

XXV Congreso de la
Sociedad Española de
Anatomía Patológica y
División Española de la
I.A.P.

XX Congreso de la Sociedad
Española de Citología.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CITOLOGIA.

- ENFOQUE ACTUAL DE LA
PREVENCION SECUNDARIA EN
CANCER DEL CÉRVIX. EL CASO
DE MEXICO.

CONTENIDO

- **CANCER CERVICAL , REFLEJO DE INEQUIDAD.**
- **PROBLEMAS DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN BASADOS EN CITOLOGIA.**
- **EVALUACION DEL PROGRAMA DE MEXICO 1995-2010.**
- **INOVACION TECNOLÓGICA.(Introducción de pruebas de ADN VPH poblacional.)**

Cáncer cervical, un reflejo de INEQUIDAD. Una agenda inconclusa en México

Las inequidades:

1. Acceso desigual a los servicios de salud en mujeres pobres.
2. Mala calidad y escasa infraestructura en DOC en área rural.
3. Prevención primaria con vacunación inaccesible por el costo.
4. Inequidad de género: Es una enfermedad propia de mujeres

Mayores tasas de mortalidad

- ▶ Área Rural
- ▶ Menor cobertura de Pap
- ▶ Multiparidad
- ▶ Sin Seguridad Social
- ▶ Analfabetismo
- ▶ Sur de México

**125, 000 muertes Durante
los últimos 30 años**



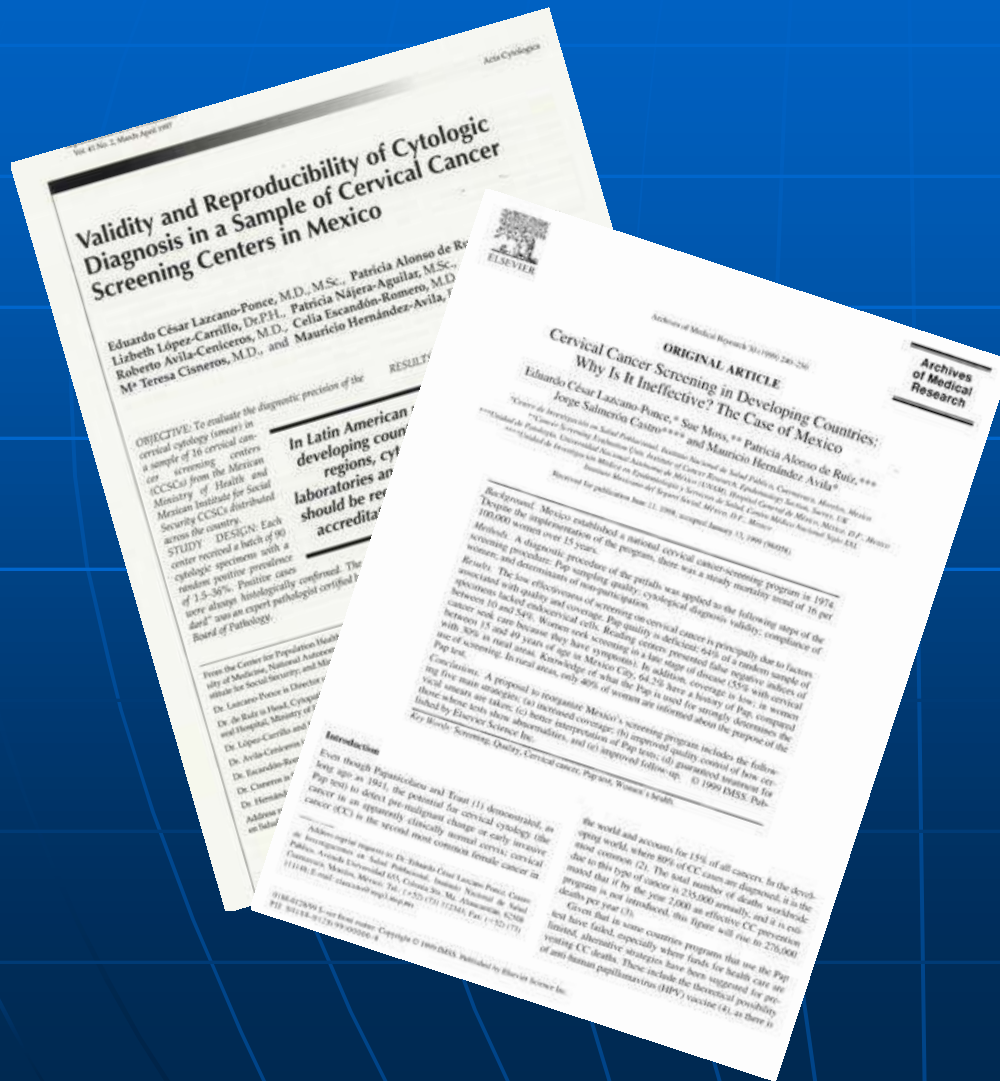
EL PROGRAMA DE DETECCION DE CANCER CERVICAL

ACTIVIDADES DEL SECTOR SALUD EN CANCER DEL CUELLO UTERINO. RESEÑA HISTORICA.

