos poder resolverlo entre el título y el primer párrafo (la cabeza).
- Otra forma de enriquecer nuestras producciones es sumar a la nota datos de contexto y/o antecedentes relacionados con lo que estamos comunicando. Ejemplo: en una información relacionada con el cáncer, se puede incluir el dato de que en Argentina la enfermedad es la primera causa de muerte entre los 35 y los 64 años, etc.

- Vale aclarar que las 5W no son un “corset” rígido imposible de evadir. Los recursos del denominado “nuevo periodismo” son una herramienta poderosa para contar el impacto de las políticas sanitarias desde un enfoque de “historia de vida” y visibilizar los alcances que puede tener una medida o un servicio.

Anuncios o previas

Son gacetillas que se utilizan para anunciar una actividad que será realizada y merece ser difundida.

Básicamente, se compone de los siguientes elementos:

- Titular: debe ser conciso y llamativo, presentando de manera sucinta el tema sobre el cual trata la información.
- Lugar y fecha de edición: es importante no olvidar este dato.
- Cuerpo del comunicado: no debe ser demasiado extenso. La longitud ideal versa entre los tres y cuatro párrafos. La información debe desarrollarse en formato periodístico de pirámide invertida, es decir exponiendo los datos de mayor a menor importancia.
- Detalle de la organización que brinda la información: se presentan datos básicos de la institución que envía la información. Puede incluir página web, historia, entre otras informaciones.
- Datos de contacto: es necesario que se adjunte nombre, cargo, teléfono y e-mail del responsable para que el periodista pueda solicitar mayor información.

PAUTAS PARA EL DESARROLLO DE PÁGINAS WEB

La estructura

Para organizar la información que se incluirá en un sitio web hay que tener presente la distribución de la misma para que sea de fácil acceso para el usuario. Por un lado, para que pueda localizar lo que busca y por el otro, para que se encuentre con los contenidos más importantes.

Por tal motivo, se recomienda pensar la estructura o árbol general de navegación, que incluirá todo el contenido del sitio. Como parte de la sistematización de los contenidos, la información se agrupará en elementos clasificadores con lógica jerárquica en distintos niveles de profundidad. Se deberá a su vez tener en cuenta el eje temporal para los contenidos de tipo “noticias” que se publicarán en la página principal.

Algunas preguntas que pueden orientar el armado del sitio web:

- ¿A qué actores se quiere llegar con la información, prioritariamente?
- ¿El destinatario es relativamente homogéneo? ¿Qué aspectos socioculturales debemos considerar (edades, idiomas, formación, intereses, etc.)?

- ¿Qué servicios tiene nuestro organismo para brindar, y a quiénes?
- ¿Qué información no puede dejar de estar disponible a fin de garantizar el derecho a la información de los ciudadanos?
- ¿A partir de qué necesidades y/u objetivos puede el destinatario navegar el sitio web?
- ¿Qué información le puede ser útil?

Es recomendable que la respuesta a cada una de estas preguntas sea explicitada en un documento, de manera de poder consultarlo a lo largo del proceso y mantener claro el objetivo a la hora de complejizar, enriquecer, evaluar y/o replantear el sitio web.

Si se trata del rediseño de un sitio web que ya está en funcionamiento, puede ser útil consultar también a los usuarios para identificar las dificultades que encuentran para navegarlo o para hallar los contenidos y/o servicios que buscan.

El contenido

En lo que concierne a la escritura para la web, es importante considerar que leer en pantalla resulta un 25% más lento que en papel, por lo que en general el usuario no se interesa por los textos largos. Teniendo en cuenta este criterio, los contenidos para la web tienen que ser más sintéticos que los pensados y planteados para medios gráficos (publicaciones, libros, informes, etc.) El parámetro recomendado es un 50% de extensión de la misma información que se incluiría en un material impreso.

Asimismo, se recomienda colocar títulos y bajada para los artículos y/o noticias que sean claros, permitiendo conocer rápidamente cuál es el eje central del contenido.

Al redactar contenidos para la web es necesario tratar de:

- **Ser sintéticos:** escribir con la mitad de las palabras que utilizaríamos para materiales impresos. Usar los verbos de forma directa (modo infinitivo) permite utilizar menor cantidad de palabras.
- **Centrarse en la información concreta y útil:** Entregar datos concretos, antes que discursos descriptivos que no permiten conocer en forma directa la información y los servicios con que cuenta el sitio. Los usuarios suelen navegar la web para buscar contenidos que les permitan realizar acciones.
- **Escribir para la comprensión:** privilegiar siempre los párrafos cortos, con oraciones de estructura simple (sujeto y predicado), con sólo una idea por párrafo.
- **Redactar títulos claros y denotativos:** colocar títulos que sean comprensibles sin contexto y que aludan directamente al tema en cuestión. Deben ser breves (no más de 64 caracteres incluyendo espacios) para ser adecuadamente indexados en los buscadores, y en lo posible hay que evitar las palabras demasiado extensas.
- **Crear listas y/o subsecciones:** ofrecer la información en párrafos cortos y



preferentemente en listas de elementos (viñetas). A su vez, si existen temas que requieren de mayor desarrollo, cada uno de ellos puede ir enlazado hacia otro artículo (subsecciones) con un texto más detallado.

- **Organizar la información jerárquicamente:** brindar en primer lugar del sitio la información más importante, por lo que la arquitectura de la información debe plantearse a modo de “pirámide invertida”: siempre lo más relevante arriba, y luego los elementos complementarios.
- **Resaltar las palabras clave:** destacar las palabras que sean más importantes de cada párrafo de tal manera que funcionen como “anclas” para la vista del usuario en el recorrido de la página (sin caer en un abuso de las mismas que anularía tal efecto).
- **Ofrecer enlaces hacia otras páginas:** incluir enlaces de interés que permitan al usuario acceder a más información, dentro de sitio propio o hacia sitios externos.
- **Suplir y/o complementar el texto por infografías:** acompañar los textos con imágenes cuando el tema lo permita (por ejemplo, para explicar procesos, procedimientos o nuevos conceptos).

