



PREVENIR
EL CÁNCER
CERVICOUTERINO

E

El cáncer del cuello de la matriz o cáncer cervicouterino (CaCu) es un problema de salud mundial. Es la causa más común de cáncer en el sexo femenino y la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres.

El CaCu es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y se manifiesta a través de lesiones intraepiteliales de bajo y de alto grado, su avance es lento y progresivo hacia cáncer invasor (cuando traspasa la membrana basal).

Las enfermedades que causa el virus del papiloma humano (VPH) son, entre otras, el cáncer cervicouterino, el cáncer vaginal, vulvar, cáncer de pene y anal; un subgrupo de cánceres de cabeza y cuello, así como las verrugas genitales. La mayoría de los casos de cáncer cervicouterino se diagnostican en mujeres mayores de 40 años, de acuerdo con la OMS.¹

Estas patologías constituyen un problema de salud pública mundial y la OMS recomienda incluir la vacunación sistemática contra el VPH en los programas nacionales de vacunación, siempre que la prevención del cáncer cervicouterino y/o de otras enfermedades relacionadas con el VPH sea una prioridad de salud pública; la introducción de la vacuna sea viable en términos programáticos; sea posible garan-

tizar la financiación sostenible, y se tome en cuenta la costo-eficacia de las estrategias de vacunación en el país o región.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

En 2008 se registraron 530,000 casos de cáncer cervicouterino (incidencia de 15.8 por 100,000 mujeres) y 275,000 muertes (8.2 por 100,000 mujeres) a nivel mundial; sin embargo, más del 85% de la carga de la enfermedad se produce en países en vías de desarrollo.

En Latinoamérica se registraron 47,881 casos (24.6 por 100,000 mujeres) y 21,836 muertes (11.2 por 100,000 mujeres).^{1,2} La tasa de incidencia del CaCu varía entre uno y 50 casos, por cada 100,000 mujeres; las tasas más altas se registran en América Latina, el Caribe, África subsahariana, Melanesia, Asia centro meridional y en el Sudeste asiático.

En México, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2011, las principales causas de muerte por tumores malignos en mujeres de 20 años y más fueron cáncer de mama (13.8%), cervicouterino (10.4%) y de estómago (7%). Hasta 2005, el CaCu era la causa número uno de muerte por cáncer en nuestro país, posteriormente fue el de mama, sin embargo, en 13 estados de la

LOS AUTORES

Alejandro Rubio Valdés
Director de Sistema Integral de Salud

Asiselo Villagómez Ortiz
Responsable de Salud y Bienestar
Corporativo

En 2011 se consolidó la fusión de Banorte e Ixe. Sus áreas de especialidad son Banca Comercial, Banca Mayorista, desarrollo en Estados Unidos, ahorro y previsión, y operadora de fondos (casa de bolsa). Cuenta con 1,285 sucursales, 6,721 cajeros, 4128 corresponsalías y 14 Centros PyME. Tiene presencia en México y Estados Unidos. En 2011 fue nombrado por The Banker como el Mejor Banco del Año en México, y en 2010 Market Probe lo denominó Mexico Winner of Customer Advocacy Awards.





20 años promedio es el tiempo entre la infección por VPH y la aparición de CaCu.

Fuente: OMS.

República Mexicana sigue siendo la primera causa. Tras cinco años, el porcentaje supervivencia para mujeres con carcinoma in situ es prácticamente del 100%. Sin embargo, si la enfermedad es invasiva, la eficacia del tratamiento disminuye: la supervivencia a cinco años es de 95% para el estadio IA, 80-90% para IB, 75% para estadio II y menos de 50% para estadio III o superior, por lo que la detección precoz e inicio temprano del tratamiento es fundamental.

FACTORES DE RIESGO

La infección por el VPH es el principal factor de riesgo para desarrollar el CaCu,⁵ se sabe que hasta el 70% de los casos de cáncer cervicouterino son producidos por los tipos 16 y 18 del virus del papiloma humano y alrededor del 90% de las verrugas anogenitales son causadas por los tipos 6 y 11. Otros factores de riesgo para el CaCu son infecciones vaginales repetidas, tabaquismo (aumenta en dos veces el riesgo), más de dos parejas sexuales, el

inicio de actividad sexual a edad temprana, no usar preservativo, tener una pareja sexual que ha tenido múltiples compañeros sexuales, enfermedades que producen inmunodeficiencia y antecedentes de familiares en línea directa que padecieron CaCu, entre los factores de riesgo más frecuentes.