- Inicio del Programa de detección de cáncer cervical en los años 50s'. La guía oficial señalaba que se debía obtener un estudio citológico anualmente en mujeres que iniciaban vida sexual
- En 1996 , los recursos y la estructura de prevención solo contaba con un máximo de 3 515,000 de estudios citológicos para una población de mas de 16'500,000.
- Además se carecía de mecanismos de control de calidad en todo el proceso y falla en la vigilancia epidemiológica.

El Programa de DOC en México hace 15 años

- ▶ Elevadas tasas de mortalidad por CACU.
- ▶ Baja cobertura.
- ▶ Deficiente obtención del espécimen de Pap.
- ▶ Elevado índice de resultados falsos negativos de Pap



A 35 años de la introducción poblacional del Programa de D.O.C. en México



▶ **>4000 muertes anuales por CC**

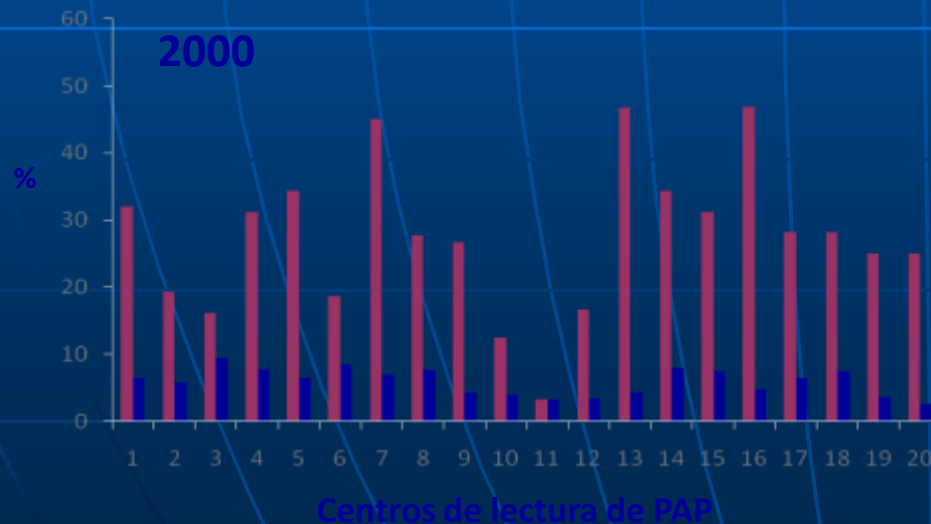
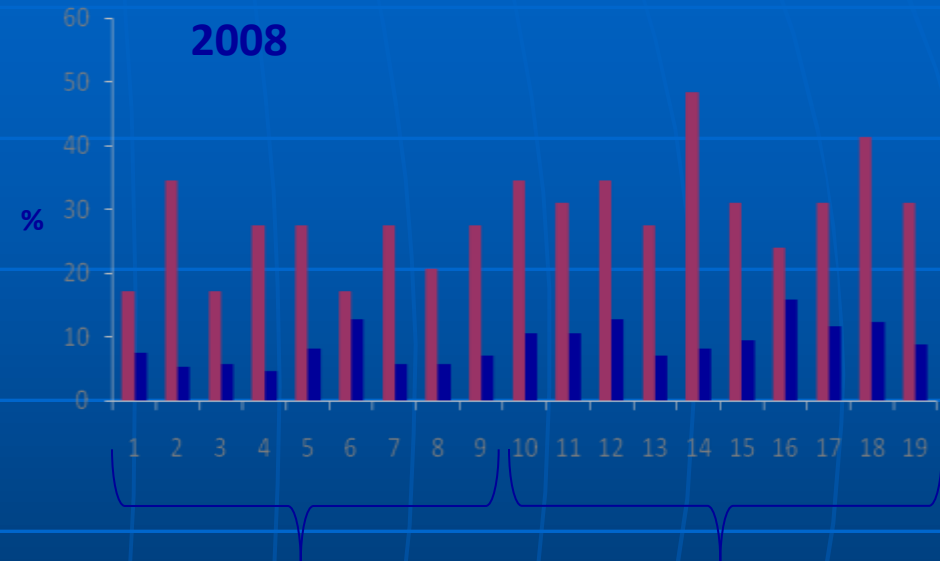
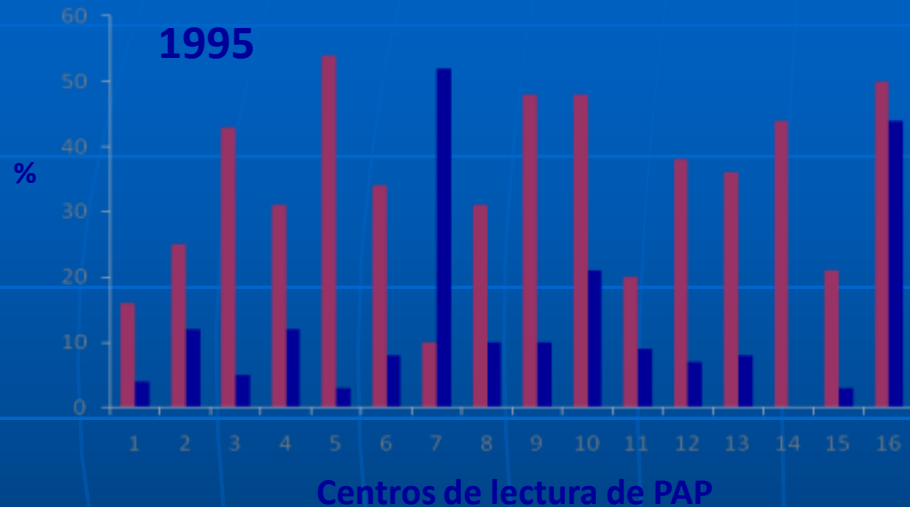