La imagen

Las imágenes en cualquier sitio web cumplen un papel distinto respecto de los materiales impresos. No resultan un factor crucial para que el usuario decida permanecer navegando debido a que se privilegia encontrar información útil sobre temas de interés. No obstante, es importante que las imágenes y/o fotos que acompañen los contenidos respeten algunos parámetros:

- **El tamaño:** utilizar imágenes cuya definición sea de 72dpi a tamaño de publicación.
- **El peso:** privilegiar las imágenes de peso reducido (no deben superar los 100kb) ya que agilizan el tiempo de descarga.
- **Lectura de las imágenes:** a fin de cumplir con las normas de accesibilidad para personas con discapacidad visual, cada imagen debe llevar un texto alternativo con una descripción de lo que se muestra a través de ella (tal como si la página se estuviera describiendo a través de un programa de radio).

REDES SOCIALES

También según el Manual de Pautas para la Producción de Contenidos e Información Pública de la cartera sanitaria, “Las redes sociales tienen un potencial muy grande a la hora de promover cambios de conductas, y esto se da por dos motivos. En primer término, si bien son masivas existe la posibilidad de segmentar el público al que se le envía el mensaje, lo que permite establecer vínculos directos con cada uno de los usuarios, fomentando de esta manera su participación activa. Pero en segundo lugar, y quizás más importante, aunque el emisor del mensaje sea una institución, la informalidad que gobierna las redes sociales en general produce la sensación de que el mensaje es `genuino` y `desinteresado`, aportándole muchísima permeabilidad en el receptor”.



Por sus características de masividad, hoy las redes sociales (como Facebook, Twitter, Youtube) representan un nuevo ámbito a considerar en este nuevo “espacio público ampliado” en que se constituye la red.

Sin embargo, antes de crear una cuenta en estas redes, es necesario considerar algunas cuestiones previamente. Por ejemplo, preguntarnos en relación a los recursos y capacidades institucionales: si tenemos capacidad para la actualización continua que requieren (en el caso de Facebook y Twitter, a menudo más demandante que la del propio sitio web); si se cuenta con personas con la formación necesaria para responsabilizarse de esta tarea; si conocemos con claridad las limitaciones para resguardar nuestros contenidos y/o canalizar comentarios perjudiciales de parte de terceros; etc.

Una posibilidad para incursionar en este nuevo ámbito estratégico de actuación comunicacional es comenzar a considerarlas y utilizarlas al menos para ocasiones y/o cuestiones puntuales (por ejemplo: campañas coyunturales).

1. FACEBOOK

Es la red social más utilizada en el mundo y nuestro país no es la excepción (tiene 24 millones de usuarios¹). En este sentido, es la plataforma ideal para transmitir información a una audiencia amplia y heterogénea.

Facebook permite comunicarse y compartir información, fotos, videos y enlaces. También ofrece la posibilidad de enviar mensajes privados, de armar grupos temáticos y hasta crear eventos e invitar a los usuarios a participar en ellos (intercambiando pareceres antes, durante y después de los mismos).

Ventajas que ofrece:

*Entorno más amigable: los contenidos multimedia son de acceso inmediato y están insertados en el perfil, no requiere un linkeo fuera del sitio como es el caso de Twitter.

*Popularidad: es la red social más popular del mundo, todo organismo con relativa importancia debería tener su perfil de Facebook.

Tips para la comunicación en Facebook

- 1) Apelar al contenido audiovisual.

No hay mucho más que agregar al respecto. La jerarquía es la siguiente: lo más viralizable son las fotos, luego los videos, en tercer lugar los audios y por último los textos.

- 2) Tratar de que el contenido sea corto.

Cuanto más corto sea nuestro contenido tendrá más posibilidades de sobrevivir en la red.

1. Según datos del sitio <http://www.owloo.com/facebook-stats/argentina>



Diferencia entre Fan Page y perfil personal.

Según Facebook, “Los perfiles representan a individuos y se deben mantener bajo un nombre individual, mientras que las páginas permiten a una organización, empresa, famoso o marca mantener una presencia profesional en Facebook.” Dicho de otro modo: No puedes (o mejor dicho: no deberías) crear un perfil personal para una empresa o un producto.

Una “Fan page” es otra forma de presentar la información y cuenta con algunas ventajas por sobre los usuarios personales:

- Los usuarios no necesitan estar registrados en Facebook para verlo (se accede como a cualquier página web).
- La Fan Page es visible inmediatamente para todos los interesados, no tienen que esperar a que los acepten como “amigo”.
- Los administradores de “fan pages” tienen acceso a estadísticas bastante elaboradas sobre la “fan page” (usuarios activos, visitas de la página, etc). Los perfiles no dan esta posibilidad.
- Si una página es muy popular aparecerá muy alto en los resultados de búsqueda. Se pueden buscar en Google y otros buscadores, y tienen mejor posicionamiento en los resultados de búsquedas.
- No tiene límites de amigos permitidos (los usuarios personales no aceptan más de cinco mil contactos).
- Las páginas de Facebook dejan crear fácilmente los anuncios que publicitan tu “fan page”.
- En las “fan pages” se puede crear páginas de inicio personalizadas e interactivas.
- En la “fan page” se puede enviar mensajes a todos los seguidores a la vez (en el perfil personal se puede enviar el mensaje a un máximo de 20 amigos a la vez).
- Las “fan pages” son diseñadas para empresas y productos, y por eso dejan mostrar otro tipo de información que los perfiles personales.

2. TWITTER

Twitter es una red de información en tiempo real que conecta a las personas con las últimas historias, ideas, opiniones y noticias que le pueden interesar. Esta red social ofrece a las empresas una forma sencilla de llegar a un público comprometido. Las empresas y organizaciones lo utilizan para compartir rápidamente información con personas interesadas en sus productos y servicios, para reunir inteligencia empresarial y retroalimentación en tiempo real, y para construir relaciones con clientes, socios y personas influyentes.