Estudios realizados en Estados Unidos demuestran que a los 12 meses de iniciar el contacto con una nueva pareja sexual o de realizar el primer coito, hasta el 20-30% de las jóvenes universitarias se infecta con el VPH, porcentaje que puede alcanzar el 50% a los tres años de llevar una vida sexual activa.^{3,4} Se calcula un riesgo de 15% por cada pareja sexual.

En un estudio acerca del VPH, que reunió a más de 20,000 mujeres con una edad promedio de 20 años (el 94% había tenido relaciones sexuales), se encontró que el 71% de ellas no habían estado expuestas a los VPH tipos 6, 11, 16 y 18, y se concluyó que también se beneficiarían de la vacunación,⁵ ésta es la razón por la cual se vacunan también mujeres que han tenido vida sexual activa.

La mayoría de las infecciones por el VPH son transitorias y alrededor del 70% se autolimitan de manera espontánea y hasta 90% pueden durar dos años, el resto puede tener cronicidad y evolucionar a lesiones precancerosas, que pueden revertir o bien evolucionar a lesiones cancerosas, lo que puede tardar algunos años e incluso pueden ser hasta 20 después de la infección inicial.^{6,7}

PREVENCIÓN

Los programas de vacunación dirigidos a las preadolescentes —en el margen de 10 a 13 años, aproximadamente— han mostrado que reducirán considerablemente la incidencia de cáncer cervicouterino asociado a los tipos de VPH presentes en la vacuna, a condición de que la cobertura sea alta (>70% de las mujeres vacunadas) y de que la protección conferida se prolongue durante 10 años o más.

También se producirá una disminución considerable de los cánceres de vagina, de vulva, de ano y de cabeza y cuello, asociados a VPH 16 y VPH 18.

Dependiendo de los supuestos asumidos respecto

65%

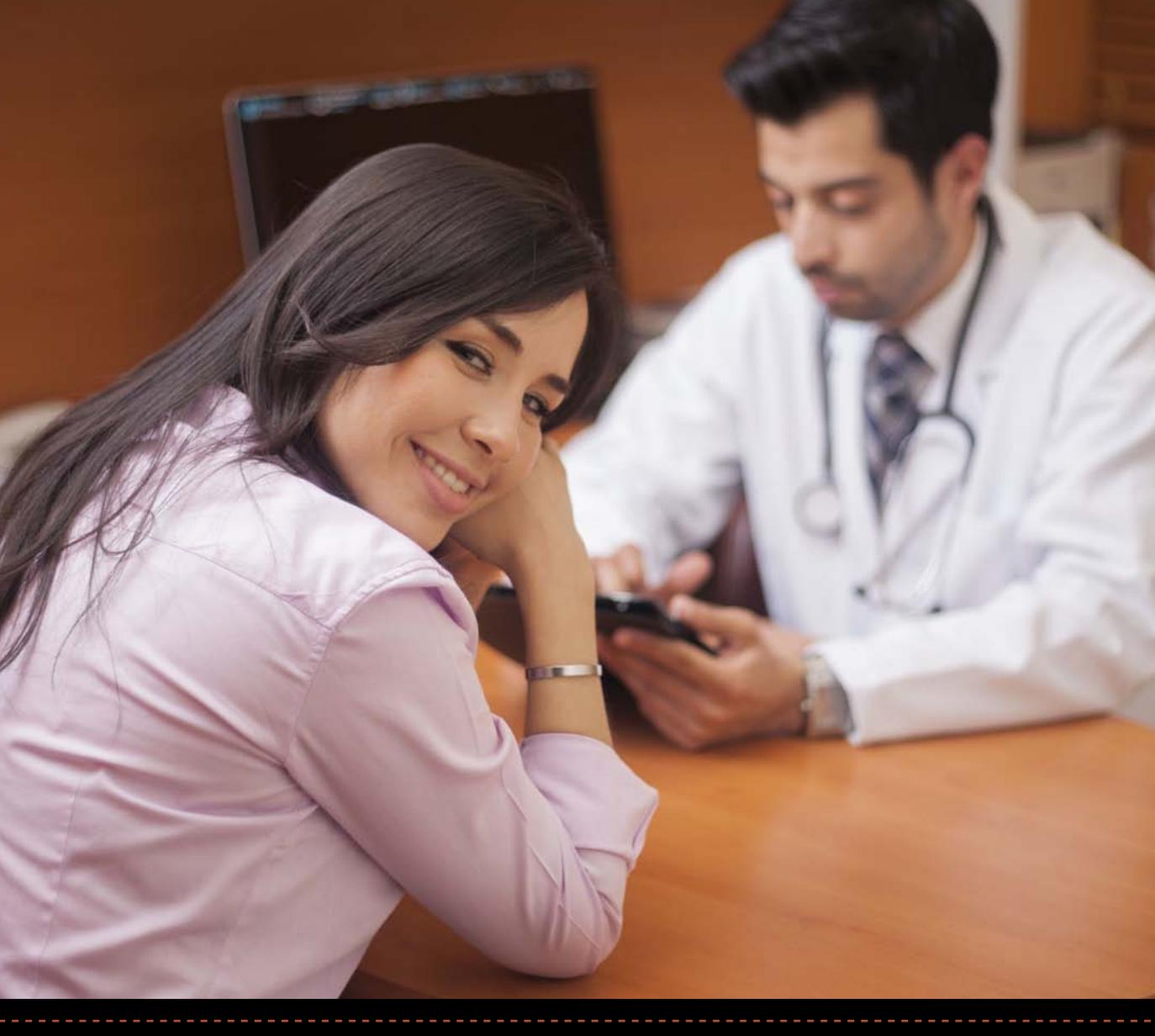
fue la prevalencia de VPH en un grupo de hombres mexicanos.

