

Revista

LÍDERES MÉDICOS

Enero • Febrero 2018

CUMBRE MUNDIAL DE
LÍDERES CONTRA EL CÁNCER
MÉXICO 2017



World Cancer Leaders' Summit



mammaprint®

55% DE LAS QUIMIOTERAPIAS APLICADAS EN CÁNCER DE MAMA EN ETAPAS TEMPRANAS SON INNECESARIAS

La **primera** prueba genómica para cáncer de mama **autorizada** en el cuadro básico del **sector público**.

- Incluida en las guías clínicas de **ASCO 2017**.
- Incluida en las guías clínicas del Congreso Internacional de **St. Gallen 2017**.
- Incluida en las **Clínicas Oncológicas de Iberoamérica**.
- **MINDACT** estudio randomizado fase 3 que otorga a Mammaprint el nivel de evidencia clínica 1A.

Mammaprint® es la única prueba de perfil de expresión genómica autorizada por la FDA para evaluar el riesgo individual de recurrencia o metástasis en pacientes diagnosticados con cáncer de mama en estadios I y II.

Criterio clínico

Diagnostico cáncer de mama

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------|
| ● Estadio o etapa I - IIB | ● Receptores ER +/- PR +/- Her2 +/- |
| ● Ganglios Hasta 3+ | ● Tamaño < 5cm |



Tipo de muestra
Muestras de tejido
Parafina

Tiempo de resultado
10 a 15 Días



| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Número de genes | 70 |
| Número de genes control | 465 |
| FDA 510 (k) aprobado para mujeres de todas las edades | SI |
| FDA 510 (k) aprobado para ER positivo y negativo | SI |
| Resultados independientes de la terapia endocrina (tamoxifen o AI) cumplimiento del tratamiento durante 5 años | ✓ |
| Prueba estable para pacientes con síndrome metabólico (Obesidad, diabetes, HTN) | SI |
| Clasificación definitiva de alto y bajo riesgo | ✓ |
| Ampliamente reembolsado en EUA y el mundo | ✓ |
| Prueba disponible para hacer subtipos moleculares. | ✓ |
| Desarrollado de manera independiente de los factores clínico patológicos | SI |

<http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2017.74.0472>

<https://www.asco.org/about-asco/press-center/news-releases/mammaprint-test-addressed-asco-breast-cancer-guideline-update>

MINDACT 70 - Gene Signature as an Aid to Treatment Decisions in Early - Stage Cancer. The New England Journal of Medicine, N Engl J Med 2016.

“LA RESPUESTA ESTÁ EN LOS GENES”

Eporatio[®]
eritropoyetina theta

Para el tratamiento de la anemia
sintomática en pacientes adultos
con cáncer, tratados con quimioterapia.^{1,2}

Molécula innovadora
producida con tecnología
de **ADN recombinante**.^{3,4}



Alto porcentaje de respuesta: Incrementa
la Hb ≥ 2 g/dL sin transfusión en 7 de cada
10 pacientes.⁵



Por su dosis baja es seguro, tiene un **margen
terapéutico muy amplio y no presenta
acumulación**.³⁻⁵

DOSIS INICIAL BAJA Y EFECTIVA
de 20,000 UI una vez por semana.
Independiente al peso.⁵



TEVA

Referencias: 1. Forbes CA, et al. Dose Efficiency of Erythropoiesis-Stimulating Agents for the Treatment of Patients With Chemotherapy-Induced Anemia: A Systematic Review. *Clin Ther* 2014;36(4):594-610. 2. Dicato M, Plawny L, Diederich M. Anemia in cancer. *Ann Oncol* 2010;21 Suppl 7:vii167-72. 3. Eporatio® Información Para Prescribir, Reg. No. 395M2016 SSA IV. 4. Eporatio® Ficha técnica o resumen de las características del producto. 5. Tjulandín SA, et al. Epoetin Theta in Anaemic Cancer Patients Receiving Platinum-Based Chemotherapy: A Randomised Controlled Trial. *Arch Drug Inf.* 2010;3(3):45-53.

Material para uso exclusivo del profesional de la salud.

Eporatio Reg. No. 395M2016 SSA IV. Clave de Veeva: EPOR-MX-00019. Número de Aviso de Cofepris: 17330020206217

CUMBRE MUNDIAL DE LÍDERES CONTRA EL CÁNCER

Ciudad de México, noviembre de 2017.



World Cancer
Leaders' Summit
México City



EDITORIAL

El 14 de noviembre pasado, más de 300 personalidades de 60 países, se reunieron en la Cumbre Mundial de Líderes Contra el Cáncer en la Ciudad de México, la cual se realizó por primera vez en Latinoamérica. Organizado por la Secretaría de Salud de nuestro país y el Instituto Nacional de Cancerología (INCan), el evento fue inaugurado por la Presidenta de la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), Sanchia Aranda.

Entre los diversos asistentes altamente distinguidos, podemos mencionar al Presidente Enrique Peña Nieto; Angélica Rivera de Peña, Primera Dama de México; Presidente de Uruguay, Tabaré Vázquez; Su Majestad la Reina Letizia de España; Gabriela Michetti, Vicepresidenta de Argentina; Kim Simplis Barrow, Primera Dama de Belice; la Princesa de Jordania, Dina Mired, quien además es Presidenta Electa de la UICC; el doctor José Narro Robles, Secretario de Salud Nacional; doctor Tezer Kutluk, Expresidente de la UICC; doctor Miguel Ángel Mancera, Jefe de Gobierno de la Ciudad de México; entre otras destacadas personalidades.

Asistieron, además, ministros de salud, junto con notables líderes mundiales, así como alcaldes de numerosas ciudades. El tema de la Cumbre "Ciudades liderando el cambio", fue la oportunidad para mostrar ejemplos inspiradores de cómo las ciudades pueden liderar la búsqueda de soluciones sostenibles, a fin de mejorar el acceso al tratamiento y la atención del cáncer en sus países.

Las discusiones dentro del magno evento resultaron dinámicas y optimistas, centrándose en cómo los países y ciudades de todo el mundo pueden responder a la resolución del cáncer, acelerando el impacto sobre el control de esta enfermedad, y de esa forma lograr avances significativos para alcanzar el objetivo mundial de una reducción del 25 por ciento de la mortalidad prematura por cáncer para el 2025.

Por todo lo dicho antes, el Instituto Nacional de Cancerología, se llenó de orgullo al auspiciar uno de los eventos más importantes del cáncer a nivel mundial. Asimismo, el INCan se posicionó como punta de lanza de Latinoamérica, al recibir la World Cancer Leaders' Summit Mexico City - Cumbre Mundial de Líderes Contra el Cáncer, por primera vez en la región latinoamericana.

La presente publicación conmemorativa, editada por la *Revista Líderes Médicos*, muestra la visión de nuestros líderes nacionales en torno a este magno evento internacional y al panorama del cáncer en nuestro país. Esperamos que las siguientes páginas queden como un legado histórico, sobre la valiosa experiencia acontecida durante la Cumbre Mundial, para toda la comunidad oncológica nacional y especialmente de nuestro Instituto.

Dr. ABELARDO MENESES GARCÍA
Director General del Instituto Nacional de
Cancerología (INCan) de México



World Cancer Leaders' Summit



DIRECTORIO

Enero - Febrero 2018

| | |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Director General y Editor | RICARDO ALBERTO ISLAS CORTÉS ricardoislas@lideresmedicos.org |
| Publicidad y Ventas | Rosario Elmech publicidadyventas@lideresmedicos.org |
| Consejo Médico Editorial | Dra. Ana Elena Limón Rojas Dr. Carlos Rodríguez Treviño Lic. Carlos Castrejón Rojas |
| Departamento Jurídico | Lic. Julia Espinoza Marcovich Despacho Castrejón&Espinoza Abogados |
| Asistencia Editorial | Marlen Oteo Gómez |
| Redacción | Saúl Jiménez Orozco Aura Angélica Abrego Villafuente |
| Corrección de Estilo | Isaura Denisse Fuentes |
| Mesa Editorial | Gustavo Sáenz Martín |
| Diseño y Arte | Studio de Maquetación y Arte Médica |
| Fotografía | Martina Anamarija Brzovic Sotelo Cristof Ángeles Aristegui PhotoStudio Medical Center |
| StaffTV Líderes Médicos | Michel Iván Islas Cortés |
| Webmaster | Rodolfo Bautista Valdez Daniela Edurne Peregrina Gómez |
| Circulación y Logística | Aantika: aantika www.aantika.com Dpto. de Distribución, Circulación y Logística de Líderes Médicos |

La REVISTA LÍDERES MÉDICOS es una publicación bimestral editada en ENERO de 2018 por Grupo Editorial Líderes Médicos. Editor Responsable: Ricardo A. Islas Cortés contacto@lideresmedicos.org (55) 18206693

Reserva de Derechos al Uso Exclusivo del Título: 04-2022-032817370900-102 otorgado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor (INDAUTOR), de la Secretaría de la Educación Pública (SEP). Certificado de Licitud de Título y Contenido: 16580 expedido por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Distribución Nacional en Eventos Académicos, Congresos Médicos y Hospitales (públicos y privados) a cargo del Dpto. de Distribución, Circulación y Logística de Líderes Médicos.