La Argentina es el séptimo país en el mundo con más usuarios activos en Twitter, según un informe realizado por Emarketer. El estudio asegura que en nuestro país existen 6.3 millones de usuarios activos (aquellos que interactuaron con la plataforma en los últimos 30 días).



Ventajas que ofrece:

*Inmediatez. No es un dato nada menor que cada vez más gente consulta el Twitter desde su celular, lo que permite una inmediatez en la circulación de la información hasta ahora inédita. Cada vez está más difundida la idea de que ante eventos importantes, el público consulta Twitter (siendo el hashtag más útil que nunca) antes que los diferentes medios de comunicación, tanto online como offline.

*Pluralidad del contenido: Twitter es una red social usada por usuarios personales, empresas, organismos, ONG's, etc. Con un poco de habilidad y paciencia, alguien experimentado podría hacer contacto con cualquier tipo de generador de materiales políticos, sociales, culturales, etc.

Tips para la comunicación en Twitter:

1) Tratar de no abreviar palabras.

Sólo hacerlo si es absolutamente necesario, porque confunde al lector. Es preferible escribir el twitt de otro modo antes de abreviar.

2) Evitar los twitts "encadenados".

Hay usuarios que cuando quieren dar un mensaje que excede los 140 caracteres encadenan twitts, es decir, lo que empiezan en un twitt lo terminan en un segundo o hasta un tercero. Hay que evitar hacer esto ya que la mayoría de los seguidores no podrán leerlos de manera consecutiva, lo que generará confusión.

3) Valorar el contenido multimedia

Esto se aplica para cualquier contenido online: una foto, infografía o video será mucho más importante y pregnante que una frase.

4) Usar los hash (#)

Ayudan a agrupar la información y a llegar a un público que no se encuentra dentro de nuestros seguidores.

5) Escribir simple.

Tanto el lenguaje como la sintaxis deben ser simples y directos. Incluso, más de lo necesario. Tener presente más que nunca las tres C: claro, corto y conciso. Twitter es la red social que más valora la inmediatez de la información, lo que genera su contracara: todo es efímero y veloz. Si nuestros seguidores no entienden en un simple golpe de vista lo que escribimos, probablemente dejarán de seguirnos.



ANEXO

**MITOS Y VERDADES
DEL CÁNCER**



Hay creencias o ideas asociadas al cáncer que no son del todo verdaderas o son falsas. Sobre esto, el Instituto Nacional del Cáncer (INC) elaboró una serie de mitos frecuentes:

MITOS Y VERDADES GENERALES

Mito: El cáncer es sinónimo de muerte.

Verdad: Hoy en día muchos cánceres se pueden curar si son detectados a tiempo (en un estadio tumoral temprano) y muchos otros (como, por ejemplo, algunas leucemias) se pueden “cronificar”, es decir, el paciente puede convivir con la enfermedad, tratándola y manteniendo una buena calidad de vida.

Mito: Una vez que comience con el tratamiento (quimioterapia, radioterapia) la voy a pasar muy mal, tendré que dejar de trabajar y de hacer las actividades que habitualmente realizo (deportes, salidas con amigos, hobbies).

Verdad: El tratamiento contra el cáncer afecta a las personas de diferentes maneras. Cómo se sentirá una persona en particular depende de su estado de salud previo al tratamiento. La mayoría de los pacientes con cáncer siguen trabajando mientras reciben tratamiento. Sus actividades diarias dependen del tipo de cáncer que tienen, de la etapa que transitan y de la clase de tratamiento que reciben. Para poder encarar bien esta etapa es importante una buena comunicación con el oncólogo, ya que si bien las terapias son tóxicas para el cuerpo, casi todos sus efectos son previsible y por lo tanto el paciente bien informado puede prepararse adecuadamente para que el tratamiento interrumpa lo menos posible su vida normal.

Mito: Cuanto más avanzado está el cáncer, más dolor genera.

Verdad: No todos los cánceres duelen. Pero para el cáncer doloroso existen numerosos recursos, entre ellos la morfina. Que el cáncer produzca dolor no implica que sea más mortífero.

Mito: Si hay metástasis, no hay posibilidad de cura.

Verdad: La metástasis (que implica la extensión del tumor a otra parte del cuerpo, más allá de su localización original) suele ser un signo de mal pronóstico; pero no supone que el cáncer sea incurable.

Mito: El cáncer es hereditario, sólo se presenta en personas con familiares que tienen o tuvieron cáncer.

Verdad: El cáncer no siempre es hereditario. La mayoría de los casos de cáncer se dan en personas que no tienen antecedentes familiares. Sin embargo algunos tipos de cáncer sí se desarrollan con más frecuencia en ciertas familias que en el resto de la población. Por ejemplo, los de piel, mama, ovario, próstata y colon se reiteran a veces en varios miembros de una familia.

MITOS Y VERDADES SOBRE EL CÁNCER DE MAMA

Mito: Si no tengo antecedentes familiares no tendré cáncer.



Verdad: Si bien la predisposición hereditaria es uno de los principales factores de riesgo, más del 80% de las mujeres afectadas por cáncer de mama no tiene antecedentes familiares. Por eso es recomendable realizar los controles periódicos en salud, con un examen físico anual por parte de un profesional y a partir de 50 años una mamografía cada 2 años.

Mito: Si mis antecedentes familiares provienen de la rama paterna, no tendré cáncer de mama.

Verdad: Esto es falso, los antecedentes de ambas ramas de la familia, materna y paterna, son igualmente importantes.

Mito: El cáncer de mama no se da hasta la menopausia.

Verdad: Si bien es cierto que el riesgo de tener cáncer de mama aumenta con la edad (más del 70% de cánceres de mama se producen en mujeres mayores de 50 años) los tumores de mama pueden aparecer a cualquier edad. Por ello es importante consultar ante la presencia de síntomas.