▶ **Elevada cobertura de Pap**

▶ **Incremento de 300 % en 15 años**

**Mala calidad en diagnóstico de
citología**

Elevado índice de falsos negativos en centros de lectura de PAP en México, 1995-2008



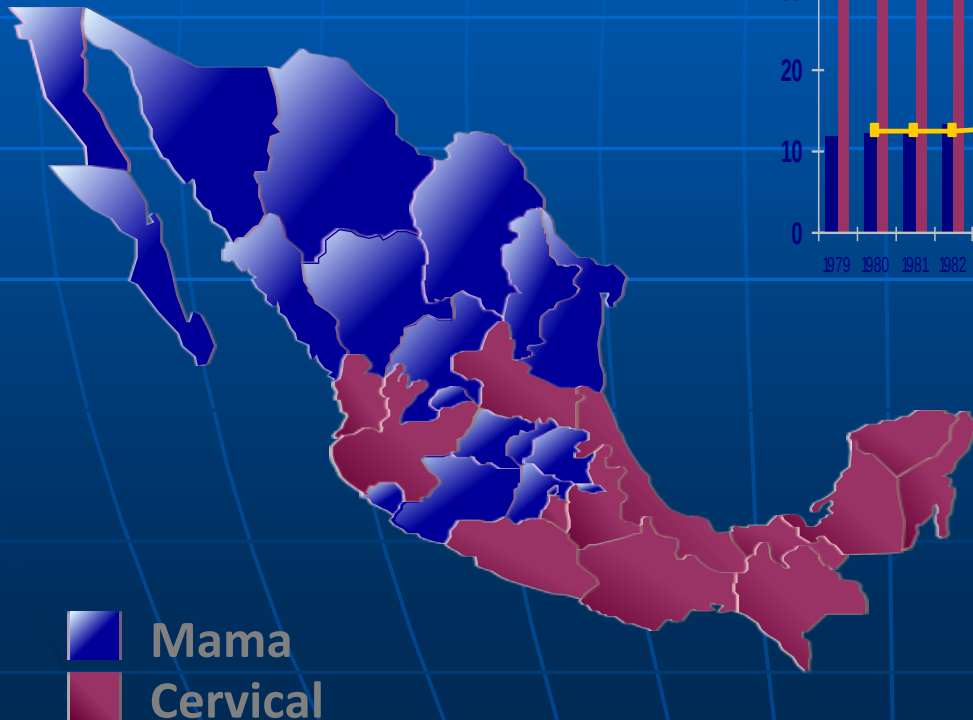
Secretaria de Salud Seguridad Social

Centros de lectura de PAP