Los artículos son responsabilidad de cada autor. El contenido y las opiniones de los redactores no necesariamente reflejan la postura del editor y de la publicación. La publicidad y la información de los anuncios son responsabilidad exclusiva de cada compañía. Derechos Reservados: Queda estrictamente prohibida la reproducción parcial o total de las imágenes y contenidos publicados, sin previa autorización por Escrito del Comité Editorial.

IMPRESA ORGULLOSAMENTE EN MÉXICO
www.lideresmedicos.org
contacto@lideresmedicos.org

ÍNDICE

| | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 06 | Dr. José Narro Robles: Secretaría de Salud tejiendo una alianza gubernamental a favor de la salud de los mexicanos |
| 08 | Dr. Abelardo Meneses García: Cumbre Mundial de Líderes Contra el Cáncer México 2017: "Ciudades que conducen al cambio" |
| 14 | Miguel Ángel Mancera Espinosa: CDMX una urbe comprometida en la batalla contra el cáncer |
| 16 | Dr. José Armando Ahued Ortega: Secretaría de Salud de CDMX participe en campañas para detección temprana de cáncer |
| 18 | Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg: Necesaria inversión privada y gubernamental para el control del cáncer |
| 20 | Dr. Eduardo Emir Cervera Ceballos: Anemia inducida por quimioterapia |
| 22 | Dra. Laura Suchil Bernal: México 1er. país de AL en organizar Cumbre Mundial de Líderes Contra el Cáncer |
| 26 | Lic. Francisco González Albuerne: Patronato del INCAN fundamental para la obtención de recursos oncológicos |
| 28 | Dr. Alejandro Mohar Betancourt: Consolidación del Registro Nacional de Cáncer |
| 30 | Dr. Juan Enrique Bargalló Rocha: Estrategias globales para el combate del Cáncer Mamario |
| 34 | Dr. Miguel Ángel Jiménez Ríos: Necesarias más campañas y difusión del cáncer prostático en México |
| 37 | Dr. Pedro de Jesús Sobrevilla Calvo: Eporatio: Tratamiento para Anemia inducida por quimioterapia |
| 38 | Dr. Germán Calderillo Ruiz: Seguro Popular pieza clave en apego al tratamiento del cáncer colorrectal |
| 40 | Dra. Rosa Angélica Salcedo Hernández: Educación herramienta esencial en el control del cáncer cervicouterino |



Lightsheet.Z1



Alta velocidad de adquisición de imagen, menor estrés a la muestra y poco fotoblanqueo son las cuatro condiciones esenciales en microscopía de imágenes 3D para aplicaciones biológicas en muestras vivas, sin embargo, no existía un mismo sistema capaz de integrar dichas condiciones hasta la creación de la técnica de iluminación por hoja de luz, técnica que utiliza el sistema Lightsheet .Z1 de CARL ZEISS para generar reconstrucciones 3D o imágenes de cortes ópticos de alta velocidad para la captura de eventos muy rápidos, para el seguimiento del desarrollo de un embrión durante largos lapsos de tiempo o incluso, la generación de imágenes 3D de muestras fijadas, esto en la fracción del tiempo en la que las técnicas convencionales lo hacen y mientras la muestra es mantenida en las condiciones óptimas para que las únicas variables que intervengan en nuestro experimento sean las que nosotros elijamos.



Familiares, amigos y compañeros del gremio médico, lamentamos el sensible fallecimiento de

**MARCO ANTONIO
CORTÉS
RAMÍREZ**

quien fue notable RADIÓLOGO, que se desempeñó en la Ciudad de México y en Guerrero dentro del IMSS y la Secretaría de Salud

Nos unimos a la pena que embarga a toda su familia

**Q.E.P.D.
25.Abr.1957 - 13.Ene.2018**





Dr. José Narro Robles

El cáncer es uno de los problemas más significativos de salud pública en todo el mundo. Cada año se presentan más de un millón de casos nuevos y 550 mil defunciones en Latinoamérica por esta enfermedad. En México, este padecimiento es la tercera causa de muerte, por lo que es un tema que atañe a su distintos actores: políticos, especialistas, pacientes y en general a la sociedad civil.

El doctor José Narro Robles, quien funge como Secretario de Salud desde el 2016, dio cuenta de algunas de las acciones que se han tomado durante el gobierno del Presidente Enrique Peña Nieto. “Se han realizado campañas contra el tabaquismo y la obesidad; se aplicaron cerca de 10 millones de vacunas contra el Virus del Papiloma Humano en niñas de 11 años”.

“Se aprobó el Registro Nacional de Cáncer, el cual servirá como una herramienta fundamental para crear políticas públicas. Asimismo, el Seguro Popular ha invertido 12 mil 500 millones de pesos en los últimos cuatro años y medio, a fin de cubrir más de 82 mil casos y fortalecer la investigación, así como la formación de especialistas en cáncer”.

MÉXICO AUSPICIA CUMBRE MUNDIAL

Debido a la creación del Registro Nacional y del Programa Nacional de Cáncer, nuestro país fue reconocido por la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), al ser elegido como sede para celebrar la Cumbre Mundial de Líderes Contra el Cáncer, convirtiéndose en la primera nación de América Latina en organizar este magno evento.

Como parte de su participación en este foro mundial, el doctor Narro Robles, dio la bienvenida a los asistentes. “Estoy orgulloso de que por primera vez la Cumbre se haya realizado en Latinoamérica, especialmente en México; esto representa una magnífica oportunidad para implementar



acciones visibles con la intención de alcanzar la reducción en las estadísticas por incidencia y mortalidad en cáncer”.

“Tenemos el firme compromiso de continuar implementando y llevando a cabo acciones que permitan encarar esta enfermedad y lograr un impacto a nivel global. En nuestro país se registran cada año 190 mil casos nuevos de cáncer y la cifra por defunciones es de 80 mil mexicanos, esto se debe a que siete de cada 10 pacientes llegan en etapas avanzadas”.

GENERANDO ACCIONES GLOBALES

El Instituto Nacional de Cancerología (INCan) y la Unión Internacional Contra el Cáncer, fueron los encargados de organizar la Cumbre Mundial de Líderes Contra el Cáncer. Se contó con la presencia de reinas, princesas y primeras damas.

Asimismo, asistieron jefes de estado y funcionarios de salud de América Latina; alcaldes y líderes asiáticos y africanos; representantes de la ONU, del Banco Mundial y de la industria farmacéutica.

catoria mundial y tomar acciones contra esta enfermedad, impulsando las políticas públicas en nuestro país”.

PROTEGIENDO A LAS PRÓXIMAS GENERACIONES

El tema primordial fue “Ciudades que conducen al Cambio”, el cual pretende impulsar estrategias para integrar a la comunidad y a los gobernantes, con el fin de poner en funcionamiento medidas de prevención a nivel local.

“Uno de los objetivos es propulsar a las ciudades para que sean un foco de esperanza para las personas diagnosticadas con la enfermedad. Todos los socios, agencias y organizaciones que integran la Cumbre Mundial de Líderes Contra el Cáncer, hicimos una invitación para que se analice cómo las ciudades pueden crear un cambio por medio del aumento del interés y el deseo de reducir los conflictos ocasionados por el cáncer, a fin de proteger a las próximas generaciones”.