Fuente: Giuliano AR, Int J Cancer 2009.

a la vacunación y los programas de tamizaje, la vacunación podría reducir el riesgo de cáncer cervicouterino a lo largo de la vida en un 35% a 80%.² Se sabe que en los países con programas bien organizados para detectar y tratar las lesiones precancerosas y el cáncer cervicouterino en estadio temprano, es posible prevenir hasta el 80% de los casos. Lo que además de salvar vidas puede reducir el costo de la atención; de acuerdo a un estudio reciente del IMSS, el costo de la atención de CaCu en el primer año para un derechohabiente fue de \$91,000,00 y para un beneficiario de \$63,140.00.⁸

PROGRAMA DE VACUNACIÓN BANORTE

Debido a que el cáncer cervicouterino es un problema de salud prioritario por su alta incidencia, pero además porque es altamente prevenible y con el propósito de complementar la cartilla de vacunación existente en el Sistema Integral de Salud de Banorte-Ixe, decidimos implementar, a partir de 2012, el programa de vacunación contra el VPH en trabajadores y familiares. En total, logramos la participación de 7,256 derechohabientes mujeres, de las cuales el 72% completaron en su totalidad el esquema, es decir 5,248 mujeres recibieron sus tres dosis. Con ello, esperamos una reducción de hasta 78% del CaCu por virus 16 y 18 en la población derechohabiente de Banorte, además complementado con las campañas de detección temprana,



recomendaciones sobre salud sexual, así como manejo de las lesiones que se detecten de acuerdo a su etapa de evolución.

Por el momento no se sabe cuánto tiempo dura la protección de las vacunas contra el VPH, pero se conocerá con el tiempo de acuerdo a la evolución de los estudios en marcha.

REFERENCIAS

1. http://www.aepcc.org/download/documentos/2-WHO_Report_HPVSpanish.pdf
2. Ferlay J, et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer* 2010; 127(12):2893-2917.
3. Schiffman MH, et al. Epidemiologic evidence showing that human papillomavirus infection causes most cervical intraepithelial neoplasia. *J Natl Cancer Inst.* 1993;85(12):958-64.
4. Wright TC, et al. HPV vaccine introduction in industrialized countries. *Vaccine.* 2006;24S3:S3/122-S3/131.
5. Winer RL, et al. Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students. *Am J Epidemiol.* 2003;157:218-26.
6. Ho YF, et al. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med.* 1998;338:423-428.
7. Trottier H, Franco EL. The epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Vaccine.*2006;30;24 Suppl 1:S1-S15.
8. Sánchez-Román FR et al. Costos de atención por cáncer cervicouterino. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2012; 50 (1): 99-106.