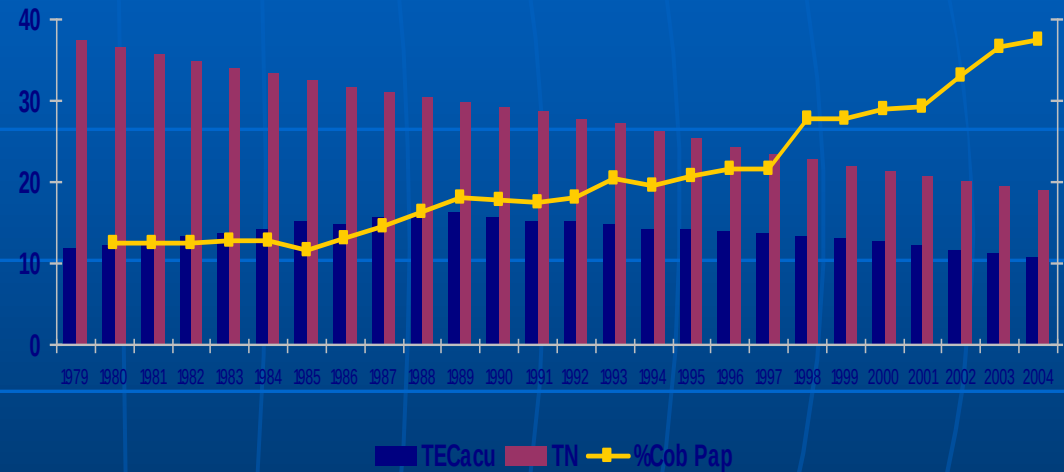
Falsos negativos Falsos positivos

Mortalidad por cáncer en la mujer en México

Mortalidad por cáncer en la mujer, México 2008



Cáncer cervical, tasas de natalidad y cobertura de Pap México



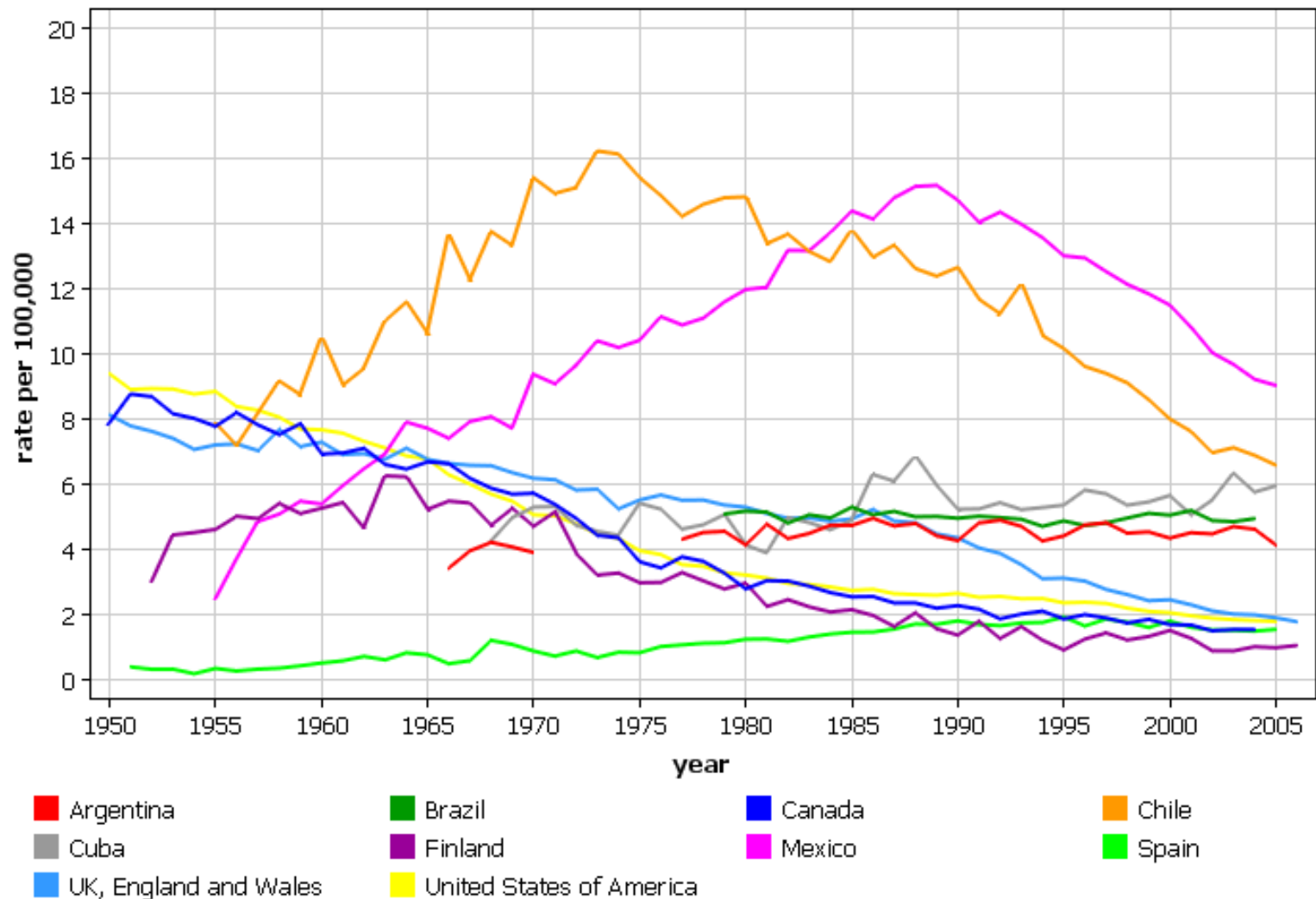
EL CANCER CERVICAL EN MEXICO.