Mito: Los corpiños con aro y/o dormir con el corpiño puesto, dificultan la circulación sanguínea y linfática y pueden desencadenar en cáncer.

Verdad: Es aconsejable utilizar un corpiño que no ajuste demasiado ni comprima los pechos porque esto puede provocar dolores en las mamas o marcas en la piel pero no existe relación alguna entre la ropa interior y el riesgo de desarrollar la enfermedad.

Mito: La ingesta de anticonceptivos favorece la aparición de cáncer de mama.

Verdad: No hay una evidencia científica que demuestre que los anticonceptivos orales producen cáncer de mama en la población sin antecedentes familiares ni personales.

Mito: El uso de antitranspirantes es nocivo y contribuye a la aparición de cáncer de mama.

Verdad: Los antitranspirantes no provocan problemas de salud (a excepción de reacciones alérgicas de la piel en las personas muy sensibles) por lo tanto su utilización es segura y no representa ningún riesgo para las personas.

MITOS Y VERDADES SOBRE EL CÁNCER COLORRECTAL

Mito: No hay nada que una persona pueda hacer para evitar el cáncer colorrectal.

Verdad: La alimentación rica en frutas y vegetales y baja en grasas y carnes rojas, la actividad física regular, el mantenimiento del peso corporal, evitar el tabaco y disminuir la ingesta de alcohol ayudan a disminuir el riesgo de padecer la enfermedad. Por otro lado, los distintos exámenes preventivos pueden permitir la detección y extirpación de los pólipos antes de que se transformen en cáncer.

Mito: El cáncer colorrectal es, por lo general, mortal.

Verdad: El cáncer colorrectal se cura en más del 90% de los pacientes cuando se detecta



tempranamente. Y cuando se detecta en un estadio más avanzado también es curable en el 60% de los casos.

Mito: El cáncer colorrectal es una enfermedad que afecta mayoritariamente a los hombres.

Verdad: El cáncer colorrectal es el único de los cánceres más frecuentes que afecta a ambos sexos casi por igual –es ligeramente superior en los varones-.

Mito: Los exámenes son necesarios sólo para quienes presentan síntomas.

Verdad: Los pólipos y el cáncer de colon y recto en etapa temprana pueden no causar síntomas y en este período (etapa presintomática) la posibilidad de curación es del 90%. Es por este motivo que se aconsejan estudios regulares en personas mayores de 50 años aunque no tengan síntomas.

Mito: Los exámenes son necesarios sólo en aquellas personas con antecedentes familiares o personales.

Verdad: Cerca de un 75 % de los casos nuevos de cáncer colorrectal ocurren en personas que no tienen un factor de riesgo evidente, excepto tener 50 años o más. Por lo tanto todas las personas a partir de los 50 años deben realizarse estudios preventivos.

La presencia de antecedentes familiares o personales de cáncer colorrectal o pólipos, o padecer alguna enfermedad inflamatoria intestinal, son datos que aumentan el riesgo de padecer la enfermedad. En este caso, lo conveniente es consultar con un especialista quien analizará los antecedentes para aconsejar el examen de vigilancia adecuado y la edad de comienzo.

Mito: Los estudios son dolorosos.

Verdad: La colonoscopia debe ser realizada por profesionales especializados y con anestesia o sedación, por lo cual la persona no experimenta dolor alguno. En el mismo estudio se pueden extirpar los pólipos previniendo el cáncer colorrectal.

MITOS Y VERDADES SOBRE EL CÁNCER CERVICOUTERINO

Mito: El cáncer cervicouterino no se puede evitar.

Verdad: El cáncer cervicouterino se puede evitar si se detectan a tiempo las lesiones precancerosas en el cuello del útero.

Una manera fácil y efectiva para prevenir el cáncer de cuello de útero es la realización del Papanicolaou (PAP), que detecta las lesiones precancerosas antes de que se conviertan en cáncer.

Mito: El cáncer cervicouterino es un problema de las mujeres jóvenes.

Verdad: El cáncer cervicouterino afecta principalmente a las mujeres a partir de los 35 años. La probabilidad de desarrollar cáncer cervicouterino aumenta con la edad. Por eso es sobre todo importante que las mujeres a partir de los 35 años se realicen el PAP.



Mito: El PAP es un examen complejo y doloroso.

Verdad: El PAP es un examen sencillo y que no produce dolor. Se introduce un espéculo en la vagina, y se extraen con una espátula células desprendidas del cuello uterino. Sólo dura unos minutos, y es una manera efectiva de prevenir el cáncer de cuello de útero.

Mito: Sólo es necesario hacerse los controles si hay síntomas o dolor.

Verdad: Las lesiones precancerosas y el cáncer cervicouterino en sus etapas iniciales no producen síntomas. Es decir, no se siente nada y no hay dolor. Por eso es fundamental hacerse un PAP, para detectar a tiempo las lesiones precancerosas.

Mito: Tener VPH significa tener cáncer

Verdad: La infección por VPH no significa cáncer. El VPH es un virus muy común, y la mayoría de las personas lo tendrán en algún momento de sus vidas. Es importante saber que en la gran mayoría de los casos, el virus desaparece solo sin provocar ninguna manifestación o síntoma. Se estima que sólo el 5% de las infecciones por VPH permanecen en el cuerpo, transformándose en infecciones persistentes y pudiendo causar alguna lesión en el cuello del útero.

MITOS Y VERDADES SOBRE EL CÁNCER FAMILIAR Y HEREDITARIO

Mito: Si en mi familia hay historia de cáncer, yo seguro que también lo tendré.

Verdad: Que existan casos de cáncer en la familia NO significa que uno lo desarrollará. El cáncer no siempre es hereditario. La mayoría de los casos de cáncer se dan en personas que no tienen antecedentes familiares. Sin embargo, algunos tipos de cáncer sí se desarrollan con más frecuencia en ciertas familias que en el resto de la población. Los antecedentes familiares de cáncer aumentan nuestro riesgo de que aparezca esta enfermedad. Este aumento en el riesgo es muy variable, y depende del número de familiares con cáncer en la familia, del parentesco que tengamos con ellos y de la edad a la que apareció la enfermedad.

