



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Germán E. Fajardo Dolci

Secretaria General

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Vicepresidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Tesorerera

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Secretario Adjunto

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

Sesión conjunta con la Sociedad Mexicana de Oncología.
Control de Cáncer Abordaje desde la Salud Pública

Siendo las 17:00 horas del día 30 de agosto de 2023 se dar iniciada la Sesión correspondiente en las instalaciones de la Academia Nacional de Medicina.

En el Presídium: El Presidente Dr. German Fajardo Dolci; Secretario Adjunto Dr. Enrique Graue Hernández; Dr. Oscar Arrieta Rodríguez Director General del Instituto Nacional de Cancerología y Coordinador de esta sesión y el Dr. Fernando Aldaco Sarvide presidente de la Sociedad Mexicana de Oncología

El Dr. Fajardo Dolci da la bienvenida a los asistentes y concede la palabra al Dr. Arrieta quien presenta a los participantes y da la palabra al Dr. Fernando Aldaco con el tema Epidemiología del Cáncer en México (Magnitud del problema). Entre el 2015 y el 2019 la estadística de mortalidad en México por el cáncer ese muestra más o menos estable (4.5%), pero en el 2020-2021 hay un aumento considerable casi del 43% en la mortalidad relacionado a la Pandemia de COVID. La mortalidad por cáncer en México se presenta en mayor porcentaje en cáncer de próstata, de mama, colorrectal, hígado, pulmón estómago, páncreas (datos del INEGI). Seguramente las neoplasias en tubo digestivo se convertirán en la primera causa de muerte sobre todo la colorrectal y la de hígado. Los estados de la República que tienen mayor tasa de mortalidad son Ciudad de México, Sonora, Colima, Chihuahua, Veracruz, Morelos, Jalisco, Nayarit, Coahuila, Zacatecas y Baja California Sur. Por Instituciones (2019) la mortalidad en el IMSS y en el ISSSTE es muy similar (mama, colorrectal, pulmón, próstata, hígado). En el 2021-2022 hay una reducción de la mortalidad por cáncer. La mortalidad por cáncer de pulmón ha variado, ha aumentado el porcentaje en mujeres, pero ha disminuido en varones. El cáncer cervicouterino también ha disminuido la tasa de incidencia gracias a la detección temprana y a la vacuna. El cáncer colorrectal ha aumentado la tasa de incidencia y será importante implementar las medidas necesarias para que no se convierta en un problema en las siguientes décadas. En cuanto a los estados con mayor tasa de mortalidad por tipo de cáncer podemos observar que los casos de cáncer de pulmón son más frecuentes en el norte del país a excepción del estado de Durango; el cáncer de próstata se presenta en una franja que surca todo el Pacífico mexicano; si pensamos en hígado y vías biliares lo localizamos en todo el Golfo de México y en cuanto a cáncer de estómago tenemos a Sonora, y el sureste mexicano. Con esta información sería importante maximizar los recursos con los que cuentan las diferentes entidades. Por último, presenta un trabajo realizado con los residentes del hospital en el que se pensaba que la mortalidad más alta se encontraría en las zonas de población de bajos recursos por la falta de acceso a la Salud. Se tomaron los 33 municipios más desarrollados de México (personas con recursos económicos) y luego tomamos los municipios menos desarrollados (CENEVAL), excluyendo el cáncer de estómago que es más frecuente en municipios menos desarrollados la mortalidad es más alta en más municipios más desarrollados. Habrá que investigar las causas de estas diferencias. Conclusiones son: El cáncer incluye a un grupo de enfermedades de comportamiento diferente; El cáncer es un problema de salud pública; estamos en una transición epidemiológica del cáncer; el análisis de la dinámica epidemiológica del cáncer es compleja y requiere de abordaje por tipo de cáncer, área geográfica y sistema de salud y la Pandemia de COVID 19 dificultará la evaluación de la información del cáncer en los próximos años.