“En este año, los países darán cuenta de los avances que han tenido en una reunión con la Organización de las Naciones Unidas (ONU), por lo que es necesario trabajar en conjunto para fortalecer la prevención, diagnóstico y tratamiento”.

UNA ENFERMEDAD SIN DISTINCIONES

El doctor José Narro, señaló que el cáncer no respeta clases sociales, edad, ni género. Es un problema que además involucra a diversas ciencias, como la Genómica, Genética y la Biología Molecular, pero que tiene cura si se detecta de manera oportuna.

“La salud no toma en cuenta el tono de piel, creencias o logotipos políticos, es para todos. El cáncer no sólo involucra pacientes, instalaciones y profesionales de la salud, también considera aspectos como la alimentación, ambiente, educación, empleo, vías de comunicación, etcétera. Los tres niveles de gobierno debemos crear una alianza sólida con la población, ya que trabajamos para ella”.



■ Dr. José Narro con la Reina Letizia, Dr. Abelardo Meneses y Lic. Francisco González.

Dr. Abelardo Meneses García

Director General del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) de México



■ Prof. Sanchia Aranda, Presidenta de la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) entregando reconocimiento institucional al Dr. Abelardo Meneses.



■ De izquierda a derecha: Profesor Tezer Kutluk, Expresidente de la UICC; Princesa de Jordania, Dina Mired, Presidenta Electa de la UICC; Prof. Sanchia Aranda, Presidenta Actual de la UICC; y Dr. Abelardo Meneses, Director del INCan.

Este magno evento internacional fue, sin duda, el más importante realizado en 2017 en nuestro país, ya que por primera vez la Cumbre Mundial de Líderes Contra el Cáncer, fue celebrada en Latinoamérica, contando con el apoyo del Instituto Nacional de Cancerología (INCan). De esta forma, se dieron cita en la Ciudad de México, notables personalidades como: Enrique Peña Nieto, Presidente de México; Angélica Rivera, Presidenta del DIF Nacional; el doctor Tabaré Vázquez, Presidente de Uruguay; su majestad la Reina Letizia de España; la Princesa de Jordania, Dina Mired, quien es Presidenta Electa de la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC).

Asimismo, estuvieron presentes dentro de la Cumbre, el doctor José Narro Robles, Secretario

de Salud Nacional; la profesora Sanchia Aranda, Presidenta de la UICC; el doctor Tezer Kutluk, Expresidente de la UICC; Gabriela Michetti, Vicepresidenta de Argentina; la Primera dama de Belice, Kim Simplis Barrow; el doctor Miguel Ángel Mancera, Jefe de Gobierno de la Ciudad de México, entre otros líderes del mundo que trabajan para eliminar el cáncer.

EMOTIVOS MENSAJES DE PRESIDENTES

El Presidente de Uruguay y Embajador de C/Can 2025: City Cancer Challenge (C/Can 2025), Tabaré Vázquez, pronunció el discurso inaugural, explicando cómo el cáncer es el desafío de salud más apremiante de nuestro tiempo, afectando desproporcionadamente a los más vulnerables

en el mundo. Hizo hincapié en el poder de las ciudades para reducir la mortalidad mediante la mejora de la información, el diagnóstico oportuno, la investigación clínica, el tratamiento óptimo y los cuidados paliativos, señalando en particular, la importancia del control del tabaco y una mejor conciencia y educación.

Por su parte, el Presidente de México, Enrique Peña Nieto, conectó temas en su discurso especial, subrayando el valor de la voluntad y disposición del gobierno para trabajar con la sociedad civil y la comunidad sanitaria internacional, a fin de garantizar políticas públicas que luchen contra el cáncer a nivel municipal y nacional.

Construyendo estos esfuerzos en el panorama mundial de control del cáncer, Gabriela Michetti,

Vicepresidenta de Argentina, expuso la importancia de incluir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en el diseño de políticas. Este marco permite a los gobiernos hablar el mismo idioma para mejorar la calidad de vida y el bienestar a través de una mayor cohesión y colaboración en todos los niveles de gobierno y con un conjunto de nuevos socios.

PROYECCIÓN DEL INCAN A NIVEL MUNDIAL

Como líder nacional en el estudio, tratamiento y formación de personal en torno al cáncer, el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) representó a México y a Latinoamérica dentro de la Cumbre a través de su Director General, doctor Abelardo Meneses García, quien ofreció unas emotivas palabras:

"Me gustaría dar las gracias a todos los que están aquí, ya que quienes han sido convocados a la Cumbre son quienes dictan la formación de políticas públicas para el cáncer a nivel internacional y son los 300 líderes mundiales por su contribución con la humanidad. Ustedes han demostrado no sólo su talento, sino también una gran y muy necesaria sensibilidad y compromiso con los países que requieren dirección para una mayor prevención, control y cobertura del cáncer".

El INCan proyectó en esta Cumbre Mundial su trabajo en pro de los pacientes oncológicos de nues-

tro país e hizo visibles sus programas ante líderes de los cinco continentes, tal como expuso el doctor Menes García: "Mi esperanza es que a través de esta Cumbre podamos reducir la desigualdad, ya que aquí se encuentran presentes los líderes que pueden lograrlo. Espero que juntos podamos cambiar el curso de nuestras sociedades en todo el mundo, si pensamos como uno. En esta Cumbre, vamos a establecer el Programa Integral de Prevención y Control del Cáncer, como un pilar sólido para reducir la carga de la enfermedad".

"He esperado este gran momento durante mucho tiempo, porque con la celebración de esta Cumbre, solidificamos aún más nuestro compromiso compartido para cambiar el futuro del cáncer en nuestros países. Desde un principio Jessica Mathieu, Laura Suchil, Fanny Meneses, Karina Acevedo y Emma Nápoles, fueron dando forma para gestionar y realizar este magno evento en México. Con el lema de la Cumbre de este año 'Ciudades que conducen al cambio', podemos trabajar hacia compromisos medibles, alcanzables de nuestro gobierno, de la sociedad civil y de los trabajadores de la salud. Esto nos permitirá evaluar los resultados a mediano y largo plazo; lo que nos inspira y lo que aspira, es 'Un llamado a la acción'".

OPINIÓN DE LOS EXPERTOS MUNDIALES

En su introducción al discurso del Director General de la OMS, el doctor Etienne Krug, destacó la

necesidad crítica de actuar sobre el cáncer, dado que en el transcurso de las discusiones de esa mañana, unas 3 mil personas en todo el mundo ya habrían recibido un diagnóstico de cáncer y otras 2 mil ya habrían muerto. Asimismo, anunció que la OMS está trabajando en una herramienta de costos y un Informe Global sobre Cáncer, enfocado en políticas para su lanzamiento en 2019.

El doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, hablando por video-mensaje, enfatizó la importancia de desarrollar la cobertura universal de salud (UHC) como la plataforma para garantizar que todas las personas, independientemente de su ubicación o de sus ingresos, puedan acceder a los servicios que necesitan.

Reflexionando sobre el control del cáncer en las Américas, el doctor Francisco Becerra, Subdirector de la Organización Panamericana de la Salud, destacó los éxitos en el desarrollo de planes y registros nacionales de control del cáncer, la implementación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano y la ampliación de los programas de detección.

CIUDADES COMPROMETIDAS A LUCHAR CONTRA EL CÁNCER

La Presidenta de la Unión Internacional Contra el Cáncer, Sanchia Aranda, enfatizó en el hecho de que estamos viviendo un momento crítico para el control del cáncer. El plazo de 2025 para reducir



■ El Presidente de México, Enrique Peña Nieto, estuvo presente en la Cumbre Mundial de Líderes Contra el Cáncer, realizada en la Ciudad de México.

la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en un 25 por ciento, está a sólo siete años de distancia y los compromisos asumidos sentarán las bases para las generaciones futuras.

Citando a Cali, Asunción y Yangon, como ejemplos inspiradores, Sanchia Aranda enfatizó en el poder que tienen las ciudades para liderar el desarrollo de soluciones sostenibles, a fin de mejorar el acceso a los servicios de cáncer. Trabajando codo a codo con los gobiernos nacionales y la comunidad global, las ciudades pueden ser impulsores clave para el cambio, reconociendo la singularidad de cada ciudad.

