



Prevención y control del cáncer cervical en México

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervical causa 4 000 muertes de mujeres al año en México, a pesar de que es el cáncer más prevenible gracias al tamizaje y vacunación contra el virus de papiloma humano. Ninguna mujer debería morir por una enfermedad que sabemos cómo prevenir y tratar

Se estima que, en México, cada año se diagnostican 13 000 nuevos casos de cáncer cervical,¹ la mayoría en etapas avanzadas de la enfermedad, provocando enfermedad terminal y la muerte. Está demostrado que programas de tamizaje efectivo reducen la aparición de nuevos casos de este cáncer y su mortalidad.² Pero en México, éste no ha sido el caso, a pesar de casi 50 años de un programa de detección oportuna de cáncer cervical. Hoy, la disponibilidad de vacunas efectivas y métodos para detectar y detener el precáncer cervical, nos brindan las herramientas para abatir esta enfermedad.

Las mujeres en grupos socioeconómicamente más desfavorecidos son las más afectadas debido a las barreras de acceso a servicios de salud. En el presente documento se presentan los principales desafíos que ha tenido México para lograr el impacto esperado; se destacan las prioridades que deben ser base de la agenda pública para reducir un problema de desigualdad en salud de la mujer.

19 millones de muertes por cáncer cervical

en el mundo se pueden prevenir en los siguientes 40 años si garantizamos la vacunación, el tamizaje efectivo y el tratamiento

El cáncer cervical es una enfermedad relacionada con la desigualdad social.

Afecta las regiones más pobres, reflejando la **falta de acceso a servicios de salud**

El cáncer cervical es una tarea pendiente de la **inequidad social que enfrentan las mujeres**

PANORAMA DEL PROBLEMA

En México el cáncer cervical continúa siendo un problema de salud pública, a pesar de que se dispone de estrategias de prevención eficaces

A nivel global, el cáncer cervical es uno de los cánceres más frecuentes entre las mujeres. Este cáncer es la cuarta neoplasia más común y la cuarta causa de muerte por cáncer en mujeres, estimando 570 000 casos nuevos y 311 000 muertes en el año 2018, en todo el mundo.³

En México el cáncer cervical es el segundo cáncer más frecuente y la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, se estiman aproximadamente 9 430 casos nuevos y 4 330 muertes para el año 2020 entre mujeres de 20 años o más.⁴

Se estima que el costo promedio del tratamiento de cáncer cervical para el año 2017, en México, fue en promedio de \$5 114 dólares por paciente (cerca de 100 mil pesos), dependiendo del estadio de la enfermedad.⁵

Al impacto económico se suman costes sociales y de salud, considerando que además de luchar contra la enfermedad las mujeres sufren otras afecciones como altos niveles de ansiedad y depresión. Se ha reportado que las pacientes con cáncer cervical padecen probable depresión con más frecuencia (41.2%) asociada a necesidades de atención psicológica insatisfechas, en comparación con una reducción de las probabilidades de depresión en casos de cáncer de mama (29.5%) asociada a la vez a la atención oportuna de alta calidad.⁶

La mortalidad por cáncer cervical en México no ha tenido un descenso franco, reflejado en el total de años perdidos por defunciones a causa de este cáncer, estimados en 365 677 años acumulados perdidos entre los años 2013 y 2016.⁷

Las acciones y estrategias del programa de prevención y control de cáncer cervical no han llevado a reducir la mortalidad y no hemos logrado empoderar suficientemente a las mujeres para que acudan al tamizaje y se adhieran al seguimiento, lo que permitiría observar beneficios sanitarios, sociales y económicos.

¿CUÁLES SON LOS RETOS?

En México, no se ha podido rebasar la cobertura de 70% del programa de detección oportuna de cáncer cervical, impidiendo la reducción de mortalidad⁸

En México, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018, sólo 28.9% de las mujeres de 20 años o más acudió a realizarse una prueba de Papanicolau para la detección de cáncer cervicouterino.⁹

A pesar de que está ampliamente demostrado que la prueba de VPH es más costo-efectiva que el Papanicolau para detección de cáncer cervical,² en el 2012, la prueba de VPH en los últimos cuatro años fue de 11.9%.¹⁰ La prueba de VPH detecta 9 de cada 10 casos de precáncer cervical, mientras que el Papanicolau sólo detecta 4 de cada 10 casos. Urge el uso de la prueba de VPH como prueba de tamizaje primario.