Mito: Mejor no saber mi riesgo de cáncer para no preocuparme de antemano

Verdad: Para la mayoría de las personas conocer el riesgo de cáncer no genera mayor preocupación, sino que ayuda a tomar medidas al respecto. Las consultas de asesoramiento sirven para tranquilizarnos sobre los riesgos reales de cáncer que hay en nuestra familia y nos ayudan a sentirnos más seguros sobre los pasos necesarios que tenemos que dar para prevenir.

Mito: Conocer información sobre mi riesgo aumentado de tener cáncer no me sirve para hacer nada preventivo.

Verdad: Conocer el riesgo de cáncer nos da herramientas para poder hacer algo al respecto. La importancia de identificar el alto riesgo de cáncer radica en las posibilidades de prevención disponibles, existiendo distintas estrategias aplicables según el tumor involucrado, la edad del individuo y los riesgos que presente. La elección entre una u otra estrategia es consensuada en forma conjunta con los médicos tratantes y el individuo en riesgo.



Mito: Decirles a mis hijos que mi cáncer es hereditario sólo puede generarles preocupación.

Verdad: En general, el conocimiento sobre el riesgo que tenemos de padecer una enfermedad es tranquilizador y NO preocupante. Muchas veces, las decisiones a las que se enfrentan los individuos en estos casos, son decisiones duras que implican, por ejemplo, tener que revelar a sus familiares los resultados encontrados y convivir con la noción de riesgo de una enfermedad determinada. Para que todo esto tenga sentido es fundamental la comprensión de la utilidad que existe en detectar casos de alto riesgo de cáncer y la ayuda que esto puede aportar a todos los miembros de la familia en la prevención de la enfermedad, para que otros no lo sigan padeciendo a lo largo de las generaciones.

Mito: Si hago una consulta de Asesoramiento seguro me van a hacer un Estudio Genético.

Verdad: Tener una consulta de Asesoramiento NO significa hacerse un estudio genético. El estudio genético no siempre es pedido a todo el que recibe Asesoramiento. El médico le dirá si un estudio genético podría ser útil en su caso, según la evaluación realizada en la consulta. Si el estudio genético está justificado, usted decidirá si quiere o no realizarlo, después de conocer todas las ventajas, desventajas y limitaciones del mismo. Usted también puede decidir después del Asesoramiento que el estudio genético no es para usted.

MITOS Y VERDADES SOBRE EL TABACO

Mito: Yo fumo tan sólo 5 a 7 cigarrillos por día desde la adolescencia; como fumo poco y tengo conducta eso no produce cáncer.

Verdad: El riesgo de desarrollar cáncer de pulmón no sólo está relacionado con la cantidad de cigarrillos/día; sino también con la duración del estímulo tóxico. Por lo que el fumador social es también un sujeto de alto riesgo para el desarrollo de cáncer no sólo de pulmón sino de vías respiratorias altas, vejiga, páncreas, entre otras.

Mito: Fumo, pero las placas de tórax hasta ahora me salen bien, por tanto yo no tengo riesgo de cáncer.

Verdad: El seguimiento con imágenes no previene el cáncer, sólo intenta diagnosticar la enfermedad en etapas tempranas. La única medida que previene esta patología es la cesación del hábito de fumar. Además el cigarrillo está asociado no sólo a cáncer de pulmón, sino también a mayor riesgo de otras neoplasias malignas (tumores del tubo digestivo, vías respiratorias altas y vejiga), por lo que la placa de tórax puede resultar insuficiente.

Mito: Si yo quiero puedo dejar de fumar, porque tuve períodos en que dejé el cigarrillo.

Verdad: El tabaco genera un fenómeno de dependencia psicológica inicial y luego física similar a cualquier otra adicción. Si el sujeto está convencido que está a tiempo de abandonar el hábito, es aconsejable que lo haga tan pronto como sea posible pues los daños celulares son acumulativos (en intensidad y duración) y al organismo le lleva mucho tiempo reparar estas lesiones y otras tantas veces es irreparable.



MITOS Y VERDADES SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

Mito: Que un paciente reciba cuidados paliativos significa que va a morir pronto.

Verdad: Los cuidados paliativos incluyen no sólo la atención al final de la vida, sino que pueden y es bueno que así sea, brindarse desde el inicio del tratamiento para mejorar la calidad de vida y aliviar los síntomas físicos, psicosociales y espirituales que producen enfermedades como el cáncer u otras avanzadas o amenazantes de la vida.

Mito: La morfina genera adicción.

Verdad: Este analgésico se indica a personas que sufren dolor crónico intenso, sea o no oncológico, a fin de aliviarlo y mejorar su calidad de vida. Los médicos indican claramente en qué casos debe administrarse y en qué dosis. La adicción en los pacientes en tratamiento con morfina es muy poco frecuente, los especialistas coinciden en que la posibilidad de adicción está por debajo del 1%. Solamente en personas vulnerables y con ambiente familiar y social con historia de abuso de alcohol u otras sustancias, la administración de fármacos en dosis suficientes y frecuentes durante largo tiempo, podría derivar en una conducta adictiva. Además, para evitar reproducir el mito que asocia administración de morfina con adicción, también es relevante diferenciar adicción, de dependencia física y de tolerancia, dado que el desconocimiento de estos conceptos estigmatiza a los pacientes como “adictos” cuando lo que presentan es dependencia física o tolerancia.

La dependencia física puede describirse como un estado de adaptación neurofisiológica, manifestada como un síndrome de abstinencia cuando se reduce o retira bruscamente el fármaco o se administra un antagonista, lo que sucede también con otros medicamentos como corticoides o ansiolíticos.

La tolerancia se manifiesta como disminución del efecto analgésico a lo largo del tiempo, por lo que se requiere administrar dosis mayores para conseguir el mismo efecto.

