



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Academia Nacional de Medicina de México

Acta de la Sesión “Extramuros”

Programa integral de prevención y control de cáncer

Ciudad de México a 20 de marzo del 2019

Bajo la coordinación del Dr. Abelardo Meneses García, Director del Instituto Nacional de Cancerología y como ponentes el Dr. Oscar Arrieta Rodríguez, Dra. Angélica Hernández, Dr. Alejandro Mohar Betancourt.

Dr. Abelardo Meneses García “Panorama general del cáncer en México”

A manera introductoria, refiere que en el mundo el Cáncer ocupa el 1er. lugar registrándose alrededor de 18 millones de casos nuevos, lo que ocasiona que hayan 9.6 millones de muertes por todos los tipos de cáncer existentes.

Explica que en América Latina y el Caribe presentan una incidencia de cáncer del 92% (poco más de 1 millón de casos nuevos por año).

Basándose en las estadísticas del INEGI, México ocupa el 3er. Lugar, en virtud de que, de cada 100 fallecimientos, 14 son por causa de cáncer, de igual manera se registran 191 mil casos nuevos de cáncer, con 84 mil muertes por los diferentes tipos de cáncer. Haciendo énfasis en que el principal problema de cáncer en México se deriva de la transición epidemiológica ya conocida en donde disminuyen y controlan las enfermedades agudas, respiratorias y digestivas, comenzando a predominar las enfermedades crónicas. Además de que existe una desarticulación del primer nivel de atención, carencia de medicamentos y un diagnóstico tardío, derivándose de ello una alta mortalidad, agregando la segmentación y fragmentación del sistema de salud.

Añade que los principales tumores malignos que afectan a la población mexicana son cáncer de mama, próstata, colon, tiroides, cérvix y pulmón.

En cuanto a los principales factores de riesgo detectados, son de importancia el consumo de tabaco (según estadísticas un 16.5% de la población son fumadores), dietas hipercalóricas que han condicionado que el 70% de la población tenga



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

sobrepeso, exposición a ciertos agentes infecciosos como son: virus del papiloma humano, hepatitis B y C, exposición a la luz ultravioleta y falta de actividad física.

Con respecto a lo anterior informa que se cuenta con un registro de cáncer en base poblacional desde el año 2017 como iniciativa de ley, por lo que a partir del año 2018 ya se recibió un presupuesto, reiterando que derivado de ello ya se está trabajando también sobre el Programa integral de prevención y control de cáncer.

Con respecto al presupuesto recibido, el sistema de salud en México tiene un presupuesto anual de 31,350 millones de dólares y se destina el 2% de su presupuesto de salud al año en cáncer, representando 11,200 millones anuales (622 millones de dólares).

Reitera que cuando se hace una distribución de los diferentes tipos de tumor en el país, se refleja que hubo un aumento en la tasa de mortalidad prematura de 2010 a 2016 en cáncer de mama, leucemia, de estómago y de colon, haciendo hincapié en este último en que es el tumor maligno que está comenzando a predominar en prácticamente todos los estados de la república.

Indica que la situación actual de cáncer infantil en México, 7 de cada 10 diagnósticos que se efectúan son en etapas avanzadas y que la supervivencia es del 50% a 3 años.

En cuanto a recursos de infraestructura en radioterapia se cuenta con una cobertura del 70%, comentando que Uruguay es el único país que tiene una cobertura similar con Europa y Asia ya que este tiene una cobertura promedio del 112%.

Dentro de las propuestas a realizarse es tener un Plan Nacional de Prevención y control de cáncer, desarrollar registros de cáncer en base poblacional, aumentar y eficientar los programas de prevención y de diagnóstico oportuna, incrementar el acceso a terapias innovadoras y de cuidados paliativos.

En cuanto a desafíos se requiere de implementar la materia de Oncología en las escuelas dedicadas a la salud, establecer un programa de sustento financiero en los servicios de cáncer, estandarizar la infraestructura y tecnología mínima para el diagnóstico y manejo de cáncer, así como fortalecer la investigación dirigida a la prevención y control de cáncer.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Por último, informó que los programas efectivos para disminuir la mortalidad por cáncer en México son: impuestos sobre el tabaco, vacunación contra hepatitis B, tamizaje para cáncer cervical, vacunación contra VPH, cirugía en lesiones tempranas de cáncer de mama y cérvix.

Dr. Oscar Arrieta Rodríguez “cáncer de pulmón en México y Latinoamérica”

De acuerdo con datos del GLOBOCAN el cáncer de pulmón es la 1ª causa de muerte en países como Japón, Corea del Sur, Canadá, EEUU, Francia, Alemania e Italia, entre otros y que con excepción de Perú, Colombia y Uzbekistán, el cáncer de pulmón es la 2ª causa de muerte.