- Barreras para el progreso de los Programas de detección:
- Perdida de prioridad en relación a la salud de las mujer.
- Insuficiente respaldo para resolver el problema del cáncer cervical.
- Falta de respaldo gubernamental.
- **Poblacion rural dispersa: Hay 150,000 comunidades con menos de 500 habitantes, y sin Servicios de Salud .**



MORTALIDAD POR CERVICAL.PAISES SELECCIONADOS. 1950-2005

Mortality from Cervix uteri Cancer
Age-standardized rate (World) all ages



INNOVACION TECNOLOGICA.

- NUEVAS TECNICAS DE ELABORACION DE ESPECIMENES.(MONOPOLICA)
- AUTOMATIZACION DE LOS PROCESOS.(MONOPOLICA)
- DETERMINACION MOLECULAR DE LA INFECCION POR VPH.
- MARCADORES MOLECULARES.
- VACUNACION.

- INTRODUCCION DE PRUEBAS DE VPH POBLACIONALES.**
- AUTOTOMA PARA DETERMINAR VPH.**



Detección oportuna de cáncer cervical

Estudio de investigación

" AUTO-TOMA VAGINAL "

Esta prueba detecta el virus que causa las lesiones premalignas y el cáncer del cuello de la matriz.



¿ COMO ES LA PRUEBA DE "AUTO-TOMA VAGINAL" ?

Su toma es personal y sin dolor.

Tomarse la prueba es fácil y no requiere de conocimientos médicos.

Terminada la " Auto-Toma Vaginal " no se necesita ningún cuidado especial



- 1 Introduzca el hisopo en la vagina hasta que sus dedos toquen la entrada de la vagina.



- 2 Gire el hisopo a la derecha y a la izquierda y retírelo de la vagina.



- 3 Coloque el hisopo dentro del tubo, tápelo y entregue a la enfermera.

Si no entiende bien las instrucciones o desea mayor información pregunte a la enfermera encargada del servicio.

CUIDE SU SALUD



**Auto-toma
vaginal
en casa**

**El estudio de
30,000 mujeres
en áreas
marginadas de
México**

Una Cohorte: PAP + VPH en 50,000 mujeres de la seguridad social



Prevalencia de VPH-AR 8.59 %

Cancer Causes Control
DOI 10.1007/s10552-010-9598-2

ORIGINAL PAPER

A pilot study of HPV DNA and cytology testing in 50,159 women in the routine Mexican Social Security Program

Eduardo Lazcano-Ponce · Attila T. Lörincz · Jorge Salmerón · Irma Fernández · Aurelio Cruz · Pilar Hernández · Ivonne Mejía · Mauricio Hernández-Ávila

Received: 12 November 2009 / Accepted: 29 May 2010
© Springer Science+Business Media B.V. 2010

Abstract

Introduction We present a large feasibility evaluation of high-risk HPV (HR-HPV) DNA testing and cervical cytology as a primary screening strategy for cervical cancer precursor lesions in Mexican women, as part of a routine cancer control program (CCP).

Methods A community-based study was carried out in 50,159 women aged 20–70 years who visited the CCP in 12 federal entities located in Northern, Central, and Southern Mexico, including a total of 48 primary health care units of the *Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS). Cervical specimens for cytology and HR-HPV tests were collected at baseline. Women with cytological abnormalities (ASCUS or greater) were referred to colposcopy for further evaluation and treatment if necessary.

A subset of HR-HPV-positive women without cervical lesions, in Morelos state, were tested again for HR-HPV DNA within a year, and repeat-positive women were referred to colposcopy.

Results HR-HPV prevalence among all women was 8.6% (95% CI: 8.3–8.9). Prevalence by age group was 12.2% (95% CI: 11.0–13.3) before 30 years of age and decreased to 7.4% (95% CI: 6.7–8.0) between 46 and 50 years of age. A second minor prevalence peak (8.1%; 95% CI: 7.2–9.0) was observed in women more than 55 years of age. Overall prevalence of cytological abnormalities was relatively low (2.2%; 95% CI: 2.0–2.3) with the highest frequency of abnormal cytology (ASCUS or greater) in the 41–45 year age group (2.5%; 95% CI 2.1–2.7). No correlation between cervical abnormalities and HR-HPV prevalence, by region, was observed. A total of 370 (0.7%) women had an

No.	Estado	VPH + 95% IC	PAP >= ASCUS* 95% IC
1	Nuevo León	7.5 (6.9–8.1)	0.3 (0.20–0.46)
2	Jalisco	7.3 (6.6–7.8)	5.6 (5.02–6.15)
3	Michoacán	7.0 (5.7–8.1)	0.2 (0.14–0.77)
4	Querétaro	8.9 (7.8–9.9)	0.7 (0.37–0.97)
5	Edo de México	8.6 (7.2–9.8)	0.2 (0.004–0.42)
6	Cd México Norte	9.0 (8.0–9.8)	1.1 (0.77–1.46)
7	Cd México Sur	8.3 (7.6–8.8)	0.5 (0.36–0.65)
8	Morelos	11.3 (10.3–12.2)	3.2 (2.65–3.68)
9	Guerrero	9.2 (8.2–10.0)	4.9 (4.20–5.52)
10	Oaxaca	10.6 (9.5–11.6)	6.3 (5.48–7.16)
11	Veracruz	9.8 (7.9–11.7)	0.9 (0.26–1.54)