En cambio, la adicción es una enfermedad neurobiológica que se manifiesta a través de una serie de conductas de búsqueda compulsiva de la droga, en la que participan factores genéticos, psicosociales y ambientales y que incluye la pérdida del control sobre el uso de los fármacos, ingesta compulsiva y consumo a pesar del daño producido.

Mito: El uso de morfina acelera la muerte.

Verdad: Algunas personas creen que recibir una medicación opioide como la morfina para tratar el dolor desencadena la muerte. Esta creencia tiene que ver con el hecho de que algunas veces los pacientes son beneficiados tardíamente por el uso de la morfina para alivio del dolor por desconocimiento o temor a usarla más tempranamente.

La morfina debe ser utilizada según la intensidad del dolor; su indicación no tiene relación con la expectativa de vida de la persona a quien se le prescribe.





ADENOMA. Tumor benigno que se origina en el tejido glandular. Con frecuencia, los pólipos del colon están compuestos por tejido adenomatoso.

ADENOMATOSO. Perteneciente o relativo a las glándulas.

ANTICUERPO MONOCLONAL. Tipo de proteína producida en el laboratorio que se puede unir a sustancias del cuerpo, incluso a las células tumorales. Hay muchas clases de anticuerpos monoclonales. Cada anticuerpo monoclonal se elabora para localizar a una sustancia. Estas sustancias se emplean frecuentemente en estudios diagnósticos. Los anticuerpos monoclonales se usan para tratar algunos tipos de cáncer y están en estudio para el tratamiento de otros. Se pueden usar solos o para transportar medicamentos, toxinas o materiales radiactivos directamente a un tumor.

BIOPSIA. Extracción de células o tejidos para que los examine un patólogo. El patólogo puede estudiar el tejido bajo un microscopio o someter las células o el tejido a otras pruebas. Hay muchos tipos diferentes de biopsias. Los tipos más comunes son los siguientes: 1) biopsia por incisión, en la que se extrae solo una muestra del tejido; 2) biopsia por escisión, en la que se extrae por completo una masa o un área sospechosa, y 3) biopsia por punción o con aguja, en la que se extrae una muestra de tejido con una aguja. Cuando se usa una aguja ancha, el procedimiento se llama biopsia histológica. Cuando se usa una aguja fina, el procedimiento se llama biopsia por aspiración con aguja fina.

CANCER. Término para referirse a enfermedades en las que las células anormales (enfermas) se dividen sin control y pueden invadir tejidos cercanos. Las células cancerosas pueden también diseminarse a otras partes del cuerpo por medio de la sangre y sistemas linfáticos.

CARCINOMA. Tipo de cáncer que se forma a partir de células del epitelio o tejido de superficie: piel, mucosas, glándulas, etc.

EFECTO ADVERSO. Problema médico indeseable que sucede durante el tratamiento con un medicamento u otra terapia. La causa de los efectos adversos no es necesariamente el medicamento o el tratamiento; ellos pueden ser leves, moderados o graves. También se llama fenómeno adverso o toxicidad.

ENSAYO CLINICO. Tipo de estudio de investigación que comprueba si un enfoque médico nuevo funciona bien en las personas. Estos estudios prueban nuevos métodos de detección, prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad. También se llama estudio clínico.

EPIDEMIOLOGÍA. Ciencia que estudia la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de factores relacionados con la salud-enfermedad de poblaciones humanas determinadas. Por ello, la epidemiología es una herramienta básica en el área de la prevención de enfermedades y una fuente de información importante en la formulación de políticas de salud pública.

ESTADIFICACION. Sistema de clasificación basado en la extensión anatómica aparente de un cáncer. Un sistema universal de estadificación permite comparar los tipos de cáncer de origen celular similar. Esta clasificación ayuda a determinar el plan de tratamiento y el pronóstico para cada paciente, evaluar y comparar resultados de los tratamientos en forma multicéntrica.

FACTORES DE RIESGO. El término “riesgo” se utiliza para definir la posibilidad de que una persona sana, expuesta a determinados factores, ambientales o hereditarios, adquiera una enfermedad. Los factores asociados al aumento del riesgo de desarrollar una enfermedad se denominan “factores de riesgo”.

BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA. Procedimiento quirúrgico mediante el cual se estudia el primer ganglio de la cadena axilar para evaluar compromiso de los restantes, de ser el resultado negativo la exploración y evaluación axilar termina ahí y de ser el resultado positivo debe continuarse con un vaciamiento axilar

HORMONOTERAPIA. Tratamiento vía oral que generalmente se indica para el tratamiento del cáncer de mama, próstata o endometrio para contrarrestar la dependencia hormonal del tumor. La indicación depende de las características del tumor y del paciente. Ejemplos: tamoxifeno, anastrozol (cáncer de mama); flutamida, leuprolide (cáncer de próstata)

INCIDENCIA. Número total de casos nuevos de una enfermedad ocurrido en un determinado lugar y período de tiempo. La tasa de incidencia se calcula como el número de casos que acontecen divididos por la población en riesgo.

INMUNOTERAPIA. Tratamiento para estimular o restaurar la capacidad del sistema inmunitario para luchar contra el cáncer, las infecciones y otras enfermedades. Asimismo, se usa para disminuir ciertos efectos secundarios que pueden causar algunos tratamientos para el cáncer. Las sustancias usadas en la inmunoterapia incluyen los anticuerpos monoclonales, factores de crecimiento y vacunas. Esas sustancias también podrían tener efectos antitumorales directos. También se llama bioterapia, terapia biológica, terapia modificadora de la respuesta biológica, y terapia MRB.

INTERFERÓN. Son proteínas producidas naturalmente por el sistema inmunitario de la mayoría de los animales como respuesta a agentes patógenos, tales como virus y células cancerígenas. Reciben su nombre debido a su capacidad para interferir en la replicación de los virus en las células hospedadoras.