Cáncer de pulmón / GLOBOCAN 2018

En el 2018 existieron más de 2 millones de casos de cáncer de pulmón, afectando a hombres en el 14.5% y el 8.4% a mujeres, ocasionando la muerte de alrededor de 1 millón 700 mil casos en el mundo, por lo que se determina que solo 18.4% de los pacientes logran sobrevivir.

En Latinoamérica existe una importante heterogeneidad en cuanto a la incidencia de cáncer de pulmón, ya que el 1er. lugar por incidencia por cada 100 mil habitantes está Uruguay, Argentina Brasil y Paraguay, informando que México se encuentra lejos con un 7.5% por cada 100mil habitantes, con una mortalidad que va del 6.7% correspondiendo al 85% de toda la mortalidad., esto puede deberse a diferentes factores, el principal de ellos y muy importante es la frecuencia de tabaquismo ya que en México es bajo con un 19.8%, sin dejar de ser preocupante, pero que comparado con otros países como: Chile o Cuba en donde el porcentaje de la población que fuma, es del 40%, puede ser la explicación a algunas diferencias en cuanto a la incidencia y mortalidad.

En México en la zona norte existe una mayor incidencia y posiblemente sea por la mayor frecuencia de tabaquismo y por la falta del diagnóstico en los pacientes en donde existe un subregistro, en virtud de que los pacientes fallecen con diagnósticos de neumonía o tuberculosis sin realizar un adecuado diagnóstico de cáncer de pulmón.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

A pesar de las medidas que se han tomado contra el tabaquismo, se espera que para el 2030 se dupliquen los casos de cáncer de pulmón y por supuesto una incidencia muy similar en cuanto a mortalidad. Esto se debe al incremento de cáncer de pulmón en los últimos años, de manera particular en las mujeres, en donde el incremento en alrededor de un 20%, informando que estos son datos del Instituto Nacional de Cancerología.

Es de llamar la atención, que los estadios tempranos se presentan en menor proporción, lo cual es grave ya que en estas etapas es curable. De los casos detectados el 76 % es en etapas avanzadas por lo que es urgente contar con un método de tamizaje o se reduzca la proporción de pacientes en etapas avanzadas, sin embargo, en México no existe en ningún programa por lo que esto es motivo de una sesión que se tendrá en la AMNN.

En cuanto a costos, es un problema muy grave no solamente en cuanto a la posibilidad de curación de los pacientes sino que los pacientes con estadios avanzados tiene un mayor costo de atención, en estadio 1 el costo en dólares es de doce mil dólares, mientras que un paciente con estadio avanzado el costo se multiplica por diez.

Existen avances muy significativos en el tratamiento del cáncer de pulmón, realizando actualmente terapia personalizada, detectando diferentes tipos de alteraciones genéticas y las diferentes mutaciones en los cuales se puede mejorar el pronóstico al paciente. Existen diferentes perfiles de mutaciones en Latinoamérica específicamente en Perú y México una alta frecuencia de EGFR es decir uno de cada 3 pacientes se encuentra con mutación y puede recibir un tratamiento tomado altamente efectivo.

En cuanto a los costos es mejor la utilización de una droga innovadora como un inhibidor desde el tratamiento biológico como gefitinib (inhibidor del factor epidérmico), que seguir con quimioterapias solamente, ya que se percibe que existe un incremento costo efectividad, llegando a la conclusión de que no solo es mejor menos tóxico sino que también es menos costoso, informando que esto está de acuerdo también a la prevalencia de las mutaciones del EGFR por lo que explica que a pesar de este estudio que tiene datos del IMSS se detecta que los pacientes aun no cuentan con medicamento con inhibidores de tirosina quinasa, ya que siguen siendo tratados con quimioterapia.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

En ninguna otra neoplasia ha cambiado tanto el tratamiento de cáncer de pulmón ya que en el 2018 se tuvieron 16 actualizaciones de las guías de tratamiento debido a que se encontró un nuevo blanco terapéutico, una nueva droga y además rompiendo record en detectar en dos años una mutación y a los tres años ya tener un tratamiento aprobado por la FDA para el tratamiento del cáncer de pulmón, sin embargo, aún se necesitan optimizar las biopsias y los tejidos debido a que es un problema muy grave que se tiene en el país ya que muchas veces no se realiza de manera adecuada una biopsia.