La profesora Sanchia Aranda anunció una nueva y emocionante fase de C/Can 2025, con la convocatoria de solicitudes a Ciudades Desafío para unirse a la iniciativa. El establecimiento de una red de Ciudades Desafío forma parte de una ambición más amplia de aumentar el apoyo de C/Can 2025 de Key Learning Cities a un grupo más amplio de ciudades con una población superior a un millón.

Ciudades Desafío se comprometerá a mejorar el acceso a tratamientos y cuidados de calidad para el cáncer a través de un enfoque multi-sectorial. Al unirse, las ciudades formarán parte de una nueva comunidad que, con el apoyo

recíproco de la UICC y sus miembros y socios, podrán liderar la mejora de la salud de sus ciudadanos.

CLAUSURA POR LA REINA LETIZIA

Su Majestad, la Reina Letizia de España, Presidenta Honoraria de la Asociación Española Contra el Cáncer, clausuró la Cumbre, haciendo un llamado a los países y ciudades para que desarrollen entornos de promoción de la salud en los que no exista exposición a factores clave de riesgo de cáncer, incluido el tabaco.

Su Majestad destacó que la salud debe ser una prioridad política y que todos los socios, incluidas las organizaciones de la sociedad civil, deben asumir su papel en la prevención, detección temprana, tratamiento, cuidado e investigación. La Reina Letizia, explicó que el enfoque del cáncer implica innumerables elementos, muchos de los cuales han sido reconocidos por los líderes que participaron en la Cumbre.

ACTIVIDADES ALTERNAS

Complementando el programa de la Cumbre, los anfitriones, socios y participantes, organizaron una serie de sesiones alternativas y oficiales

del 13 al 15 de noviembre, para explorar el futuro del control del cáncer y cómo se pueden abordar algunos de los problemas más apremiantes para lograr el objetivo compartido de reducir la mortalidad prematura por cáncer y enfermedades no transmisibles. Bajo este contexto, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

“Taller de la sociedad civil mexicana sobre el Programa Integral de Prevención y Control del Cáncer en México”. El Instituto Nacional de Cancerología, convocó a las organizaciones de la sociedad civil, para llevar a cabo un taller final sobre colaboración y participación de todos los sectores de la sociedad en el establecimiento de un Programa Integral de Prevención y Control de Cáncer y su posicionamiento, como una prioridad nacional de salud pública.

“El reto del diagnóstico para el tratamiento del cáncer”, fue un Taller organizado por la Sociedad Americana de Patología Clínica. Los participantes tuvieron oportunidad de abordar los temas de los enfoques tradicionales para el diagnóstico del cáncer, así como la función del diagnóstico avanzado para satisfacer las necesidades de los oncólogos, a fin de adaptar el tratamiento para obtener los mejores resultados.

“La Iniciativa de Prevención del Cáncer Cervical: esfuerzos colaborativos para aumentar las tasas de detección de VPH y vacuna cervical en LMIC”, fue un taller organizado por la Sociedad Americana del Cáncer. En este módulo se brindó una oportunidad única para que los líderes del cáncer de todo el mundo intercambiaran conocimientos, habilidades y experiencias, sobre esfuerzos en países de bajos y medianos ingresos para aumentar la vacuna contra el VPH y las tasas de detección del cáncer de cuello uterino.

“Investigación clínica: una oportunidad para acceder a la innovación en América Latina”, fue otro taller organizado por el Instituto Nacional de Cancerología. En él, se abordó el valor de la investigación clínica como puerta de entrada a la innovación para pacientes con cáncer en México y América Latina; las sesiones se centraron en compartir experiencias del gobierno, academia y sociedad civil, para facilitar el acceso a los últimos tratamientos contra el cáncer e identificar cómo cubrir las necesidades terapéuticas de los pacientes.



■ Más de 300 Líderes mundiales se reunieron en la Ciudad de México para hablar del cáncer como un problema de salud global.



HALAVEN® ELEVA LA SUPERVIVENCIA GLOBAL

Primer agente de la clase halicondrinas²



En pacientes con **Cáncer de Mama localmente avanzado o metastásico** posterior al tratamiento con al menos 2 esquemas previos que incluyen una antraciclina y un taxano, **HALAVEN®** demostró una mediana en la **Supervivencia Global de 13.2 meses vs 10.5 meses** con el tratamiento de elección del médico¹.

- Perfil de tolerabilidad manejable².
- Infusión rápida y fácil, 2-5 minutos¹.

- **HALAVEN®** en solución lista para utilizarse es de 1.4 mg/m², debe ser administrada por vía intravenosa durante 2 a 5 minutos los días 1 y 8 de cada ciclo de 21 días¹.

HALAVEN® debe ser administrado únicamente bajo supervisión de un médico calificado con experiencia en el uso de medicamentos citotóxicos.



Referencias:

- Halaven® información para prescribir amplia. EISAI Laboratorios S. de R.L. de C.V.
- Javier Cortes, Joyce O'Shaughnessy, David Loesch, et al., Eribulin monotherapy versus treatment of physician's choice in patients with metastatic breast cancer (EMBRACE): a phase 3 open-label randomised study, Lancet 2011;377:914-23.

Aviso Cofepri No. 16330D202C6476

INFORMACIÓN PARA PRESCRIBIR-REDUCIDA



Ertropoyetina theta (eribulina)

Ertropoyetina theta Solución inyectable (eribulina)