En México, sólo la mitad de las mujeres que tienen resultados positivos al tamizaje (es decir con alto riesgo de cáncer) acuden a colposcopia para confirmar su diagnóstico y tratamiento.^{11,12} La pérdida de seguimiento de las citas de colposcopia es una de las principales fallas del programa. Si no se completa el seguimiento, la progresión a cáncer es inevitable.

Se han documentado serios problemas de control de calidad en laboratorios de citología cervical. Existen

laboratorios en los que la mitad de los diagnósticos que se reportan como negativos son falsos.¹³

En el año 2006, los estados del sureste del país tuvieron el doble de muertes que estados con mayor desarrollo.¹⁴ El cáncer cervical ocupa el primer lugar de muertes en mujeres de estados con mayor índice de deprivación social.¹⁵

Existe una enorme preocupación global de que la pandemia de SARS-CoV-2 ha exacerbado la baja cobertura del programa de prevención de cáncer cervical. Se estima que el miedo a asistir a las clínicas y el desabasto de insumos se verá reflejado en un aumento en el número de casos de cáncer cervical.

RETOS QUE ENFRENTAMOS

- 1. Educación y promoción** en salud sobre la prevención de cáncer cervical.
- 2. Garantizar el abasto de insumos** desde la unidades médicas de primer nivel de atención, laboratorios y clínicas de colposcopia.
- 3. Aumentar la participación de las mujeres** en el programa de tamizaje, dando prioridad a la población que nunca se ha tamizado.
- 4. Reformular el algoritmo de detección oportuna de cáncer cervical** para incorporar pruebas diagnósticas que aumentan la efectividad y eficiencia del programa.
- 5. Implementar intervenciones coordinadas entre el primer y segundo nivel de atención médica** para reducir el problema de la falta de asistencia a las clínicas de colposcopia en las mujeres que fueron positivas al tamizaje.
- 6. Crear y adoptar un sistema de información de cáncer cervical** nominal que permita monitorear y evaluar el programa de tamizaje en cada uno de sus etapas.



RECOMENDACIONES BASADAS EN EVIDENCIA

1.

Expandir la cobertura del programa de detección oportuna de cáncer cervical a 70% para tener impacto en la mortalidad.

2.

Fortalecer la promoción y educación tanto en las mujeres como en personal de salud.

3.

Incorporar pruebas de autotoma vaginal o colección de muestras de orina para disminuir las barreras culturales de la muestra pélvica o con el uso de pruebas de diagnóstico en el punto de atención (point-of care test) para llegar a los lugares de difícil acceso.

4.

Establecer un plan de comunicación estratégica con énfasis en áreas rurales y marginadas con mayor riesgo de cáncer cervical por falta de acceso a servicios preventivos.

5.

Hacer alianzas con sociedad civil, sector salud, académico y privado para facilitar el cumplimiento de un programa de tamizaje universal.

6.

Fortalecer la comunicación interpersonal entre el personal de salud y las mujeres, a través de la consejería, durante las distintas etapas del tamizaje.

7.

Usar mensajes adaptados local y culturalmente que sean comprensibles y que favorezcan la sensibilización y motiven a las mujeres a participar.

8.

Garantizar el abastecimiento de insumos necesarios desde la colección de muestra hasta reactivos para los laboratorios. Siempre que sea posible, ofrecer la prueba de VPH en lugar de la toma de muestra de Papanicolau en frotis extendido. Esto para evitar dificultades de muestras inadecuadas o pérdida de casos relevantes por la baja sensibilidad del Papanicolau.

9.

Establecer mecanismos de control de calidad para todos los procesos involucrados en el programa de prevención y control de cáncer cervical.

10.

Incorporar estrategias de triage con citología y/o VPH16/18 en mujeres con VPH como prueba primaria. Esta combinación de triage permite identificar a 80% de las mujeres con lesiones de alto grado con referencia a colposcopia menor a la que genera la citología como prueba primaria.

