



PASIÓN POR EDUCAR

NOMBRE DEL ALUMNO:

Yaritza Yazaret Anzueto Mendez
Marlene Lucas Gonzales
Nuria Jesabel Ramirez Pascacio

NOMBRE DEL PROFESOR:

Lic. Eliza Pérez Pérez

LICENCIATURA:

En Enfermería

MATERIA:

Seminario de Tesis

CUATRIMESTRE Y MODALIDAD:

8vo. Cuatrimestre semiescolarizado (domingos)

NOMBRE Y TEMA DEL TRABAJO:

Marco Teórico

2.3 MARCO TEÓRICO

2.3.1 CÁNCER DE PIEL

(Trelles, 2012) Se denomina cáncer a un conjunto de enfermedades que se originan en cualquier órgano del cuerpo, independiente de la edad, sexo, raza, color de la piel, situación socio-económica y cultural.

No se conoce exactamente su causa, pero se cree que el factor genético y sobretodo el medio ambiente son factores importantes. Se acepta que las células cancerosas surgen como consecuencia de daño en el ADN (Ácido Desoxiribonucleico), código genético.

Las células normales del cuerpo crecen, se dividen y mueren en forma ordenada; en cambio el crecimiento descontrolado de ras células en cualquier órgano del cuerpo, origina un tumor que puede ser benigno o maligno.

(Galan Gonzalez, 2015) Menciona que el cáncer de piel puede definirse como una enfermedad en la que se da una multiplicación rápida y desordenada de células anormales, principalmente de la epidermis. Cuando la enfermedad está empezando, las células cancerígenas se localizan en la epidermis denominándose carcinoma in situ. Con el tiempo, estas células malignas continúan creciendo hacia tejidos adyacentes como la dermis, el tejido adiposo, los músculos, los huesos, entonces se constituye en cáncer invasor; cuando las células se desprenden del tumor inicial, viajan y se establecen en otro tejido, se le denomina cáncer metastásico . “La mayoría de los cánceres de la piel se forman en las

partes del cuerpo expuestas al sol, o en las personas de edad avanzada o en personas con un sistema inmunitario debilitado”.

(GPC, 2014) El cáncer de piel es el cáncer más frecuente en el ser humano. El término cáncer de piel abarca una serie de neoplasias malignas que se originan de diferentes tipos celulares y por lo tanto tienen un comportamiento y pronóstico diferente. El término cáncer de piel no melanoma (CPNM) incluye los dos subtipos de cáncer más comunes, el carcinoma basocelular y el carcinoma escamocelular.

2.3.2 TIPOS DE CÁNCER DE PIEL

(Gomez, 2012) El riesgo de un sujeto para desarrollar cáncer en la piel depende de factores constitucionales y ambientales. Los factores constitucionales incluyen la historia familiar, cabello claro o rojo, múltiples nevos melanocíticos, sensibilidad a la exposición solar, entre otros. Mientras que la radiación ultravioleta (UV) es un factor de riesgo ambiental bien establecido, y el más importante. El término de cáncer de piel incluye tumores de diversa estirpe celular y diferente agresividad y pronóstico. Así, tenemos:

- Carcinoma basocelular.
- Carcinoma espinocelular o epidermoide.
- Melanoma maligno.
- Adenocarcinoma de glándulas sebáceas.
- Sarcomas y linfomas.

2.3.2.1 EL CARCINOMA BASOCELULAR (CBC)

(Trelles, Tipos de cancer de piel, 2013) DEFINICION: Es la variante más frecuente de cáncer de piel. Como su nombre lo indica, tiene su origen en la capa basal de la epidermis y sus apéndices. Se caracteriza por tener un crecimiento lento, ser localmente invasivo y destructivo y presentar un bajo potencial metastásico. Los individuos con historia de un CBC presentan un riesgo mayor para presentar lesiones subsecuentes.

FACTORES DE RIESGO: Tienen una relación directa con los hábitos de exposición y la susceptibilidad del huésped a la radiación solar. Estos factores de riesgo incluyen piel clara, ojos claros, cabello rojo, ascendencia europea y la edad, el tipo, la cantidad y el tiempo de exposición solar asociados a la incidencia incrementada de CBC no están claramente definidos. La exposición solar durante la infancia parece ser más importante que durante la edad adulta. La frecuencia e intensidad de la exposición solar son factores igualmente importantes. La exposición solar de manera intermitente e intensa incrementa más el riesgo de presentar CBC que la exposición continua.