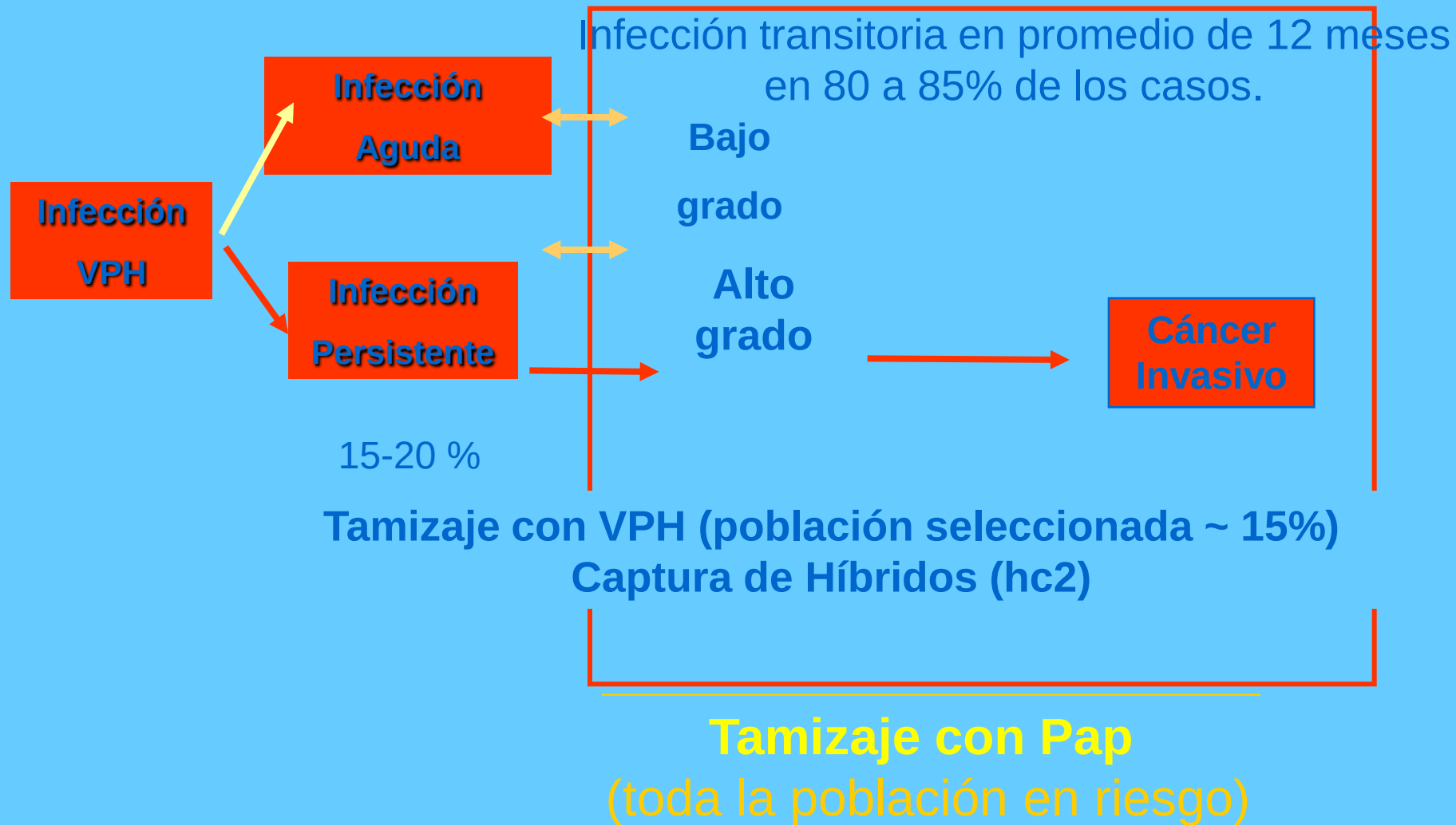
Estado de México

Cd. México Norte

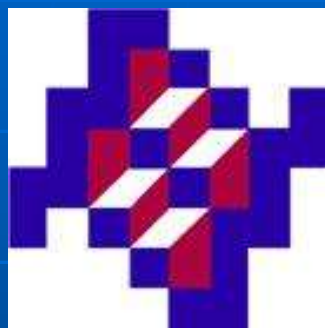
Cd. México Sur

Morelos

VPH y Cáncer Cervical



Nuevas alternativas de detección: Incremento de cobertura y seguridad aceptable



Auto-toma vaginal en casa

El estudio de 22,866 mujeres en
áreas marginadas de México



El estudio piloto nacional de VPH en 140, 000 mujeres de Morelos

■ Objetivo general:

- Implementar una intervención comunitaria mediante la prueba de VPH en 140,000 mujeres de Morelos.