A continuación la Dra. Yelda Leal con el tema Necesidad del Registro Nacional del Cáncer. Tenemos 3 tipos de registros de cáncer reconocidos: registro histopatológico información de uno o varios laboratorios, útil con fines administrativos y cuya vigilancia ha sido basada en laboratorios; el registro hospitalario: información de uno o varios hospitales; útil con fines administrativos; basado en la población que atiende el hospital y el registro poblacional con información de múltiples fuentes, útil para acciones de prevención y control. En nuestro país la historia de los registros inicio en 1975 como una red de registros de base patológica que llevó el INCAN y este registro fue útil y se llevó hasta 1982 cuando se genera la red de registros hospitalarios que lleva la SSA y el Instituto de Cancerología. A partir de esta iniciativa el IMSS lleva el Registro Nacional de Cáncer. Para el año 2016 un grupo de investigadores en Mérida trataron de implementar el registro de base poblacional en el país haciendo una colección de 2015 en adelante. Para 2020 este registro se consolida; en el 2018 se construye un centro de capacitación y registro de cáncer en Mérida y que actualmente también tiene sede en CDMX. Entre 2019 y 2020 se genera la red de registros poblacionales y es a partir de 2022 cuando se inicia la nueva gestión con el Dr. Arrieta



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Germán E. Fajardo Dolci

Secretaria General

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Vicepresidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Tesorera

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Secretario Adjunto

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

y se empieza tomando como base el registro de población de la Ciudad de Mérida y a partir de ahí ha continuado.

Se hace una colección activa y pasiva de casos tanto en el sector público como privado. En este registro se tienen datos del paciente, datos del tumor, datos del sitio donde se hace este diagnóstico y datos de seguimiento pasivo para estimar las muertes por cáncer. En 2022 en Mérida cerró la colección de datos con 114 sitios de colección activa y pasiva. Se colectó información en el IMSS e ISSSTE, en la Cruz Roja, en la Secretaría de Salud Federal y Estatal y en la parte privada. El proceso de colección de estos casos está marcado es búsqueda, identificación, colección, codificación y captura. Según los resultados en la Ciudad de Mérida el principal proveedor de casos de cáncer es el IMSS; las neoplasias de aparato digestivo son las de mayor porcentaje, seguidas por el cáncer de mama y de aparato reproductor femenino y masculino y otro grupo importante son las neoplasias hematopoyéticas. Los resultados que tuvo este registro de base poblacional en Mérida motivó a las autoridades a hacer una modificación a la Ley de Salud y actualmente se contempla la única guía para contemplar la carga de cáncer en el país a través de los registros de base poblacional. A nivel mundial la OMS en la Bienal 2015-2017 Mérida estaba haciendo el ejercicio de la recolección de casos del registro poblacional. Con la gestión del Dr. Arrieta se ha planteado la posibilidad de reactivar esta base de registro poblacional en el país y se ha escrito un proyecto llamado Programa Multiinstitucional de Investigación y desarrollo para el registro y prevención del cáncer que ya fue registrado en el Comité de Investigación del IMSS que tiene 4 ejes importantes: implementar y consolidar la red de registros poblacionales de cáncer en regiones del norte, centro y sur del país; vincular la red a una geo plataforma de cancerígenos ambientales; evaluar los determinantes sociales, en regiones estratégicas del país y mitigar a largo plazo la incidencia con una cobertura aproximada de 22.6 millones de habitantes y un alcance nacional de aproximadamente el 10 %. La colección de datos se hace con esfuerzo y colaboración sectorial. Esto es un esfuerzo que se ha hecho en el país para hacer acciones conjuntas que prevengan el cáncer en el país

La siguiente ponencia Necesidades de mejorar infraestructura: Radioterapia y PET CT por el Dr. Federico Maldonado. La Radioterapia es un abordaje terapéutico local o loco-regional estándar de tratamiento en muchas enfermedades para la paliación de dolor otros síntomas. En cáncer localizado en su sitio de origen es posible la cura con radioterapia, en cáncer localmente avanzado es fundamental y en cáncer metastásico tiene un rol central en el manejo de complicaciones y calidad de vida. El tratamiento efectivo contra el cáncer es multidisciplinario y debe llevar radioterapia. Aproximadamente el 60% de los pacientes con cáncer de recién diagnóstico requerirá radioterapia como parte del tratamiento inicial. Es un tratamiento que cada vez tiene más demanda. El PET CT ofrece información certera para la toma de decisiones, es el estudio más completo para la evaluación integral del paciente oncológico. En el país hacia el norte es donde se dispone de más aparatos de radioterapia lo que no es así hacia los estados del sur de la República. En Tlaxcala existen 500 pacientes al año que requieren radioterapia y no se cuenta con la infraestructura necesaria para su atención. Algunos pacientes son referidos al IMSDS de Puebla. En el contexto mundial la CDMX es la única de toda la República Mexicana que cumple con la posibilidad de dar atención de radioterapia adecuada. En México solo se hacen 400 PET. Es una dura realidad que México requiere de más tecnología. Otro talón de Aquiles es la falta de médicos especializados en Radio Oncología, Medicina Nuclear y Físicos en Medicina. Hasta la fecha se han certificado solo a 516 radio-oncólogos y los especialistas formados no tienen fuentes de trabajo. Físicos Médicos es una maestría que inició en 1997 en la UNAM y actualmente es ofrecida solo en universidades: UNAM, IPN, UAM y en 4 sedes hospitalarias: Nutrición, ABC, Médica Sur e INCaN. El Físico Médico es pilar fundamental en el correcto funcionamiento de un departamento de Medicina Nuclear y de Radio Oncología. Toda esta problemática tiene como consecuencias el desplazamiento del paciente para realizar los tratamientos con radio terapia lo que implica un aumento en los costos, interrupción de su actividad laboral y retraso en la atención y dificultad en el seguimiento.