En cuanto a la importancia de desarrollar investigación independiente, refiere que esto servirá para: mejorar el pronóstico del paciente, obtención de recursos para el tratamiento oncológico, evaluar objetivamente los resultados y obtener resultados de la población. Es necesario obtener fondos y un registro del cáncer, informando que se cuenta con un programa especial para mujeres (incluidos algunos hombres) con cáncer de pulmón, buscando con ello mejorar la calidad de vida de los pacientes ya que con esto se logró una sobrevida del 74%.

Dra. Angélica Hernández Guerrero “Cáncer colorrectal”

El cáncer colorrectal ocupa entre el 3º y 4º lugar de las neoplasias en México, el cual va en crecimiento y como se ha comentado, la gran mayoría de los tumores se diagnóstica el 70% de las lesiones en una etapa avanzada, enfatizando que este tumor se conoce perfectamente en su carcinogénesis y el 80% de ellos se originan en un pólipo y el crecimiento de los mismos es entre 6 y 8 años lo cual permite tener la oportunidad de hacer un diagnóstico temprano, detectando una lesión incipiente y a través de endoscopia y polipectomía tener una curación o en los adenomas cerrados que tienen un comportamiento biológico más rápido y que hasta en 3 años pueden desarrollar un cáncer invasor debido a que hay una ventana que permite hacer una detección oportuna en ese tipo de lesiones.

En países como Estados Unidos, Canadá y en Europa cuentan con programas de prevención ya que su prevalencia de cáncer colorrectal es mucho más alta, en México no se cuenta con ningún programa hasta el momento, enfatizando que el objetivo claro de estos programas es el de detectar este tipo de lesiones premalignas, los adenomas o lesiones cerradas.

Es importante saber que esta prevención está dirigida a una población abierta en personas asintomáticas y que no tienen antecedentes de cáncer o lesiones



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

premalignas y que el objetivo claro del programa es que tenga un costo efectivo y un apego, así como el de asegurar el seguimiento apropiado y como parte importante el tratamiento, además de que mejore la calidad.

En cuanto a quien se debe de hacer tamizaje de cáncer colortectal (CCR), debe hacerse al grupo de “personas de riesgo promedio”, es decir, población abierta mayores de 50 años, que no tienen historial natural de adenomas o cáncer, que no tienen historia personal de enfermedad inflamatoria y que no cuentan con historia familiar de cáncer de colon-recto o adenomas avanzadas y con ello lograr el objetivo en cuanto a detectar lesiones tempranas que en este caso serían, adenomas avanzados que pueden tener el riesgo mayores de un centímetro, de tener neoplasias intraepiteliales y evolución al cáncer.

Las pruebas que se proponen son pruebas invasivas como colonoscopia, sigmoidoscopia flexible así como pruebas no invasivas que están basadas en la detección de sangre oculta en heces, en el pasado era la detección con “guayaco” y ahora la prueba que se propone a nivel internacional y nacional se refiere a la “prueba inmunológica fecal de detección de globina humana, que es una prueba muy específica ya que si sale positiva el paciente debe ir a una colonoscopia.

Esta prueba tiene una especificidad del 94% y a diferencia de la prueba con “guayaco” ésta no requiere una dieta, además de que ésta detecta principalmente los anticuerpos de globina humana y que en base a estas son las pruebas que se proponen a nivel internacional como pruebas de tamizaje, indicando que generalmente estas son las dos utilizadas en FIT como una prueba no invasiva, ya que es una prueba de escrutinio por así mencionarlo y posterior a esto como una colonoscopia cuando una prueba es positiva.

En el INCAN se cuenta con una clínica de detección de lesiones premalignas, misma que fue inaugurada en el 2017, comentando que los objetivos de esta clínica son:

- **Objetivo primario.** - Es el de aumentar la frecuencia de diagnóstico de cáncer en etapas incipientes.
- **Objetivos secundarios.** - Contar con una población cautiva, experiencia en técnicas de diagnóstico y tratamiento de lesiones incipientes, disminución en los costos del tratamiento, crear nuevas líneas de investigación y crear



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

líderes de opinión, además de hacer una unidad de modelo que pueda ser reproducida a nivel nacional con la participación de los diferentes médicos.

De igual manera en dicha unidad se inició con un programa de prevención en México cuyo objetivo es evaluar la frecuencia de cáncer colorrectal en el cribado en población con riesgo promedio con FIT, seguidas de colonoscopia y evaluar la frecuencia de lesiones premalignas (adenomas de bajo riesgo "ABR" Y adenomas de alto riesgo "AAR"). Cuentan con una meta de que más de 7 mil personas participen.