CUADRO CLINICO: Aproximadamente el 70% de los CBC ocurre en la cara, y como antecedente etiológico consistente está la radiación solar. El 15% se localiza en el tronco y muy raramente se encuentra en áreas como el pene, la vulva o la piel perianal. Las principales presentaciones clínicas son: la nodular, la superficial y la morfeiforme.

Nodular. Representa alrededor del 60% de los casos, se presenta principalmente en la cara como una neoformación exofítica generalmente de aspecto rosado. La lesión presenta una apariencia aperlada o translúcida que comúnmente presenta telangiectasias.

Superficial. El 30% de los CBC son superficiales, y por causas aún desconocidas, los hombres presentan una mayor incidencia de éstos. Se presentan con mayor frecuencia en el tronco, principalmente como manchas o neoformaciones planas que pueden ser rosadas o eritematosas con una ligera descamación. Ocasionalmente puede haber pigmento café o negro, que puede contribuir a que se le confunda con melanoma. Estos CBC tienden a crecer lentamente, pueden variar en tamaño y usualmente son asintomáticos.

Morfeiforme o esclerosante. Constituye del 5 al 10% de los casos. Estas lesiones son neoformaciones suaves, pálidas o con un leve eritema y atróficas. Usualmente presentan una consistencia firme o indurada. Algunos autores agrupan a las variantes morfeiforme, infiltrante y micronodular como de “crecimiento agresivo”, ya que su comportamiento es similar; los subtipos infiltrante y el microcodular son menos frecuentes que los moreiformes.

DIAGNOSTICO: El diagnóstico es de acuerdo a su topografía, que generalmente es en la cara y su morfología característica. Aunque se requiere la biopsia para el diagnóstico definitivo, la dermatoscopia puede utilizarse para la evaluación clínica de las lesiones sospechosas. Las características comunes del CBB incluyen el patrón vascular típico, las estructuras en hoja de arce, los grandes nidos ovoides de color azul-gris, los glóbulos azul-gris, la ulceración y las estructuras radiadas.

2.3.2.2 CARCINOMA EPIDERMOIDE O ESPINOCELULAR

DEFINICION: Éste es el segundo en frecuencia después del carcinoma basocelular y es resultado de la transformación maligna de los queratinocitos de la epidermis y sus anexos.

FACTORES DE RIESGO: La exposición crónica a radiación UV representa el factor de riesgo más importante para el desarrollo del carcinoma epidermoide. La radiación UV es capaz de inducir daño al ácido desoxirribonucleico (ADN) que lleva a la transformación de los queratinocitos, además de alterar la respuesta inmunológica de la piel, volviéndola más susceptible para la formación de tumores. El carcinoma espinocelular es dos a tres veces más frecuente en hombres y aparece la mayoría de las veces en pacientes mayores de 50 años. Sin embargo, en las últimas tres décadas el número de mujeres menores de 40 años afectadas por esta neoplasia ha aumentado de manera importante y se ha atribuido al abuso en el empleo de las camas de bronceado. Se estima que las personas que las utilizan con frecuencia multiplican su riesgo de presentar esta neoplasia hasta 2.5 veces más. Las infecciones y la inflamación crónicas de la piel también pueden dar lugar a un carcinoma de células escamosas. Pueden aparecer de novo o sobre lesiones precancerosas, especialmente en las queratosis actínicas¹² y de manera menos frecuente en leucoplasias, cicatrices, queilitis y úlceras crónicas.

Por otra parte, la inmunosupresión de cualquier tipo, no sólo incrementa el riesgo de desarrollar esta neoplasia sino que le confiere un curso más agresivo, con mayor recidiva local, metástasis y mortalidad.

El tabaquismo y la exposición crónica al arsénico son otros factores de riesgo para presentar un carcinoma espinocelular.