activo, a otra eritropoyetina y derivados o a alguno de los excipientes. Hipertensión no controlada. **6. PRECAUCIONES GENERALES.** General. Se recomienda un tratamiento suplementario de hierro para todos aquellos pacientes que tengan unos valores séricos de ferritina inferiores a 100 microgramos/l o con una saturación de transferrina inferior a 20%. Antes y durante el tratamiento, deben evaluarse los niveles de hierro de todos los pacientes, para asegurar una eritropoyesis efectiva. Si no hay respuesta al tratamiento con eritropoyetina theta deben buscarse rápidamente los factores que lo producen. La deficiencia de hierro, de ácido fólico o de vitamina B₁₂, reduce la efectividad de eritropoyetina y por lo tanto deben corregirse. Las infecciones concomitantes, episodios inflamatorios o traumáticos, pérdidas ocultas de sangre, hemólisis, intoxicación por aluminio, enfermedades hematológicas subyacentes o fibrosis de médula ósea pueden comprometer la respuesta eritropoyética. Debe considerarse como parte de la evaluación, realizar un recuento de reticulocitos. **Apagado para de células rojas (APCR).** Si se han excluido las causas típicas de no respuesta al tratamiento, y el paciente tiene una disminución brusca de hemoglobina asociada con reticulocitopenia, se debe considerar realizar un estudio de anticuerpos anti-eritropoyetina y de médula ósea, para el diagnóstico de aplasia pura de células rojas. Debe considerarse la discontinuación del tratamiento con eritropoyetina theta. Se han descrito casos de APCR causados por anticuerpos neutralizantes anti-eritropoyetina, asociados a tratamientos con eritropoyetinas, incluida la eritropoyetina theta. Estos anticuerpos han mostrado reacción cruzada con todas las eritropoyetinas, por lo que los pacientes en los que se sospeche o se haya confirmado la presencia de anticuerpos neutralizantes contra eritropoyetina no deben ser tratados con eritropoyetina theta. A fin de mejorar la trazabilidad de las eritropoyetinas, el nombre de la eritropoyetina administrada se debe registrar claramente en la historia del paciente. Una disminución paradójica de la hemoglobina y la aparición de anemia grave asociada a recuentos bajos de reticulocitos deberá instar a suspender el tratamiento con eritropoyetina y realizar pruebas de anticuerpos anti-eritropoyetina. Se han descrito casos en pacientes con hepatitis C tratados con interferón y ribavirina, a los que se administraron eritropoyetinas de forma simultánea. El uso de las eritropoyetinas no está aprobado para el tratamiento de la anemia asociada a hepatitis C. **Embarazo.** Los pacientes tratados con eritropoyetina theta pueden experimentar un aumento de la hipertensión existente, particularmente durante la fase inicial del tratamiento. Por tanto, en pacientes tratados con eritropoyetina theta, debe tenerse especial cuidado y monitorizar estrechamente la presión sanguínea antes de iniciar la terapia y durante la misma. Debe controlarse adecuadamente la presión sanguínea para evitar complicaciones agudas como crisis hipertensivas asociadas con síntomas de encefalopatía (p.e. dolor de cabeza, estado de confusión, alteraciones en el habla, deterioro de la marcha) y complicaciones relacionadas (apoplejía, derrame cerebral), las cuales también pueden ocurrir a pacientes individuales tanto con presión arterial normal como con presión arterial baja. Si ocurren estas reacciones será necesaria la atención inmediata de un médico y someter al paciente a cuidados intensivos. Se debe prestar especial atención a dolores de cabeza agudos repentinos tipo migraña que son una posible señal de aviso. El aumento de la presión sanguínea puede requerir tratamiento con medicamentos antihipertensivos o un aumento de la dosis de la medicación antihipertensiva ya existente. Además, será necesario considerar una reducción de la dosis administrada de eritropoyetina theta. Si los valores de presión sanguínea permanecen altos, puede ser necesario interrumpir, de forma transitoria el tratamiento con eritropoyetina theta. Una vez que la hipertensión está controlada con una terapia más intensiva, se podrá reestablecer el tratamiento con eritropoyetina theta a una dosis reducida. **Uso incorrecto.** El uso incorrecto de eritropoyetina theta en personas sanas puede producir un aumento excesivo de hemoglobina y del hematocrito. Esto puede asociarse con complicaciones cardiovasculares que pueden poner en peligro la vida. **Edad avanzada.** Debido a la limitada experiencia en eficacia y seguridad de eritropoyetina theta no puede ser usado en pacientes con fallo de la función hepática o anemia de células falciformes hereditaria. En ensayos clínicos, los pacientes de más de 75 años de edad tuvieron una mayor incidencia de reacciones adversas graves independientemente de una relación causal con el tratamiento con eritropoyetina theta. Por otra parte, las muertes fueron más frecuentes en este grupo de pacientes en comparación con los pacientes más jóvenes. **Pruebas de laboratorio.** Se recomienda realizar de forma regular una determinación de hemoglobina, un recuento sanguíneo y un recuento de plaquetas. **Anemia sintomática asociada con insuficiencia renal crónica.** El uso de eritropoyetina theta en pacientes nefroescleróticos que no se han sometido todavía a diálisis debe definirse de forma individual ya que no puede descartarse con certeza una posible aceleración de la progresión de la insuficiencia renal. Los pacientes tratados con eritropoyetina theta pueden necesitar, durante la hemodiálisis un aumento del tratamiento anticoagulante para prevenir la formación de coágulos en la fistula arterio-venosa. En pacientes con insuficiencia renal crónica, la concentración de hemoglobina en la fase de mantenimiento no debe exceder el límite superior del rango de la concentración de hemoglobina. En ensayos clínicos, se observaron un aumento del riesgo de fallecimientos y de acontecimientos cardiovasculares graves con la administración de eritropoyetinas con el fin de alcanzar un nivel de hemoglobina superior a 12 g/dl (7.45 mmol/l). En ensayos clínicos controlados no se han observado beneficios significativos atribuibles a la administración de eritropoyetinas cuando se aumentaba la concentración de hemoglobina por encima del nivel necesario para controlar los síntomas de la anemia y evitar las transfusiones sanguíneas. Se debe tener precaución al aumentar la dosis de eritropoyetina theta en pacientes con insuficiencia renal crónica, ya que las dosis acumuladas altas de eritropoyetina pueden asociarse a un mayor riesgo de mortalidad y de acontecimientos cardiovasculares y cerebrovasculares graves. En pacientes con una respuesta deficiente de la hemoglobina a las eritropoyetinas se deben considerar explicaciones alternativas para la respuesta deficiente. **Anemia sintomática en pacientes con cáncer de neoplasias no-mieloides tratados con quimioterapia.** Efecto sobre el crecimiento de tumores. Las eritropoyetinas son factores de crecimiento que estimulan directamente la producción de glóbulos rojos. Los receptores de eritropoyetina pueden expresarse en la superficie de diversas células tumorales. Como ocurre con todos los factores de crecimiento, existe la preocupación de que las eritropoyetinas puedan estimular el crecimiento de algunos tipos de neoplasias. En varios estudios controlados, no se ha demostrado que las eritropoyetinas mejoren la supervivencia global o disminuyan el riesgo de progresión de tumores en pacientes con anemia asociada con cáncer. En estudios clínicos controlados en pacientes con cáncer avanzado de cabeza y cuello que recibían radioterapia cuando se les administró un rango de concentración para conseguir una concentración de hemoglobina superior a 14 g/dl (8.69 mmol/l), disminución de la supervivencia global y un aumento en los fallecimientos atribuidos a la progresión de la enfermedad a los 4 meses, en pacientes con cáncer de mama metastásico que estaban en tratamiento con quimioterapia cuando se les administró un rango de concentración para conseguir una concentración de hemoglobina entre 12-14 g/dl (7.45-8.69 mmol/l). Aumento del riesgo de fallecimiento cuando se les administró un rango de concentración para conseguir una concentración de hemoglobina de 12 g/dl (7.45 mmol/l) en pacientes con enfermedad maligna activa y que no recibían ni quimioterapia ni radioterapia. El uso de las eritropoyetinas no está indicado en esa población de pacientes. En vista de lo anterior, en algunas situaciones clínicas la transfusión sanguínea debe ser el tratamiento de elección para la anemia en pacientes con cáncer. La decisión de administrar eritropoyetinas recombinantes se tomará con base en evaluación de la relación beneficio/riesgo junto con la aceptación individual del paciente, teniendo en cuenta el contexto clínico específico. Los factores que deben considerarse en esta evaluación son el tipo de tumor y su estadio, el grado de anemia, la esperanza de vida, el embarazo en el que el paciente está siendo tratado y la preferencia del paciente. **7. RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA.** Embarazo. No hay datos o estos son limitados (datos en menos de 300 embarazos) relativos al uso de eritropoyetina theta en mujeres embarazadas. Los estudios en animales con otras eritropoyetinas sugieren efectos perinatales directos en términos de toxicidad para la reproducción, es preferible evitar el uso de Eporatio® durante el embarazo. **Lactancia.** Se desconoce si eritropoyetina theta/metabolitos se excreta en la leche materna, pero los datos en neonatos no muestran absorción o actividad farmacológica de eritropoyetina cuando se administra durante el período de lactancia. Se debe decidir si es necesario interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre. **8. REACCIONES SECUNDARIAS ADVERSAS. Resumen del perfil de seguridad.** Se puede esperar que aproximadamente el 9% de los pacientes sufran una reacción adversa. Las reacciones adversas más frecuentes son hipertensión, síntomas gripales y dolor de cabeza. **Tabla de reacciones adversas.** La seguridad de la eritropoyetina theta ha sido evaluada con base en los resultados de ensayos clínicos que incluyeron a 972 pacientes. Las reacciones adversas que se enumeran a continuación en la tabla 1 se clasifican de acuerdo a la Clasificación de Organos del Sistema. Cada intervalo de frecuencia se define de acuerdo a los siguientes criterios: Muy frecuentes: ≥1/100 a <1/10. Frecuentes: ≥1/100 a <1/10. Poco frecuentes: ≥1/1000 a <1/100. Raras: ≥1/10.000 a <1/1.000. Muy raras: <1/10.000. Frecuencia no conocida: no puede estimarse a partir de los datos disponibles. **Descripción de reacciones adversas seleccionadas.