También tiene un impacto en la economía individual y regional. Actualmente la infraestructura en Radio terapia y PET CT es insuficiente a nivel nacional, el cáncer continúa en aumento su incidencia, la edad es el factor no modificable más asociado al cáncer, por lo que podemos asegurar que la situación será crítica en la próxima década.

La Dra. Laura Torrecillas nos habla de la necesidad de Protocolos a nivel nacional de diagnóstico y tratamiento de cáncer. El Consejo de Salubridad General es la entidad con funciones normativas, consultivas y ejecutivas. Las disposiciones que emita serán de carácter obligatorio y general en el país. El cáncer está calificado en la OMS



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Germán E. Fajardo Dolci

Secretaria General

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Vicepresidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Tesorera

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Secretario Adjunto

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

como una enfermedad catastrófica. Estas enfermedades tienen tratamientos que involucran un costo directo mayor al 40% de ingreso del hogar, requieren procedimientos complejos tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Pueden ser crónicas. En el diario oficial de la (2004) se publicó que era obligación del Gobierno Federal brindar protección financiera en materia de salud a toda la población y se definen los gastos catastróficos como los que se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados definidos por el Consejo de Salubridad General que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación. El Consejo actualizará periódicamente las categorías relativas a gastos catastróficos. En marzo del 2017 se publicó un Reglamento para definir los tratamientos médicos asociados a enfermedades catastróficas y en el cual también se definen los tratamientos, los medicamentos y procedimientos destinados al manejo de un determinado tumor. La comisión asignada para esto debe reunirse dos veces al año para actualizar la información relevante. En este caso establecer los tipos de cáncer, considerados como entidades que originan Gastos Catastróficos; establecer guías de prevención, diagnóstico y tratamiento según Protocolos técnicos nacionales e internacionales. Se apoyan en Comités técnicos de expertos y se basan en el Cuadro básico y catálogo de insumos del Sector Salud. 2 veces al año se reúne la Comisión pero pueden tener reuniones extraordinarias si se amerita. Los Comités Técnicos están conformados por especialistas de todas las entidades y en las omisiones también hay representantes de las instituciones 3 por cada una de ellas, 1 integrante del Seguro Social, del ISSSTE, de Pemex, Marina, de Defensa Nacional, de la UNAM, del Instituto Nacional Politécnico y también de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía. Las entidades de Salud, Consejo de Salubridad o Comisión para atención de enfermedades de gastos catastróficos, pueden presentar una propuesta de actualización de Categorías para integrar la lista de enfermedades de gastos catastróficos. Es obligación por Ley homologar el contenido de las guías de Práctica clínica o equivalentes con los Protocolos de Atención Médica que emita el Consejo de Salud General. Se publicó la relación única de Protocolos Técnicos en los que se contienen los tratamientos. Los protocolos técnicos de cáncer son: Cáncer de mama actualizado a noviembre 22; Cáncer de pulmón noviembre 2020; Cáncer de Próstata en 2011 también clasificados cáncer cervicouterino y endometrio; tumores infantiles; Cáncer de colon; linfomas; melanoma tiroideas, páncreas, nasofaringe, orofaringe, esófago, estómago, ovario. SNC, Testículo. En relación a los protocolos técnicos de Cáncer es necesario armonizar el mejor manejo de cáncer, optimizar recursos técnicos y económicos nacionales, adaptar a nuestra realidad económica y de desarrollo en salud, garantizar el manejo estandarizado nacional, permitir el acceso universal del tratamiento en las instituciones