CUADRO CLINICO: El carcinoma espinocelular puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo incluyendo las mucosas y los genitales, pero es más

común encontrarlo en áreas expuestas crónicamente al sol, como en la oreja, el labio inferior, la cara, la piel cabelluda, el cuello, el dorso de las manos, los brazos y las piernas. Pueden iniciarse sobre alguna dermatosis precancerosa, especialmente queratosis actínicas, o en piel aparentemente normal. Inicialmente se presenta como una lesión indurada que evoluciona con el tiempo para formar una de sus cuatro principales formas clínicas, las cuales son como normalmente se diagnostican.

DIAGNOSTICO:

- Superficial o intraepidérmico. Permanece confinado en la epidermis. Constituye un carcinoma in situ o enfermedad de Bowen. Se presenta clínicamente como una placa o neoformación eritematosa bien delimitada cubierta por escamas y costras; es de crecimiento lento y centrífugo.
- Nodular queratósico. En un principio semeja una verruga vulgar, al crecer presenta una base infiltrada y grados variables de queratosis, y llega a formar lesiones con aspecto de cuernos cutáneos.
- Ulcerada. Es la variedad más frecuente. Se observa una úlcera de superficie irregular sobre una base saliente e indurada que infiltra tejidos adyacentes. Puede presentar un crecimiento rápido y destructivo. Es la forma con mayor tendencia a presentar metástasis.
- Vegetante. Se presenta como una neoformación saliente de superficie irregular, de aspecto vegetante que puede alcanzar hasta 10 cm de tamaño.

2.3.3 MELANOMA

DEFINICION: Es la forma más peligrosa de cáncer cutáneo, se origina en los melanocitos (células productoras de pigmento) de origen neuroectodérmico que se ubican en diferentes partes del cuerpo, incluyendo El melanoma es la forma más peligrosa de cáncer cutáneo, se origina en los melanocitos de origen neuroectodérmico que se ubican en diferentes partes del cuerpo, incluyendo la piel, el iris y el recto. Semejan nevos, algunos de ellos incluso se originan en ellos. El incremento en la exposición a la luz UV en una población genéticamente predispuesta parece ser la responsable del incremento en la incidencia y mortalidad del melanoma en las últimas décadas.

Existen 4 tipos histológicos de melanoma

Melanomas de extensión superficial: Como su nombre lo indica este tipo de melanoma crece en la superficie de la piel durante un largo periodo antes de penetrar a las capas más profundas.

Melanoma nodular: Pueden encontrarse en cualquier parte del cuerpo, especialmente en el tronco, las extremidades y la piel cabelluda en los hombres.

Léntigo maligno: Regulamente se encuentra en zonas dañadas de la piel y expuestas crónicamente al sol en pacientes de edad avanzada.

Melanoma acral lentiginoso: Se presentan en las palmas, plantas y en las zonas subungueales de manos y pies¹⁶. Los melanomas subungueales suelen confundirse erróneamente con hematomas.

Melanoma lentiginoso de mucosas: Como su nombre indica, son melanomas que se desarrollan en el epitelio de las mucosas del tracto respiratorio, gastrointestinal y genitourinario.

FACTORES DE RIESGO:

- Piel blanca. Al tener menos pigmento (melanina) en la piel se tiene menor protección contra la radiación UV. Presentan mayor riesgo aquellas personas con cabello claro o rojo, ojos claros y múltiples efélides (pecas).
- Historia de quemadura solar. Haber presentado una o más quemaduras solares intensas, sobre todo durante la infancia.
- Exposición excesiva a luz UV. Proveniente del sol o de camas de bronceado. La luz UV fue identificada como un carcinógeno mayor involucrado en la melanogénesis. El limitar la exposición a la luz UV, así como el uso regular de filtro solar, han demostrado disminuir la incidencia de melanomas primarios de piel.
- Vivir cerca del ecuador o en lugares con mayor altitud. Las personas que viven cerca del ecuador, donde los rayos solares son más directos, reciben mayores cantidades de luz UV.
- Múltiples nevos y nevos atípicos. Tener más de 50 nevos en todo el cuerpo aumenta el riesgo de padecer melanoma.
- Historia familiar de melanoma. Mutaciones en los genes CDKN2A y CDK4, que han sido documentados en algunas familias con melanoma hereditario, confieren un 60 a 90% de riesgo para presentar melanoma.
- Inmunosupresión.
- Edad. El daño al ADN es acumulativo con el paso del tiempo.