** En pacientes con insuficiencia renal crónica se ha notificado la aparición de aplasia pura de células rojas (APCR) mediada por anticuerpos neutralizantes anti-eritropoyetina asociada al tratamiento con eritropoyetina theta durante la fase de posmarketing. Si se diagnostica APCR a un paciente, debe interrumpirse el tratamiento con eritropoyetina theta, la cual no debe sustituirse por otra eritropoyetina recombinante. Una de las reacciones adversas más frecuentes durante el tratamiento con eritropoyetina theta es un aumento de la hipertensión existente, particularmente durante la fase inicial del tratamiento. La hipertensión puede ser tratada con medicamentos adecuados. También puede aparecer en algunos pacientes de forma individual tanto con presión arterial normal como con presión arterial baja crisis hipertensivas asociadas con síntomas de encefalopatía (p.e. dolor de cabeza, estado de confusión, alteraciones en el habla, deterioro de la marcha) y complicaciones relacionadas (apoplejía, derrame cerebral). Puede observarse trombosis de derivaciones, especialmente en pacientes que tengan tendencia a la hipertensión y que muestren complicaciones en la fistula arterio-venosa (p.e. estenosis, aneurismas). Pueden ocurrir reacciones cutáneas tales como rash, prurito o reacciones en el lugar de la administración. Se han notificado síntomas gripales tales como fiebre, escalofríos y anemia. **9. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO.** No se han realizado estudios de interacciones. **10. PRECAUCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO.** No se han realizado estudios de interacciones. **11. DATOS DE ADMINISTRACIÓN.** **TERATOGÉNESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD.** Los datos de los estudios no clínicos con eritropoyetina theta no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad y toxicidad a dosis repetidas. Los datos de los estudios no clínicos con otras eritropoyetinas no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de genotoxicidad y toxicidad para la reproducción. Los efectos de los estudios de toxicidad reproductiva realizados con otras eritropoyetinas, pueden interpretarse como un efecto secundario a la disminución del peso materno y fueron observados a dosis suficientemente en exceso a las dosis humanas recomendadas. **Fertilidad.** No se dispone de datos. **PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS.** La influencia de la eritropoyetina theta sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **12. DATOS DE ADMINISTRACIÓN.** El tratamiento con eritropoyetina theta debe iniciarse por indicación y experiencia en las indicaciones. **Esquema.** Anemia sintomática en pacientes con insuficiencia renal crónica. Debe administrarse una vez al día, en el estómago vacío, con o sin alimentos. El grado de la enfermedad. Por ello es necesario que el médico realice un seguimiento de la evolución clínica y el estado de cada paciente. Eritropoyetina theta se puede administrar tanto por vía subcutánea como intravenosa con el fin de aumentar la concentración de hemoglobina hasta un nivel no superior a 12 g/dl (7.45 mmol/l). Debido a la variabilidad intraindividual, en ciertas ocasiones se pueden observar valores individuales de hemoglobina superiores o inferiores a los niveles deseados. La variabilidad en los niveles de hemoglobina se debe controlar mediante ajuste de la dosis con el objeto de mantener los valores de hemoglobina dentro del intervalo entre 10 g/dl (6.21 mmol/l) y 12 g/dl (7.45 mmol/l). El nivel de hemoglobina no debe mantenerse de forma continuada por encima de 12 g/dl (7.45 mmol/l); más adelante se describen las instrucciones para ajustar adecuadamente la dosis cuando la concentración de hemoglobina sea superior a 12 g/dl (7.45 mmol/l). Se debe realizar un aumento de hemoglobina superior a 2 g/dl (1.24 mmol/l) durante un período de 4 semanas. Si el aumento de hemoglobina es superior a 2 g/dl (1.24 mmol/l) durante un período de 4 semanas, se debe administrar un período de mantenimiento de 12 g/dl (7.45 mmol/l) durante un período de 25 a 50%. Se recomienda que los niveles de hemoglobina sean monitorizados cada dos semanas hasta que los niveles se hayan estabilizado y después de esto que se monitorice de forma periódica. Si los niveles de hemoglobina continúan aumentando, se debe interrumpir el tratamiento hasta que los niveles de hemoglobina comiencen a disminuir, momento en el cual debe reiniciarse el tratamiento a una dosis aproximadamente 25% inferior a la dosis previamente administrada. En presencia de hipertensión o enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular o enfermedad sistémica periférica, los valores de hemoglobina y los valores óptimos de hemoglobina deben determinarse de forma individual teniendo en cuenta el cuadro clínico. El tratamiento con eritropoyetina theta se divide en dos fases: **Fase de corrección.** Administración subcutánea: La dosis inicial es de 20 UI/kg de peso 3 veces por semana. La dosis puede incrementarse después de 4 semanas a 40 UI/kg 3 veces por semana. Si el aumento de la hemoglobina no es adecuado (menor de 1 g/dl (0.62 mmol/l) en 4 semanas), los intervalos mensuales se pueden realizar incrementos de 25% de la dosis inicial hasta que el nivel de hemoglobina supere o iguale a los niveles deseados. La variabilidad en los niveles de hemoglobina se debe controlar mediante ajuste de la dosis para mantener los valores de la hemoglobina dentro del intervalo de 10 g/dl (6.21 mmol/l) y 12 g/dl (7.45 mmol/l). Si se requiere un ajuste de dosis para mantener los niveles deseados de hemoglobina, se recomienda que la dosis se ajuste aproximadamente un 25%. Administración subcutánea: La dosis semanal puede administrarse como una inyección única a la semana o tres veces a la semana. Si se modifica la frecuencia de administración puede ser necesario monitorizar estrechamente la presión sanguínea y el estado de cada paciente. Cuando eritropoyetina theta se sustituya por otra eritropoyetina, debe monitorizarse el nivel de hemoglobina y se deberá usar la misma vía de administración. Los pacientes deben ser monitorizados estrechamente para asegurar que se utiliza la dosis eficaz más baja de eritropoyetina aprobada y que se proporcione un control adecuado de los síntomas de la anemia al tiempo que se mantiene una concentración de hemoglobina igual o inferior a 12 g/dl (7.45 mmol/l). Se debe tener precaución al aumentar de forma escalonada las dosis de eritropoyetina theta en pacientes con insuficiencia renal crónica. En pacientes con una respuesta deficiente de la hemoglobina a la eritropoyetina theta se deben considerar explicaciones alternativas para la respuesta deficiente. Anemia sintomática en pacientes con cáncer de neoplasias no mieloides tratados con quimioterapia. Se debe administrar eritropoyetina theta por vía subcutánea a pacientes con anemia (p.e. concentración de hemoglobina ≤10 g/dl [6.21 mmol/l]). Los síntomas de la anemia y sus secuelas pueden variar en función de la edad, el sexo, y el grado de enfermedad, por ello es necesario que el médico realice un seguimiento de la evolución clínica y el estado de cada paciente. Debido a la variabilidad intraindividual, en ciertas ocasiones se pueden observar valores individuales de hemoglobina superiores o inferiores a los niveles deseados. La variabilidad en los niveles de hemoglobina se debe controlar mediante ajuste de la dosis para mantener los valores de la hemoglobina dentro del intervalo de 10 g/dl (6.21 mmol/l) y 12 g/dl (7.45 mmol/l). El nivel de hemoglobina no debe estar por encima de 12 g/dl (7.45 mmol/l); más adelante se proporcionan instrucciones para ajustar adecuadamente la dosis cuando se observen concentraciones superiores a 12 g/dl (7.45 mmol/l). La dosis inicial recomendada es 20.000 UI, independientemente del peso, administrada una vez a la semana. Si después de 4 semanas de tratamiento, los valores de hemoglobina han aumentado hasta al menos 1g/dl (0.62 mmol/l), se debe continuar con la dosis que en ese momento se esté administrando. Si los valores de hemoglobina no han aumentado al menos 1 g/dl (0.62 mmol/l); más adelante se describen las instrucciones para ajustar adecuadamente la dosis cuando la concentración de hemoglobina sea superior a 12 g/dl (7.45 mmol/l). Se debe considerar duplicar la dosis semanal a 40.000 UI. Si después de 4 semanas adicionales de tratamiento, el aumento de los valores de hemoglobina es todavía insuficiente, se debe considerar un aumento de la dosis semanal a 60.000 UI. La dosis máxima no debe exceder de 60.000 UI por semana. Si después de 12 semanas de tratamiento, los valores de hemoglobina no han aumentado al menos 1 g/dl (0.62 mmol/l), la respuesta a dosis más altas no se deberá usar la misma vía de administración. Si al cabo de 4 semanas el incremento de hemoglobina es superior a 2 g/dl (1.24 mmol/l) o los niveles de hemoglobina exceden a 12 g/dl (7.45 mmol/l), la dosis debe reducirse entre un 25 y un 50%. El tratamiento con eritropoyetina theta debe ser temporalmente discontinuado si los niveles de hemoglobina exceden a 13 g/dl (8.07 mmol/l). El tratamiento debe reiniciarse con una dosis aproximadamente un 25% inferior a la dosis previamente administrada después de que los niveles de hemoglobina descendieran hasta un valor menor o igual a 12 g/dl (7.45 mmol/l). Se debe continuar con el tratamiento al cabo de 4 semanas de finalizar la quimioterapia. Se debe monitorizar estrechamente a los pacientes para garantizar que se utiliza la dosis más baja aprobada de eritropoyetina theta que permita un control adecuado de los síntomas de la anemia. **Poblaciones especiales. Población pediátrica.** No se ha establecido todavía la seguridad y eficacia de Eporatio® en niños y adolescentes de hasta 17 años. No se dispone de datos. **Forma de administración.** La dosis semanal es de elección en pacientes que no están en tratamiento de hemodiálisis, ya que así se evita la punción de las venas periféricas. Si eritropoyetina theta es sustituida por otra eritropoyetina, deberá usarse la misma vía de administración. Eritropoyetina theta deberá ser administrada solamente por vía subcutánea en pacientes con cáncer de neoplasias no mieloides tratados con quimioterapia. Las inyecciones subcutáneas deben administrarse en el abdomen, brazo o muslo. El lugar de la inyección debe cambiarse en cada administración y debe realizarse lentamente para evitar molestias en el lugar de la inyección. **13. MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL.** El margen terapéutico de eritropoyetina theta es muy amplio. En caso de sobredosis, puede aparecer policitemia. Si se produce policitemia, el tratamiento con eritropoyetina theta debe interrumpirse temporalmente. En caso de aparecer policitemia grave, pueden estar indicados métodos convencionales (flebotomía) para reducir el nivel de hemoglobina. **13. PRESENTACIONES.** Eporatio® 1.000 UI/0.5 ml, Eporatio® 2.000 UI/0.5 ml, Eporatio® 5.000 UI/0.5 ml, Eporatio® 10.000 UI/0.5 ml, Eporatio® 20.000 UI/1 ml, Eporatio® 30.000 UI/1 ml. **14. EFECTOS DE PLACEBO.** Si se vende requiere receta médica. No se deje al alcance de los niños. Literatura exclusiva para médicos. Reporte los sospechos de reacción adversa a los centros farmacovigilancia@cofepris.gub.mx, safety.mexico@eisai.com o 15. **NOMBRE DEL LABORATORIO Y DIRECCIÓN.** Lemery, S.A. de C.V. Av. Santa Ana No. 65. Col. Parque Industrial Lerma, C.P. 52000, Lerma de Villada, México, México. **16. NÚMERO DE REGISTRO DEL MEDICAMENTO, NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE LA APP.** Reg. No. 395M2016 SSA N.