11.

Fortalecer el seguimiento de las mujeres a colposcopia para garantizar el diagnóstico oportuno y el tratamiento efectivo de lesiones preinvasoras y agilizar la referencia de casos invasores.

12.

Diseño e implementación de un sistema de información para monitorear y evaluar el desempeño del programa.

13.

Vacunación universal de niñas de 9-11 años utilizando un esquema de dosis de 0-6 meses. Desarrollar e implementar un plan de inmunización para completar la vacunación en las niñas nacidas desde 2008, que sólo han recibido una dosis o que no han recibido ninguna dosis tras el desabastecimiento de la vacuna contra VPH desde 2019. Establecer un acuerdo con farmacéuticas productoras de vacuna para asegurar un suministro a corto plazo en México.

Referencias

1. Gobierno de México. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Hoja de datos sobre cáncer de cuello uterino. Agosto 2019. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/487307/Hoja_de_Datos_2019_CACU.pdf
2. Denny L, Herrero R, Levin C, et al. Cervical Cancer. En: Gelband H, Jha P, Sankaranarayanan R, et al., Editores. Cancer: Disease Control Priorities, 3ra (Volume 3). Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2015 Nov 1. Capítulo 4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK343648/>
3. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018 Nov;68(6):394-424. doi: 10.3322/caac.21492
4. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. Cancer. GLOBOCAN 2020: CANCER TODAY. [consultado 2021 agosto 6]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/home>
5. Granados-García V, Piña-Sánchez P, Reynoso-Noveron N, et al. Medical Cost to Treat Cervical Cancer Patients at a Social Security Third Level Oncology Hospital in Mexico City. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2019 May 25;20(5):1547-1554. doi: 10.31557/APJCP.2019.20.5.1547
6. Doubova SV, Pérez-Cuevas R. Association of supportive care needs and quality of patient-centered cancer care with depression in women with breast and cervical cancer in Mexico. *Psychooncology*. 2021 Apr;30(4):591-601. doi: 10.1002/pon.5608
7. Navarrete-Valero C, Navarrete-Vázquez C. [Mortalidad por cáncer mamario, prostático y cervicouterino, años perdidos y costos de los programas. México, 2013 a 2016]. *Gac Med Mex*. 2018;154(6):665-670. Spanish. doi: 10.24875/GMM.18004369
8. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción en Salud. Programa de acción específico: Prevención y control de cáncer en la mujer 2013-2018. México. 2016
9. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. México. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/informes.php>
10. Torres-Mejía G, Ortega-Olvera C, Ángeles-Llerenas A, et al. Patrones de utilización de programas de prevención y diagnóstico temprano de cáncer en la mujer. *Salud Publica Mex* 2013;55 supl 2:S241-S248.
11. Boletines Caminando a la Excelencia 2019. Dirección General de Epidemiología. Boletín 2do. Trimestre "Abril - Junio". [consultado 2021 marzo 7]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/boletines-caminando-a-la-excelencia-2019>
12. Boletines Caminando a la Excelencia 2019. Dirección General de Epidemiología. Boletines 2007 a 2018. [consultado 2021 marzo 7]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/boletines-historicos-caminando-a-la-excelencia>
13. Lazcano-Ponce E, Palacio-Mejía LS, Allen-Leigh B, et al. Decreasing cervical cancer mortality in Mexico: effect of Papanicolaou coverage, birthrate, and the importance of diagnostic validity of cytology. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2008; 17(10): 2808-17.
14. Palacio-Mejía LS, Lazcano-Ponce E, Allen-Leigh B, Hernandez-Avila M. [Regional differences in breast and cervical cancer mortality in Mexico between 1979-2006]. *Salud Publica Mex* 2009; 51 Suppl 2: s208-19
15. Gomez-Dantes H, Lamadrid-Figueroa H, Cahuana-Hurtado L, et al. The burden of cancer in Mexico, 1990-2013. *Salud Publica Mex* 2016; 58(2): 118-31. doi: 0.21149/spm.v58i2.7780