CUADRO CLINICO: Los signos tempranos más comunes de melanoma quedan resumidos en el acrónimo ABCDE donde:

- A = Asimetría.
- B = Bordes irregulares o mal definidos.
- C = Color heterogéneo.
- D = Diámetro mayor a 6 mm.
- E = Evolución, cualquier cambio en el tamaño, forma, color o la aparición de algún signo como sangrado, ulceración o la referencia de dolor o prurito deben ser considerados signos de alerta.

DIAGNOSTICO: El diagnóstico de melanoma se confirma mediante biopsia excisional. Frecuentemente se obtienen estudios de imagen en pacientes con melanoma recién diagnosticado, con la finalidad de descartar la enfermedad a distancia clínicamente oculta. Sin embargo, la evidencia disponible sugiere que los estudios de imagen preoperatorios son costosos y ofrecen un mínimo beneficio en la mayoría de los pacientes con melanoma. Un metaanálisis de pruebas diagnósticas utilizadas demostró que la ecografía es el mejor estudio de imagen para el diagnóstico de la afectación ganglionar y que la tomografía computarizada por emisión de positrones (PET/CT) es el mejor estudio de imagen para buscar otros sitios de metástasis.

2.3.4 ADENOCARCINOMA DE GLÁNDULAS SEBÁCEAS.

DEFINICION: es un tipo de cáncer poco frecuente que se origina en las glándulas sebáceas de la piel. Este carcinoma afecta principalmente los párpados. El carcinoma sebáceo puede comenzar como un bulto indoloro o como engrosamiento de la piel del párpado. A medida que crece, este

tipo de cáncer puede sangrar o supurar. Si el carcinoma sebáceo aparece en otras partes del cuerpo, en general, lo hace como un bulto amarillento que puede sangrar.

FACTORES DE RIESGO:

Edad: a partir de los 73 años se es más proclive.

Sexo: las mujeres son quienes más lo padecen.

Raza: con una incidencia importante en las razas caucásicas, asiáticas y en indios nativos. Los factores genéticos de carácter hereditario también facilitan la propensión, siendo el síndrome de Muir Torre, el factor genético más asociado a este tipo de padecimiento.

Radiación: especialmente en pacientes que han recibido radioterapia o por radiación por razones cosméticas.

Inmunosupresión: con más posibilidades de riesgo para pacientes inmunodeprimidos.

CUADRO CLINICO: El carcinoma sebáceo puede comenzar como un bulto indoloro o como engrosamiento de la piel del párpado. A medida que crece, este tipo de cáncer puede sangrar o supurar. Si el carcinoma sebáceo aparece en otras partes del cuerpo, en general, lo hace como un bulto amarillento que puede sangrar.

DIAGNOSTICO:

Examen de la piel. El médico examinará la piel detenidamente para entender tu afección.

Examen ocular. Un oculista (oftalmólogo) te revisará con cuidado los párpados y los ojos en busca de signos de que el cáncer se ha propagado

al tejido (conjuntiva) que recubre el interior del párpado y la parte blanca del ojo (esclerótica).

Biopsia de piel. El médico extraerá una pequeña cantidad de tejido para analizarla. Con análisis de laboratorio especiales, se puede determinar la presencia de células cancerosas.

2.3.5 SARCOMAS Y LINFOMAS.

(CEVECE, 2018) El sarcoma es una variedad poco común (supone el 1% de todos los cánceres) que se forma a partir del llamado tejido conectivo o conjuntivo, del que derivan los músculos, los huesos, los nervios, los cartílagos o el tejido graso. Existen más de 150 variedades de este tipo de patología pero los más frecuentes son los óseos. Los niños, los adolescentes o los adultos jóvenes son los más propensos a padecerla. Mientras que los linfomas se desarrollan a partir del tejido linfático, como el existente en ganglios y órganos linfáticos, que se encarga de formar y activar los linfocitos, un tipo de glóbulos blancos que juegan un papel esencial para el sistema inmunitario. Generalmente, este tipo de cáncer tiene mayor prevalencia en la edad adulta.