Por ultimo el Dr. Oscar Arrieta Rodríguez con el tema Agenda de un plan para control de cáncer en México. La incidencia de Cáncer y la Mortalidad se están incrementando particularmente en países en vías de desarrollo como México. Requerimos de datos de registro poblacional que se están trabajando en conjunto con el IMSS. Hay algunas neoplasias como hígado, pulmón y estómago en las que no estamos logrando una curación de los pacientes por lo que necesitamos el desarrollo de un plan de control para mejorar el pronóstico de la enfermedad y sobrevivencia de los pacientes; disminuir los costos asociados al tratamiento y reducir la disparidad socio-económica en la atención de cáncer en la población mexicana. Hay diferentes puntos como diagnóstico, tratamiento, priorización de atención, recursos humanos e investigación. Los objetivos generales son: integrar el registro nacional de cáncer, reducir la prevalencia e incidencia de factores de riesgo, incrementar el acceso a herramientas y estrategias de prevención a través de la detección temprana, mejorar los sistemas de referencia oportuna en los tres niveles e incentivar el acceso al diagnóstico molecular. La estructura de la propuesta: Registro de cáncer, Prevención, Detección temprana, diagnóstico temprano, tamizaje, Referencia oportuna, Genotipificación, Recursos humanos, radioterapia, Acceso a medicamentos oncológicos de interés en Salud Pública, Protocolos de tratamiento, cuidados Paliativos, Trasplante de células Progenitoras hematopoyéticas Reproducción, Cáncer en el embarazo, Oncopediatría, Respuesta a COVID e Investigación en cáncer. Se requiere una respuesta institucional ya que el Sistema de Salud en México tiene una fragmentación estructural y organizacional que se traduce en una atención desigual y en una diferenciación de las funciones sanitarias básicas. Ya se está trabajando con 10 ciudades para tener el Registro Poblacional de Cáncer, en cuanto a prevención fortalecer las clínicas de tabaquismo. De los puntos más importantes son los diagnósticos tempranos y el tamizaje ya que esto tiene que ver con el retraso en el inicio de tratamiento lo que lleva a la progresión de estadios clínicos más avanzados y bajas tasas de supervivencia, así como posibilidades reducidas de recuperación y disminución de la calidad y esperanza de vida de los pacientes además de un incremento en los costos de atención. Los retrasos en la atención médica aumentan la probabilidad de mortalidad. Se propone un centro de diagnóstico de referencia



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Germán E. Fajardo Dolci

Secretaria General

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Vicepresidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Tesorera

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Secretario Adjunto

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

temprana con un código cáncer en el que los pacientes que tengan una sospecha con una mastografía de diferentes centros de salud o privados puedan ser referidos in mediatamente a un centro de diagnóstico donde se realice una biopsia coordinada con patología y que pase a Trabajo Social donde pueda tener una consulta a los Centros de Tercer Nivel para iniciar el tratamiento Tener de 4 a 6 semanas como intervalo para tener una atención eficiente en los primeros estadios de la enfermedad, lo que también baja los costos de atención y tratamiento. No contamos con un centro de genotipificación público por lo que estamos a merced de las farmacéuticas para tener marcadores y medicinas adecuadas y requerimos una mejor distribución de las mismas. Así mismo la homogenización y equidad de los protocolos de tratamientos. Actualmente faltan protocolos a nivel institucional para genotipificación de los tumores de pacientes con cáncer, en radioterapia tener mejores equipos para esto hacer un censo de donde tenemos equipos y que requieren, necesitamos una legislación robusta en cuestión de cuidados paliativos y garantizarlos a todos los pacientes y contar con los medicamentos. Hay también una gran necesidad de trasplantes de médula ósea y en muchas partes de la República no se cuenta con los lugares adecuados para realizarlas. También necesitamos uno o dos centros para cuestiones de fertilidad donde podamos conservar los ovocitos y por último la investigación en cáncer que requiere un gran impulso que nos lleve a la prevención y mejores tratamientos que aumentes la esperanza de vida

Una vez presentadas las exposiciones se procedió a la Sesión de Preguntas y Comentarios