Eporatio® Reg No.: 395M2016SSA N. Clave VEEVA: EFOR-M-00020. No. SSA: 173300202C6645

Miguel Ángel Mancera Espinosa



■ Miguel Ángel Mancera, Jefe de Gobierno de CDMX, charlando durante la Cumbre Mundial de Líderes Contra el Cáncer con Gabriela Michetti, Vicepresidenta de Argentina y José Armando Ahued, Secretario de Salud de CDMX.

La Ciudad de México fue sede de la Cumbre Mundial de Líderes Contra el Cáncer, la cual se realizó bajo la coordinación de la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Instituto Nacional de Cancerología (INCan), la Agencia para la Investigación en Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés) y el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA).

El Jefe de Gobierno de la CDMX, Miguel Ángel Mancera, asistió a la inauguración de este magno evento, donde explicó: “Edificaciones y monumentos emblemáticos de nuestra ciudad se iluminaron de color naranja con motivo de esta Cumbre Mundial, entre ellos el Ángel de la Independencia, la Diana Cazadora, el Monumento a Cuauhtémoc, el Monumento a Colón y la Fuente de Petróleos”.

“En la Ciudad de México hemos llevado a cabo diversas acciones para combatir esta enfermedad. El tema principal de la Cumbre fue el Desafío de Ciudades Contra el Cáncer, ya que éstas son las protagonistas del cambio que se necesita para prevenir y combatir esta enfermedad”.

LEY OBLIGATORIA PARA ESTUDIOS ONCOLÓGICOS EN MUJERES

El ocho de mayo del 2017, en el Antiguo Palacio del Ayuntamiento, Miguel Ángel Mancera presentó la campaña “Si Yo Puedo, Tú Puedes”, debido a que en 2005 el cáncer de ovario cobró la vida de 2 mil 379 mujeres a nivel nacional, mientras que en 2017 la cifra fue de 284 defunciones en la CDMX. Asimismo, el mandatario capitalino entregó a la

actriz Edith González, un reconocimiento por ser la imagen central de dicha campaña, quién además fue diagnosticada con esta neoplasia en 2016.

“Lo que nuestro país requiere es que sigamos trabajando en la prevención de esta enfermedad, debemos mantener a la población con un estado de salud adecuado, y crear conciencia acerca de las opciones que existen en cuanto a tratamientos, si llegan a ser diagnosticados con esta patología. El cáncer de ovario se considera más agresivo que el de mama, por lo que resulta muy importante que los diagnósticos se realicen de forma temprana”.

“En la Asamblea Legislativa impulsamos una Ley que convierte en obligatorio que el Gobierno de la CDMX, realice los estudios necesarios con el propósito de detectar a tiempo esta enfermedad

en las mujeres, por lo que se ha podido ver esta campaña en estaciones del Metro y Metrobús, así como en espacios públicos. La actriz Edith González promueve la frase: ‘Ama tu cuerpo, consulta a tu médico y no dejes tu tratamiento. Sé la protagonista de tu propia vida’”.

PRIMERA UNIDAD MÓVIL DIGITAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER MAMARIO

El cáncer de mama es uno de los principales problemas de salud que se presentan en la Ciudad de México, por lo que se han desarrollado programas que se llevan a cabo de manera permanente para detectar a tiempo esta enfermedad, y disminuir la incidencia de casos en etapas avanzadas, y por ende, reducir la mortalidad.

La CDMX adquirió la primera Unidad Móvil Digital de Detección Oportuna de Cáncer de Mama, la cual tuvo un costo de 12 millones de pesos. “Esta unidad será un gran apoyo, ya que podremos duplicar la cifra en cuanto a estudios de mastografía y acortaremos en un 50 por ciento los tiempos para la entrega de resultados, lo que en consecuencia nos permitirá salvar más vidas”.

“La obtención de esta Unidad se logró gracias a la recaudación de fondos a través de la Segunda

Carrera contra el Cáncer de Mama. Patricia Mercado, Armando Ahued y Fernando Guisa, titulares de la Secretaría de Gobierno, Secretaría de Salud y el creador de la Fundación del Cáncer de Mama (FUCAM), respectivamente, participaron en dicha carrera e inauguraron esta Unidad, la cual incluye dos mastógrafos digitales de vanguardia y un centro de diagnóstico para atender a un mayor número de mujeres, especialmente a aquellas que habitan en zonas de difícil acceso de la CDMX”.

FUCAM UNA INSTITUCIÓN SIN FINES DE LUCRO EN LA CDMX

La Fundación del Cáncer de Mama (FUCAM), ubicada en la Ciudad de México, es pionera en nuestro país y América Latina en campañas de mastografía; se trata de una institución médica sin fines de lucro, dedicada a brindar tratamiento integral, específicamente para el cáncer de mama.

Cada año se presentan 14 mil nuevos casos de esta enfermedad, de los cuales el siete por ciento son tratados en esta Fundación con apoyo de empresas privadas, del Seguro Popular y gobiernos estatales. Realiza al año 50 mil mastografías, mil cirugías y 42 mil consultas. Asimismo, el tratamiento que ofrece incluye: ultrasonido mamario, biopsias por estereotaxia, estudios de patología,

quimioterapia, radioterapia, cirugía, reconstrucción mamaria, entre otros.

“UNOS SEGUNDOS HACEN LA DIFERENCIA”

El lanzamiento de la campaña de Detección Oportuna de Cáncer de Próstata, “Unos Segundos Hacen la Diferencia”, estuvo encabezada por el Jefe de Gobierno, Miguel Ángel Mancera: “Esta enfermedad debe tomarse con seriedad, ya que siete de cada 10 hombres que son atendidos llegan en etapas avanzadas, por lo que estamos reforzando estrategias para la prevención y atención oportuna”.