2.4 ESTADIOS DEL CANCER DE PIEL.

(Galan, 2011):

- Etapa 0: el carcinoma de células escamosas in situ, es decir que aún se encuentra en la capa más superficial, la epidermis.
- Etapa I: el cáncer no tiene más de dos centímetros y no hay ganglios linfáticos ni otros órganos afectados.
- Etapa II: el cáncer tiene más de dos centímetros pero no se ha extendido a ganglios linfáticos ni a otros órganos.

- Etapa III: el cáncer se ha propagado a tejidos profundos vecinos, como son huesos, músculos o cartílagos, y/o a los ganglios linfáticos regionales (los cercanos al área donde está situado el tumor). No hay afectación de órganos distantes.
- Etapa IV: el cáncer puede tener cualquier tamaño, puede afectar ganglios linfáticos y se ha extendido a órganos distantes como el cerebro o los pulmones.

2.4.1 ESTADIOS DER CÁNCER MELANOMA:

(Salud, 2010):

- Etapa O: el melanoma es in situ, es decir, se encuentra en la epidermis.
- Etapa I: el melanoma todavía es un tumor de bajo riesgo. Tiene menos de un milímetro y medio y se encuentra localizado en la piel sin afectación ganglionar.
- Etapa II: su grosor es mayor de un milímetro y medio. Todavía está localizado en la piel, sin afectación ganglionar.
- Etapa III: el melanoma se ha extendido a los ganglios linfáticos cercanos a la piel afectada.
- Etapa IV: el melanoma se ha propagado a zonas distantes de la piel afectada, a órganos y/o ganglios distantes.

2.5 FACTORES DE RIESGO GENERALES DEL CANCER DE PIEL

(OMS, 2012):

Un factor de riesgo según 'la Organización Mundial de la Salud (OMS) es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, en este caso el cáncer de piel.

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Puede ser una actividad como fumar, la dieta, su historia familiar o muchas otras cosas. Distintas enfermedades, incluyendo los cánceres, tienen factores de riesgo diferentes.

Aun cuando estos factores pueden aumentar los riesgos de una persona, éstos no necesariamente causan la enfermedad. Algunas personas con uno o más factores de riesgo nunca contraen la enfermedad, mientras otras la desarrollan sin tener factores de riesgo conocidos.

Pero el saber sus factores de riesgo de cualquier enfermedad puede ayudar a guiarle en las acciones apropiadas, incluyendo el cambio de comportamiento y el ser monitoreado clínicamente para la enfermedad.

2.5.1 FACTORES DE ENDÓGENOS (FACTORES INTERNOS DEL INDIVIDUO)

(MSB, 2011):

Edad: A mayor edad más riesgo de cáncer de piel, probablemente por la exposición solar acumulada. Alrededor de la mitad de los melanomas ocurren en personas mayores de 50 años. Sin embargo, las personas más jóvenes pueden presentar melanoma y cáncer de piel no melanoma también.

Sexo: En comparación con las mujeres, los hombres tienen el doble de probabilidades de padecer de cáncer de células basales y el triple de probabilidades de contraer cáncer de piel de células escamosas. Se cree

que esto se debe a una alta exposición al sol sin protección adecuada. Los hombres también tienen una tasa mayor de melanoma que las mujeres.

Antecedentes personales: Cualquier persona que haya tenido cáncer de piel tiene una probabilidad mucho más alta de contraer otro cáncer de piel, sea de tipo melanoma o no melanoma.

Antecedentes familiares: Alrededor del 10% de las personas que tienen melanoma tienen un familiar cercano (madre, padre, hermano, hermana o hijo) con la enfermedad.

Raza: El riesgo de contraer cáncer de piel es mucho mayor en las personas de raza blanca que en las personas de raza negra. Los hispanos tienen un riesgo menor. Esto se debe dar efecto protector de la melanina (el pigmento de la piel). Las personas de piel blanca que se quema o se llena de pecas con facilidad, pelo rojizo o rubio y ojos azules o verdes, tienen un riesgo especialmente alto de presentar cáncer de piel no melanoma y melanoma.

El albinismo es una ausencia congénita (presente al momento de nacer) del pigmento de la piel. Las personas con esta condición pueden tener cabellos blancos y piel de color blanco-rosado y su riesgo de padecer de este tipo de cáncer es alto, a menos que se protejan la piel con gran cuidado.