LEUCEMIA. Es un tipo de cáncer que comienza en el tejido que forma la sangre, como la médula ósea, y hace que se produzca una gran cantidad de glóbulos sanguíneos y que estos entren en el torrente sanguíneo.

LINFEDEMA. Complicación que puede presentarse posterior al vaciamiento de la axila en el cáncer de mama. Consiste en el aumento de tamaño e hinchazón del brazo y la mano,



secundario al bloqueo de los linfáticos a nivel axilar que evitan el drenaje (circulación) normal. También puede producirse en los miembros inferiores después del vaciamiento inguinal que en ocasiones se realiza para tratamiento de un melanoma o de un cáncer de los genitales externos.

LINFOMA. Cáncer que empieza en las células del sistema inmunitario. Hay dos categorías básicas de linfomas. Una categoría es el linfoma de Hodgkin, que se caracteriza por la presencia de un tipo de célula llamada célula de Reed-Sternberg. La otra categoría es la de los linfomas no Hodgkin, que incluye un grupo grande y diverso de cánceres de las células del sistema inmunitario. Los linfomas no Hodgkin pueden dividirse aún más en cánceres que tienen una evolución o curso indolente (de crecimiento lento) y aquellos que tienen una evolución dinámica (de crecimiento rápido). Estos subtipos se comportan y responden al tratamiento de distinto modo.

MARCACIÓN PRE-QUIRÚGICA. Procedimiento mediante el cual se "marcan" (mediante carbón o arpón: aguja metálica) tumores no palpables en la glándula mamaria, para poder identificarlas durante el acto quirúrgico. Consiste en la inyección de carbón o colocación del arpón sobre la lesión antes de la cirugía.

MARCADORES TUMORALES. Los marcadores son hormonas, enzimas o antígenos producidas por las células cancerosas. Estos elementos pueden identificarse mediante pruebas de laboratorio o anticuerpos monoclonales. La mayoría de los tumores producen algún tipo de marcador; pero la utilidad real de estas sustancias varía según el tipo de cáncer y la situación clínica.

MASTECTOMIA. Cirugía en la cual por el tamaño o las características del tumor debe extirparse toda la glándula mamaria y la piel que la cubre.

METÁSTASIS. Diseminación del cáncer de una parte del cuerpo a otra. Un tumor formado por células que se han diseminado se llama "tumor metastásico" o "metástasis". El tumor metastásico contiene células que son como aquellas del tumor original (primario).

NEOPLASIA. Masa anormal de tejido que resulta cuando las células se multiplican más de lo debido o no mueren cuando debieran. Las neoplasias pueden ser benignas (no cancerosas) o malignas (cancerosas). También se llama tumor.

ONCOGEN. Gen que participa en el crecimiento de las células normales pero su forma ha tenido una mutación (cambio). Los oncogenes pueden hacer crecer las células cancerosas. Las mutaciones de los genes que se convierten en oncogenes pueden ser heredadas o pueden resultar de la exposición a sustancias del ambiente que causan cáncer.

PREVALENCIA. Número total de casos de una enfermedad que existe en un determinado lugar y período de tiempo. Los casos prevalentes son aquellos que están siendo tratados o de los que se hace un seguimiento (casos antiguos), sumados a los que fueron descubiertos o diagnosticados (casos nuevos). La prevalencia, como idea de acumulación, de stock, señala la fuerza con la que subsiste la enfermedad en la población.

PROTOCOLO. Plan detallado de un experimento científico o clínico, tratamiento o procedimiento. En los ensayos clínicos, establece lo que se hará en el estudio, cómo se hará y



por qué. Explica cuántas personas van a participar, quién reúne los requisitos para participar, qué sustancias en estudio u otros procedimientos se usarán, qué pruebas se administrarán a los participantes y con qué frecuencia, y qué información se recogerá.

QUIMIOTERAPIA. Medicamentos que destruyen las células cancerosas. Los medicamentos quimioterapéuticos funcionan mejor en células que se dividen rápidamente para producir nuevas células. Esto es típico de la mayoría de las células cancerosas. Sin embargo, algunas células normales, incluyendo aquéllas que se encuentran en la sangre, las que producen el cabello y el revestimiento del tubo digestivo, también se dividen muy rápidamente, por lo que la quimioterapia también puede dañar o destruir estas células sanas. Cuando se presenta este daño, puede haber efectos secundarios (como caída del cabello, irritación de las mucosas o caída en el recuento de glóbulos).

RADIOTERAPIA. Uso de radiación de alta energía proveniente de rayos X, rayos gamma, neutrones, protones y otras fuentes para destruir células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores. La radiación puede venir de una máquina fuera del cuerpo (radioterapia de haz externo) o de un material radiactivo colocado en el cuerpo cerca de las células cancerosas (radioterapia interna). La radioterapia sistémica usa una sustancia radiactiva, como un anticuerpo monoclonal radiomarcado, que circula con la sangre hasta los tejidos de todo el cuerpo. También se llama irradiación y radioterapia.

REGISTROS DE CÁNCER (RC) O REGISTROS DE TUMORES (RT) MALIGNOS. Es un sistema de información en el que se registran de forma continua y sistemática los tumores que se producen en un determinado grupo poblacional, recogiendo no sólo datos del propio tumor sino también información del paciente, su manejo asistencial, etc. Estos datos son almacenados en unidades de información, las cuales reúnen todos los datos en un mismo formato para cada registro. Por otro lado los RT constituyen en sí misma una importante fuente de información, en la que los datos son estudiados y procesados para suministrar periódicamente informes globales, con información no individual sino colectiva. Estos registros pueden ser de tres tipos: 1. De base poblacional o demográfica (RCBP); 2. De base hospitalaria (RCBH) y 3. Registros monográficos (RM). Los RCBP reúnen los datos de todos los enfermos diagnosticados en un área geográfica (generalmente una provincia o una región pequeña), con la finalidad de poder medir la magnitud (tasas de incidencia) y características del cáncer, colaborar en descubrir sus causas, promover medidas preventivas y asistenciales y evaluar los efectos de estas medidas. Los RCBH recogen los datos de todos los enfermos de cáncer atendidos en un hospital, independientemente de su procedencia o lugar de residencia; están dedicados fundamentalmente a describir las características de los tumores, evaluar la calidad de la asistencia oncológica, su evolución en el tiempo y obtener datos de supervivencia por tipo de tumor y tratamiento. Los RM o registros específicos de determinados tipos de tumores están dedicados a reunir datos sobre determinados tipos de tumores: tumores infantiles, sarcomas, tumores digestivos, cáncer de mama, melanoma.