■ Objetivos Específicos:

- Desarrollar una intervención operativa regional-PILOTO
- Eliminar la inequidad de la detección.
- Modernizar las estrategias de prevención y control.

“Salvar vidas”

- Incrementar en forma rápida y confiable la cobertura.

Todas las mujeres entre 30 y 64 años, una prueba de detección en el estado de Morelos

140,000 MUJERES SIN SEGURIDAD SOCIAL

Marzo – Noviembre 2008

33 Municipios del Estado de Morelos

Áreas marginadas sin
infraestructura de PAP

Usuarías del Programa de
Detección Oportuna de
Cáncer Cervical

2000
Mujeres negativas a VPH

Auto-toma vaginal en
casa

VPH -

VPH +

PAP +

+

VPH +

CENTRO DE EXCELENCIA EN PAP

-

COLPOSCOPÍA

-

+

BIOPSIA

-

+

En un período de 5 meses
Obtención de 100,000
pruebas

Autotoma Vaginal en casa vs Pap

■ Referencia al servicio de colposcopia

- ▶ Citología 1.2%
- ▶ Autotoma 9.7%

■ Detección de NIC 2+

- ▶ Citología 5.8 x 10,000
- ▶ Autotoma 30.4 x 10,000

■ Prueba de ADN de VPH

- ▶ MAYOR SENSIBILIDAD para identificar NIC 2 +

■ Combinación Pap y VPH

- ▶ Mejores métodos de prevención y
- ▶ Tecnología disponible

■ Auto-toma vaginal en casa

- ▶ Incremento rápido de cobertura
- ▶ Tecnología disponible en áreas marginadas

LA MEJOR ALTERNATIVA EN ÁREA RURAL

Autotoma vaginal en casa

Tasa de detección en 22, 866 mujeres

Diagnóstico	Autotoma (VPH) N = 9,202		Citología N = 11,664		Sensibilidad relativa ^a
	Positivos	Tasa x 10,000	Positivos	Tasa x 10,000	
NIC I	137	148.8	5	3.6	40.7
NIC II	60	65.2	21	15.3	4.2
NIC III	20	21.7	14	10.2	2.1
Cáncer cervical	28	30.4	8	5.8	5.2

^a Sensibilidad relativa = Razón de tasas de detección (tasa de detección de autotoma / tasa de detección de citología cervical)

^b PPV relativo.

295 comunidades de Morelos, Guerrero y Estado de México

Una prueba de VPH más sensible que 2 PAPs en un año

1 año de seguimiento en Morelos

Valor	Pap	VPH
▶ Sensibilidad	40.0	93.3
▶ Especificidad	97.0	89.2
▶ VPP	10.7	4.6
▶ VPN	99.8	99.9

**Falsos negativos
a 1 año de seguimiento**

- ▶ 5 casos de NIC 3+
- ▶ 1 cáncer invasor

Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública

Artículo especial

Recomendaciones para la definición de la política de vacunación contra el virus del papiloma en México

Comité Asesor Externo para la Definición de la Política de Vacunación contra el Virus del Papiloma en México*

El cáncer cervical es tan sólo un reflejo de la enorme inequidad social que sobrellevan las mujeres que lo padecen.¹ En efecto, en los países con elevada incidencia y mortalidad por tumores prevenibles se han observado grandes disparidades en cuanto al acceso a la atención y tratamiento oportunos, lo que en gran medida refleja las enormes desigualdades entre sus ciudadanos.² En lo que refiere a la prevención y control del cáncer cervical, se han identificado diversas dimensiones de inequidad, la primera de ellas es el acceso desigual a los servicios de salud en las mujeres pobres.³ Adicionalmente, se ha documentado una mala calidad y escasa infraestructura en programas de prevención y control del cáncer cervical en áreas rurales.⁴ En el momento actual, la prevención primaria con vacunación contra el virus de papiloma humano (VPH) es inaccesible debido al elevado costo,^{5,6} y finalmente, existe desigualdad de género,⁷ no sólo porque la enfermedad es propia de las mujeres, sino porque en muchas poblaciones se privilegia la salud de los hombres en detrimento de la de las mujeres.⁸

Durante los últimos 25 años se han presentado oficialmente en México más de 100 000 muertes por

cáncer cervical, y a partir de 2006 se constituyó en la segunda causa de muerte por tumores malignos en la mujer, después del cáncer de mama. A pesar de que existe una disminución significativa de la mortalidad por cáncer cervical a partir de la década de los noventa, en gran medida atribuible a la disminución de las tasas de natalidad,⁹ persiste en México un elevado incremento en el número de casos por cáncer cervical en áreas rurales, a lo que hay que dar una respuesta de prevención y control inmediata. Por este motivo deben implementarse acciones inmediatas para enfrentar esta agenda inconclusa y dar una respuesta innovadora a las miles de mujeres mexicanas que actualmente sufren neoplasia cervical.