Fototipo: El fototipo es la capacidad de adaptación al sol que tiene cada persona desde que nace, es decir, el conjunto de características que determinan si una piel se broncea o no, y cómo y en qué grado lo hace. Cuanto más baja sea esta capacidad, menos se contrarrestarán los efectos de las radiaciones solares en la piel.

Hay diferentes formas de clasificar los fototipos cutáneos. La más utilizada es la del Dr. T. Fitzpatrick

- Fototipo 1: Individuos de piel muy clara. Presenta intensas quemaduras solares, casi no se pigmenta nunca y se descama de forma ostensible
- Fototipo 11: Individuos de piel clara. Se quema fácilmente e intensamente, pigmenta ligeramente y descama de forma notoria.
- Fototipo 111: Razas de piel blanca. Se quema moderadamente y se pigmenta correctamente.
- Fototipo IV: Individuos de piel morena. Se quema moderada o mínimamente y pigmenta con bastante facilidad y de forma inmediata al exponerse al sol.
- Fototipo V: Individuos de piel amarronada o muy morena. Raramente se quema, pigmenta con facilidad e intensidad (siempre presenta reacción de pigmentación inmediata).
- Fototipo VI: Razas negras. No se quema nunca y pigmenta intensamente (siempre presenta reacción de pigmentación 'inmediata).

Número de lunares: Un lunar es un tumor benigno (no canceroso) de la piel. Ciertos tipos de lunares aumentan la probabilidad de que una persona contraiga melanoma. Las personas que tienen muchos lunares, y las que tienen algunos lunares grandes, tienen un riesgo mayor de contraer melanoma. Es normal el tener unos 20-25 nevus por persona. Se considera que una persona que tenga de 100 a más lunares podría presentar 50 veces más riesgo de desarrollar un cáncer de tipo melanoma.

Lunares Normales: Son machas y bultos marrón es pequeños y comunes sobre la piel que aparecen en las primeras décadas de la vida en casi todas las personas. Pueden ser planos o elevados y generalmente son redondos y de forma regular. Muchos están causados por la exposición al sol.

El adulto joven promedio tiene alrededor de 10 a 20 tales manchas o bultos. El lunar normal es simétrico. Si se traza por el medio, los dos lados se corresponderán

- Forma: simétrica, redonda u oval
- Borde: regular, agudo y bien definido
- Color: uniforme, generalmente tostado, marrón o del color de la piel
- Diámetro: generalmente 6 mm (1/4 de pulgada) o más pequeño.
- Ubicación: a menudo concentrado sobre áreas expuestas al sol de la cara, el tronco, los brazos y el pie más.
- Comienzo: más a menudo durante la niñez temprana hasta los 35-40 años.
- Uniformidad: los lunares normales se parecen unos a los otros
- Hábitos de Fumar: Las personas que fuman tienen mayor probabilidad de contraer cáncer de piel de células escamosas. El hábito de fumar no es un factor de riesgo para el cáncer de células basales.

2.5.2 FACTORES EXÓGENOS (FACTORES EXTERNOS AL INDIVIDUO)

(Molgo & Castillo, 2005)

Exposición a los Rayos Ultravioleta:

Demasiada exposición a la radiación ultravioleta es un factor de riesgo evitable para el cáncer de piel sea melanoma o no melanoma. La fuente principal de dicha radiación es la luz solar. Las lámparas para broncear la piel también constituyen otra fuente de esta radiación. Mientras más tiempo una persona pasa bajo el sol o en una cabina bronceadora, mayor es el riesgo de contraer cáncer de piel. Junto con el tiempo de exposición, el riesgo de cáncer de piel también depende de la intensidad de la luz (mediodía versus mañana) y de si la piel ha estado protegida. Muchos

estudios también han señalado que la exposición a una edad temprana es otro factor de riesgo.

Las personas que viven en áreas donde están expuestas todo el año a la luz solar intensa tienen mayor riesgo. Estar largo tiempo a la intemperie por motivos de trabajo o recreación, sin protegerse con ropa y loción antisolar aumenta el riesgo.