SARCOMA. Tipo de cáncer que se forma a partir de los tejidos de sostén: hueso, músculo, tejido graso, etc.

TAMIZAJE (PESQUISA, SCREENING O CRIBADO). Es la aplicación sistemática de una prueba de detección (como el Papanicolaou) en una población presumiblemente asintomática. Su objetivo es identificar individuos con una anomalía indicativa de un cáncer específico. Estos individuos requieren una investigación adicional.



TERAPIA ADYUVANTE. Tratamiento oncológico, terapia de quimioterapia o radiación, dado después de la cirugía para eliminar las células cancerosas. Es un tratamiento que acompaña a otro previo y considerado principal, con el fin de disminuir la probabilidad de recaída. También es llamado coadyuvante.

TOXICIDAD. Efecto no deseado y perjudicial de un tratamiento.

VACIAMIENTO O LINFADENECTOMIA AXILAR. Procedimiento quirúrgico mediante el cual se extirpan todos los ganglios axilares como parte del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama

TUMOR. Masa anormal de tejido que resulta cuando las células se multiplican más de lo debido o no mueren cuando debieran. Los tumores pueden ser benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos). También se llama neoplasia.





. FUENTES DE INFORMACION

. SITIOS DE INTERES

. GUÍA DE RECURSOS

Pallipedia (diccionario de Cuidados Paliativos) (en inglés): <http://pallipedia.org/>

Academia Nacional de Medicina: www.acamedbai.org.ar

Alimentación y actividad física para la prevención del cáncer del World Cancer Research Fund for International y American Institute for Cancer Research: www.dietandcancerreport.org

American Cancer Society: www.cancer.org

American Institute for Cancer Research: www.aicr.org

American Society of Pediatric Hematology/Oncology: www.aspho.org

American Society of Clinical Oncology: www.asco.org

Asociación Argentina de Medicina Respiratoria: www.aamr.org.ar

Asociación Argentina de Prevención y Educación del Cáncer: www.aapec.com.ar

Asociación Ascenso por la vida: www.ascensoporlavid.org.ar

Asociación Linfomas Argentina: www.linfomasargentina.org

European Society for Medical Oncology: www.esmo.org

Fundación Aciapo: www.fundacionaciapo.org.ar

Fundación Apostar a la vida: www.apostaralavida.org.ar

Fundación Avon para la mujer: www.fundacionavon.org.ar

Fundación Cáncer – FUCA: www.fuca.org.ar

Fundación Cecilia Grierson: www.ceciliagrierson.org

Fundación de Cabeza y Cuello - FUNDACYC: www.fundacyc.org

Fundación Instituto Leloir: www.leloir.org.ar

Fundación Natalí Dafne Flexer: www.FundacionFlexer.org

Fundación Oncológica de Córdoba: www.focor.com.ar

Fundación Oncológica Encuentro – FOE: www.fundacionencuentro.org.ar

Fundación para combatir la Leucemia - FUNDALEU: www.fundaleu.org

Fundación Sales www.sales.org.ar

Grupo Argentino para el Tratamiento de la Leucemia Aguda: www.gatla.org.ar

Instituto Nacional del Cáncer de Argentina: www.msal.gov.ar/inc

Instituto Nacional del Cáncer de Brasil: www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home

Instituto Nacional del Cáncer de Chile: www.incancer.cl

Instituto Nacional de Cancerología de Colombia: www.incancerologia.gov.co

Instituto Nacional de Cancerología de México: www.incan.edu.mx

International Association of Cancer Registries: www.iacr.com.fr

International Agency for Research on Cancer: www.iarc.fr

International Union Against Cancer: www.uicc.org

Liga argentina de lucha contra el cáncer – LALCEC: www.lalcec.org.ar

Movimiento ayuda cáncer de mama Argentina - MACMA: www.macma.org.ar

Programa Nacional de prevención de cáncer cérvico - uterino:
www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino

Programa Nacional de control del tabaco: www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/index.asp

National Cancer Institute de Estados Unidos: www.cancer.gov/espanol

North American Association of Central Cancer Registries: www.naacr.org

Organización Panamericana de la Salud: www.paho.org

Red Oncológica: www.redoncologica.com.ar

Sociedad Argentina de Coloproctología: www.sacp.org.ar

Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo: www.saem.org.ar

Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica (SIOP): www.siop.nl

Sociedad Latinoamericana de Oncología Pediátrica: www.slaopweb.org

Sociedad Latinoamericana y del Caribe de Oncología Médica: www.slacom.org

World Cancer Research Fund for International: www.wcrf.org

COORDINACIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN PÚBLICA Y COMUNICACIÓN

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Av. 9 de Julio 1925 – 2º Piso.

Ciudad de Buenos Aires.

Tel. (011) 4379 - 9038

Email: prensa@msal.gov.ar

www.msal.gov.ar

www.youtube.com/msalnacion

www.facebook.com/msalnacion

www.twitter.com/msalnacion

INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Av. Julio A. Roca 781 – pisos 8º, 9º, 10º y 11º.

Ciudad de Buenos Aires.

Tel. (011) 4342-2621

Email: inc@msal.gov.ar

www.msal.gov.ar/inc/

[@inc_argentina](https://twitter.com/inc_argentina)

Facebook: Instituto Nacional del Cáncer de Argentina



Pautas Comunicacionales para la
Prevención y el Cuidado frente al
Cáncer

2013