Los resultados que se obtuvieron de octubre del 2017 a enero 2019 son 890 pruebas entregadas con el 90% de devolución, 809 pruebas procesadas (14% de ellas positivas). Con respecto a las 96 colonoscopias realizadas en el 2017 el 55% en lesiones premalignas (48 premalignas y 105 adenocarcinomas), 36 fueron adenomas tubulares (lesiones premalignas tempranas), sin embargo 12 con lesiones avanzadas con neoplasia intraepitelial de alto grado, displasia y con carcinoma, refiere que estos fueron tratados con polipectomía mencionando que fueron curados.

El programa de prevención para CCR, es factible realizarlo, sin embargo, se tiene que protocolizar, así como medir sus resultados, cerrar el círculo de atención lográndolo con la detección de casos, la realización del diagnóstico, proponiendo el tratamiento y tener una vigilancia.

Dr. Alejandro Mohar Betancourt "Registro de cáncer de base poblacional"

Este programa empezó en el 2016 y se han ido incorporando a varias ciudades como Mérida, Guadalajara, Tijuana, Campeche, Acapulco y Toluca y por incorporarse La Paz, Hermosillo, León y como propuesta Monterrey.

Hoy en día si se incorporarán las ciudades señaladas, se tendrían 14 millones de personas monitoreadas a través de la red de registro de cáncer de base poblacional, lo que indica que esta red tendría una representatividad nacional.

Comenta que a la fecha se ha tenido una evolución en cuanto a quien es el responsable de cada registro en la llamada red de registro de base poblacional, en virtud de que se cuenta con una gerencia local y un supervisor médico,



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

mencionando que se ha ido variando entre médicos recolectores, desde, médicos pasantes, epidemiólogos, médicos generales, enfermeras especializadas, con el fin de establecer este vínculo en donde se tiene la fuente del registro, se realiza el convenio de colaboración y se identifican y validan los casos, lo que conlleva finalmente a que se incorpore en la base nacional de la red para su posterior análisis.

Muestra el formato final para el registro de casos de la RNRC, en el que se explica la captura de cada caso, en 5 secciones, como son: datos del paciente, estadísticas tumorales, el seguimiento del paciente y la elaboración del formato, añadiendo que este es el instrumento central unitario de cualquier registro de cáncer de base poblacional.

Comentando que lo que se ha desarrollado es un sistema de red cáncer MX, misma que está alojada en la nube, en donde se realiza la transferencia de datos en tiempo real, explicando que con ello se conserva la seguridad, así como la confiabilidad de la misma, también informa que tienen tres elementos con las siguientes responsabilidades:

Recolector. - encargado de recabar la información, tiene acceso a reportes propios, así como el acceso a aplicaciones móviles y web.

Supervisor. - debe revisar y validar las cédulas, resuelve dudas y cuenta con acceso vía aplicación web.

Gerente. - autoriza las cédulas, se encarga de los reportes generales de su localidad y cuenta con acceso vía aplicación web.

En cuanto a la calidad del registro de cáncer de base poblacional, menciona que lo que ha dilatado la evolución de este registro, son las validaciones, debido a las agencias que validan la información y que por ello se tienen variables en: el género, la edad, la topografía, la lateralidad, la morfología, el comportamiento, la base de diagnóstico y eventualmente se tiene que validar esta información con las fechas, indicando que a la vez cada uno tendría que tener la morfología, ya que si es un hombre simplemente no puede ser la topografía de ovario y si es una mujer no tendría que ser cáncer de testículo y de ahí que esta serie de validaciones internacionales nos han permitido mantener la calidad de este registro.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Concluye diciendo que no puede opera un registro de cáncer de base poblacional si no se cuenta con un manual específico, añade que ya se han estado manejando las diferentes redes sociales, reitera que todos los que han financiado este registro entre ellos el mismo congreso y senado (asignó 35 millones) quieren ver ya los resultados. Finalmente comenta, que ha sido una labor de convencimiento de trabajo a largo plazo para la creación de la red de registros de cáncer de base poblacional.

La **Dra. Teresita Corona Vázquez**, agradece la presencia del Dr. Abelardo Meneses García y los ponentes Dr. Oscar Arrieta Rodríguez, Dra. Angélica Hernández, Dr. Alejandro Mohar, e invita a la próxima sesión del miércoles 27 de marzo en la Academia Nacional de Medicina, con el tema **“Estado actual y perspectivas de la imagen molecular PET en México”**

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante.
Secretaria Adjunta

Para visualizar la sesión completa con su discusión favor de acceder al sitio www.anmm.org.mx