Exposición a productos químicos:

La exposición a una gran cantidad de arsénico, un metal pesado que se utiliza en la producción de algunos insecticidas, aumenta el riesgo de contraer cáncer de piel. Los trabajadores expuestos a la brea industrial, la hulla, la parafina y ciertos tipos de aceite también pueden tener mayor riesgo de contraer cáncer de piel no melanoma.

2.6 CÁNCER DE PIEL Y RADIACIÓN SOLAR

(INCP, 2012)

Desde sus orígenes, el hombre ha identificado al sol como fuente de luz, calor y vida. En muchas de las culturas de la antigüedad se le asignó un rol divino asociado a la sanación. Con el paso del tiempo, se comenzó a emplear los rayos solares en el tratamiento de diferentes enfermedades, entre ellas la artrosis, la tuberculosis, el raquitismo y la psoriasis. La revolución industrial en Europa significó un periodo de gran desarrollo para la humanidad, e implicó un incremento en la contaminación ambiental en las ciudades, con lo cual aumentaron los casos de raquitismo. Conocedores de que la radiación ultravioleta (RUV) estimula la síntesis de vitamina D y así se podía evitar la presentación de este mal, cada vez más gente buscaba exponerse al sol, buscando sus efectos beneficiosos. Estos hechos entre otros contribuyeron a difundir la idea que el bronceado era

sinónimo de salud. Sin embargo, también se hizo evidente que la excesiva exposición a la radiación solar, específicamente a la RUV, estaba asociada con diferentes enfermedades, entre ellas el cáncer de piel, principalmente el melanoma maligno, el carcinoma de células escamosas y el carcinoma de células basales. Hoy conocemos, además, que la RUV se divide en radiación ultravioleta A (UVA), B (UVB) y C (UVC). La UVC es filtrada por la capa de ozono en la estratósfera y solo la A y B inciden en la superficie de la tierra y, por ende, en nuestra piel. La RUV constituye el 6% de la radiación solar recibida y, de esta, el 5-10% corresponde a UVB y el 90-95% a UVA, igualmente se sabe que a mayor altitud se recibe mayor cantidad de radiación. La exposición prolongada a la UVB es responsable del cáncer de piel dado que penetra superficialmente en la piel afectando la epidermis en donde daña directamente el ADN celular. Por su parte, la UVA penetra más profundamente, afectando la dermis, destruyendo las fibras elásticas y colágenas y condicionando envejecimiento, inmunosupresión, reacciones fotoalérgicas, reacciones fototóxicas debidas a medicamentos y generando radicales libres que dañan el ADN celular actuando de manera sinérgica con la UVB. No se debe olvidar que la disminución de la capa de ozono, el efecto invernadero y el calentamiento global, aumentan la cantidad de RUV que se recibe todo el año, condicionando un aumento en la incidencia de cáncer de piel. Así mismo, analizar algunos esfuerzos que se vienen realizando en la prevención del cáncer de piel, para de esta manera promover aún más los cuidados que deben tenerse frente a la RUV.

2.7 RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCION.

(Valdez, 2006):

La prevención es una estrategia muy importante para disminuir no sólo la incidencia de la enfermedad, sino las complicaciones y las secuelas

secundarias a la patología. Clásicamente se han definido tres tipos de prevención:

Prevención primaria: Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los agentes causales y los factores de riesgo.

Prevención secundaria: Medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud.

Prevención terciaria: Medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud. El cáncer de piel no melanoma ha servido de modelo para otras patologías en cuanto a estrategias de prevención se refiere.

Se sabe que la incidencia de cáncer de piel ha venido aumentando en las últimas décadas, y que desde hace algunos años la principal causa de este tumor es la exposición a la radiación ultravioleta. Aunque no podemos y no debemos eliminar la exposición solar, ha sido identificada una serie de herramientas y estrategias que disminuyen los efectos nocivos del sol y por ende la probabilidad de desarrollar CPNM. Hay que tener en cuenta que la intervención a comunidades tiene un mayor efecto que las intervenciones individuales, y por ende un gran impacto en la disminución de la carga de la enfermedad.

2.7.1 Recomendaciones prevención primaria

1. Para la población general, se recomienda promover medidas que reduzcan la exposición a la radiación ultravioleta, para disminuir el riesgo de carcinoma basocelular. Estas medidas incluyen:

- Uso de medidas de barrera física.