Consideraciones generales de las vacunas contra VPH

Los tipos de VPH 16 y 18 son responsables de alrededor del 70% de los casos de cáncer cervical invasor,¹⁰ así como de una alta proporción de cáncer anogenital¹¹ y un menor porcentaje de neoplasias en cuello y cabeza.¹²

*El Comité está integrado por: Eduardo Lazcano-Ponce/¹ Jorge Salmerón-Castro/² Alejandro García-Carrón/³ Carlos Aranda-Rojas/⁴ Vicenta Madrid-Martín/⁵ César Pineda-Gómez-Alvarado/⁶ y Olga Georgina Martínez-Monreal/⁷

- (1) Instituto Nacional de Salud Pública México.
- (2) Instituto Mexicano del Seguro Social México.
- (3) Instituto Nacional de Cancerología México.
- (4) Instituto de Investigaciones Biomédicas de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- (5) Instituto Nacional de Dermatología México.
- (6) Centro Nacional para la Salud de la Mujer y la Adolescencia México.
- (7) Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva México.

Sección de sobretiros Dr. Eduardo Lazcano-Ponce, Centro de Investigación en Salud Poblacional Instituto Nacional de Salud Pública, Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatlán, 62100 Cuernavaca, México D.F.
Correo electrónico: elazcano@imsp.mx

336

salud pública de México / vol. 51, no. 4, julio-agosto de 2009

¿Sabes que es este VIRUS?

Papiloma Humano (VPH)

¿Quieres hacer la diferencia?
¿Eres mujer sana y tienes entre 18-23 años de edad?
¿Te gustaría participar en un estudio de investigación de una vacuna contra el Virus de Papiloma Humano?

Llámanos al teléfono
(777) 102 84 44

También al
(777) 102 84 42

Visítanos en el
Centro Médico Universitario
de la UAM
Av. Universidad No. 2007
Col. San Hipólito, C.F. 62109

¡Todas unidas por la salud de la mujer!

Iniciar un esquema de vacunación en niñas 9-10 años

0 – 6 – 60 meses



Objetivos

- Focalización del grupo de edad (9 – 10 años)
- Incremento de cobertura
- Política de licitación pública para disminución de costos (de 80 a 20 dólares por dosis)

Antecedentes de vacunación contra VPH en la provincia de Quebec en Canadá. Inmunogenicidad al 7 mes con dos dosis.

- Esquema de vacunación 0, 6 y 60 meses.
- Vacuna tetravalente es co-administrada con la vacuna contra hepatitis A y B en niñas de 9 y 10 años.
- El esquema ha brindado evidencia de amplia seguridad.
- En niñas entre 9 y 13 años, los niveles de Ac para VPH-16,18,6,11 no fueron inferiores al esquema de 3 dosis en el grupo entre 16 y 23 años.
- La respuesta inmune es excelente en niñas 9-10 años
 - Dos dosis de vacunación contra VPH
 - Induce 100% de seroconversión contra VPH 16 y 18
 - Induce 99 % de seroconversión contra VPH 6 y 11

Recomendación:

Combatir los mitos: Conocer realidades

- Creación de Centros de excelencia de Pap
- Acreditación de la práctica de colposcopia
 - Garantía de calidad y tratamiento
- Estandarización de laboratorios regionales de VPH
 - Acreditación internacional y nacional

LECCIONES APRENDIDAS EN MÉXICO

- INNOVACIÓN TECNOLÓGICA ES FACTIBLE:
 - CAMBIO DE PARADIGMA ACTUAL
- LOS ESTUDIOS DEMOSTRATIVOS DE VPH EN MÉXICO
 - BUSCAR LA MEJOR ALTERNATIVA DE REFERENCIA
 - UNA CITOLOGÍA DE EXCELENCIA
- LAS LECCIONES APRENDIDAS
 - PRUEBA DE VPH
 - !! SALVA MUCHAS VIDAS !!
 - PERO NO ES SUFICIENTE
 - PROFESIONALIZAR 1ER NIVEL DE ATENCIÓN
 - NECESIDAD DE GARANTIZAR CALIDAD
 - **!!! NO HAY ESTRATEGIAS DE SEGUIMIENTO!!!**

La perspectiva poblacional: Piedra angular de la salud pública

Desarrollar la
experiencia que
contribuya a la
toma de decisiones
basada en
evidencia científica

QUIEN LLEVA BAJO SU ESPALDA EL PESO DE LA SALUD FAMILIAR?



Cortesía de Natalia Brouchet, OMS Ginebra. 2006