- Evitar la exposición en horas de mayor radiación ultravioleta.
- Buscar la sombra al practicar actividades al aire libre.
- Barrera química.

Uso de medidas de protección física

2. Para la población general, se recomienda promover medidas que eviten la exposición solar entre las 9 am y las 4 pm.
3. Para la población general, se recomienda buscar la sombra al practicar actividades y desplazamientos al aire libre.
4. Para la población general, se recomienda usar vestimenta apropiada: sombrero de ala ancha y ropa de manga y bota larga, que impidan el paso de la radiación ultravioleta.
5. No se recomienda el uso de cámaras de bronceo en la población general, por el aumento del riesgo de CPNM.

Uso de medidas de protección tópica

6. Para la población general, se sugiere usar barreras químicas (protector solar) en conjunto con otras medidas de protección física, para prevenir el CPNM.
7. Se recomienda que el protector solar sea de amplio espectro (UVA-UVB) con un Factor de Protección Solar (FPS) mínimo de 30.

Uso de medidas de salud pública

8. Se recomienda efectuar campañas educativas integrales (Publicidad, talleres educativos, cartillas y educación dirigida a la población general)

que proporcionen conocimientos y modifiquen conductas sobre los riesgos de la exposición a la radiación ultravioleta y sobre la prevención del CPNM, priorizando la población en edad escolar.

9. Se recomienda que las campañas educativas integrales (Publicidad, talleres educativos, cartillas y educación dirigida a la población general) sean reforzadas periódicamente para mantener la adherencia a las intervenciones de prevención del CPNM, priorizando la población en edad escolar.

2.7.3 RECOMENDACIONES PREVENCIÓN SECUNDARIA

(Romani & Ramos, 2005):

1. No se recomienda el uso de betacaroteno para la prevención secundaria de nuevos carcinomas basocelulares.
2. Se recomienda el uso de medidas de protección física durante la exposición solar entre las 9am y las 4pm: buscar la sombra cuando se practiquen actividades y desplazamientos al aire libre, usar vestimenta apropiada (sombrero de ala ancha y ropa de manga y bota larga) y medidas de protección química (protector solar), para la prevención secundaria del carcinoma basocelular.
3. Se recomienda que el protector solar sea de amplio espectro (UVA-UVB) con un factor de protección solar (FPS) mínimo de 30.

Bibliografía

- CEVECE. (2018). Cancer de piel. *Vision Cevece*, 1-3.
- Galan Gonzalez, y. P. (2015). Manual para la detencion temprana del cancer de piel y recomendaciones para la disminucion de exposicion a radiacion ultravioleta. *instituto nacional de canceologia*, 1-14.

- Galan, I. (2011). Prevalencia y factores relacionados con las conductas de riesgo de cancer de piel en madrid. *Rev. Gac. Sanit.*, 20-25.
- GPC, G. d. (2014). seguimiento del cáncer de piel no melanoma. *COLCIENCIAS*, 64-75.
- Guemez, M. (2012). Epidemiologia del Cancer de Piel. *Dermatol Rev Mex*, 1-3.
- INCP, I. N. (2012). Radiacion Solar. *Rev. Patient*, 6-10.
- Molgo, M., & Castillo, C. (2005). Conocimientos y habitos de exposicion solar de la poblacion chilena. *Scielo*, 6-7.
- MSB. (2011). La piel te da señales. *El universal*, 25-28.
- OMS. (2012). Temas de Salud. *WHO Digital*, 1-3.
- Romani, F., & Ramos, C. (2005). Conocimientos, actitudes y Practicas sobre proteccion solar . *Folia Dermat Peruaan*, 2-4.
- Salud, M. d. (2010). El cancer se previene y se puede curar si se detecta. *Minsa Gob*, 1-2.
- Trelles, A. A. (2012). FACTORES DE RIESGO Y SU RELACIÓN CON LA PRÁCTICA DE MEDIDAS PREVENTIVAS DEL CANCER DE PIEL. *UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN TACNA*, 25-67.
- Trelles, A. A. (2013). Tipos de cancer de piel. *ciencias mexico*, 4-10.
- Valdez, R. (2006). Conocimientos del cancer de piel. *Scielo*, 8-9.