“La campaña está dirigida a hombres mayores de 40 años; pretendemos tener un alcance de 140 mil exámenes, lo cual nos daría una eficacia del 30 por ciento en detección. Los módulos para realizar este examen se colocan en mercados, estaciones del metro y delegaciones políticas. La prueba es muy rápida y ayuda a proteger y salvar miles de vidas”.

“Las mujeres juegan un papel muy importante, ya que son ellas quienes deben convencer a los hombres de realizarse periódicamente esta prueba. La campaña es permanente en la CDMX, ya que también es nuestro deber salvar la vida de los varones”.



Dr. José Armando Ahued Ortega



■ Dr. José Armando Ahued, durante Día del Superviviente del Cáncer, evento organizado por el INCan.

En la Ciudad de México el cáncer tuvo un aumento del 44 por ciento en cuanto a mortalidad, de 1990 a 2015. GLOBOCAN estima que la cifra incrementará a 77 por ciento en 2035, por lo que la Secretaría de Salud ha puesto en marcha medidas preventivas para la población que se encuentra en alto riesgo, con el fin de controlar este padecimiento.

Dichas acciones fueron expuestas en la Cumbre Mundial de Líderes Contra el Cáncer, la cual se llevó a cabo en noviembre pasado en la Ciudad de México (CDMX). En este magno evento las metrópolis que ya forman parte del Desafío de Ciudades contra el Cáncer (C/Can 2025) sustentado por la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), intercambiaron ex-

periencias en cuanto a las acciones que han llevado a cabo para controlar esta enfermedad, la cual ocupa los primeros lugares como causa de muerte en el mundo.

El Secretario de Salud de la capital del país, doctor José Armando Ahued, participó en este foro mundial, sobre el cual explicó: “Compartí las principales estrategias que hemos implementado en la Ciudad de México, las cuales están enfocadas en facilitar el acceso a los servicios de salud de la población que más lo requiere. En nuestra ciudad, el cáncer de mama, cervicouterino y de próstata son los más comunes. En el caso de las mujeres, una de cada tres se realiza la mastografía o la citología vaginal, y en cuanto a los varones, uno de cada 10 acude a que se le practique la prueba de antígeno prostático”.

CIUDAD PIONERA EN VACUNACIÓN CONTRA VPH

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es causante del 70 por ciento de los casos de cáncer cervicouterino, que en 2005 cobró la vida de 250 mil mujeres en el mundo y en 2007 causó la muerte de 322 pacientes en la Ciudad de México. La vacuna contra este virus surgió en 2006, resultado de un arduo trabajo científico y una inversión significativa por parte de algunos laboratorios farmacéuticos.

En 2008 la CDMX fue la primera capital en aplicar esta vacuna, con una campaña que tuvo una inversión de 100 millones de pesos y se limitó a niñas de entre 11 y 13 años, principalmente de

escasos recursos. “En 2015 implementamos una nueva estrategia para la aplicación de esta vacuna en varones que cursan el quinto año de primaria, ya que se observó una incidencia en jóvenes de entre 14 y 17 años que presentaban Papiloma Humano. Este virus es la causa de cáncer de pene, ano, boca y garganta, así como de verrugas genitales, por lo que resulta de suma importancia inmunizar a los niños que están en riesgo, debido a que algunos ya son portadores asintomáticos”.

CAMPAÑAS CON RECONOCIMIENTO DEL INCan

La Secretaría de Salud de la Ciudad de México, ha creado diversas campañas en torno a la prevención, detección y tratamiento del cáncer. Algunos de los factores de riesgo se asocian con una mala alimentación, el sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, entre otros, por lo que se puso en funcionamiento una estrategia para promover la adopción de una dieta balanceada y realizar actividad física cotidianamente.

“Implementamos el programa Espacios, Edificios y Plazas públicas 100 por ciento Libres de Humo de Tabaco, gracias a la aprobación de la Ley de Protección a los No Fumadores, la cual se publicó en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 29 de enero del 2004”.

“Se han realizado 18 mil pruebas de hemoglobina para la oportuna detección de la leucemia, que afecta principalmente a menores de edad; dichas pruebas son parte de la labor que se realiza en la Ruta de Detección de Cáncer, cuyo objetivo es brindar información de la enfermedad en plazas públicas, ya que es donde llevamos a cabo es-

tas jornadas. Asimismo, se aplican tamizajes y se invita a quienes están en riesgo para que se les realicen exámenes de detección”.

“La Campaña ‘Unos segundos hacen la diferencia’ recibió el reconocimiento del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), encabezado por el doctor Abelardo Meneses García, ya que gracias a su eficacia los pacientes que padecen esta neoplasia en la próstata, llegan en etapas iniciales. Para la detección oportuna del cáncer de ovario y de niños, contamos con las campañas ‘Si yo puedo, Tú puedes’ y ‘El abrazo que salva vidas’, respectivamente”.

ACCIONES PARA DETENER EL CÁNCER MAMARIO

Dos mujeres al día pierden la batalla contra el cáncer de mama en la Ciudad de México, el doctor Ahued Ortega señala que es indispensable la detección oportuna, ya que el 74 por ciento de las pacientes descubren que padecen esta enfermedad en etapas muy avanzadas, lo que arroja una cifra de 740 defunciones por año.

“En la CDMX, el gobierno ha invertido en infraestructura para una mejor atención del cáncer de mama, se han adquirido mastógrafos y equipos de ultrasonido; se creó un centro de diagnóstico radiológico y una clínica de cirugía reconstructiva, entre otros”.

“Contamos con 48 mastógrafos, los cuales nos han dado la oportunidad de salvar la vida de 960 mujeres. Las cirugías de reconstrucción se hacían únicamente en la medicina privada, por lo que las pacientes que deseaban realizarse este

procedimiento debían pagar 60 mil pesos. Actualmente la Secretaría de Salud de la CDMX brinda esta cirugía totalmente gratis; en un año se han realizado 203 reconstrucciones, lo cual apoya de sobremana en la recuperación física y emocional de las pacientes”.

“Seguiremos trabajando en la implementación de estrategias para el control del cáncer, estoy convencido de que las herramientas más eficaces que tenemos son: educación, información y prevención”.



■ Dr. Ahued Ortega durante su intervención en la Cumbre Mundial de Líderes Contra el Cáncer.



Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg



■ De izquierda a derecha: Mtro. Salomón Chertorivski con Dra. María Adela Poitevin, Presidenta de SOMERA; Dra. Laura Suchil, Jefa del Departamento de Vinculación Institucional del INCan; Dr. Abelardo Meneses, Director del INCan; Dr. Samuel Rivera, Presidente de SMEO; y Dr. Francisco Javier Ochoa, Presidente de la Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer y miembro del INCan.

LA SALUD NO ES UN COSTO SINO UNA INVERSIÓN

Las personalidades que participaron en la Cumbre Mundial, coincidieron en que el principal reto para lograr una disminución global del cáncer, es impulsar el sector educativo y financiero, así como implementar medidas para disminuir la contaminación.

Para combatir esta enfermedad el presupuesto juega un papel muy importante, ya que se requieren 600 mil millones de dólares para su control, motivo por el cual en este foro mundial se habló de planear una estrategia para lograr el acercamiento del sector privado, con el propósito de obtener una inversión en los programas que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido.

“La inversión privada apoyaría de sobremanera la lucha contra el cáncer; sin embargo, considero que el gobierno es quien tiene mayor responsabilidad, ya que invertir en servicios de salud es lo más significativo que se puede hacer por el futuro de nuestra población, para convertir a nuestra nación en un país desarrollado. La salud no es un costo, es una inversión”.

PARTICIPACIÓN EN LA WCLS 2012 EN MONTREAL

Como Secretario de Salud, Salomón Chertorivski, asistió a la World Cancer Leaders' Summit, en

Montreal, Canadá, en 2012. Su participación resultó destacada como representante de México, al exponer los planes y programas que llevaba a cabo el gobierno de nuestro país a favor de los pacientes oncológicos.

“Intervine en el panel ‘Mejorando los sistemas nacionales de salud a través de los programas de planeación, control, implementación y seguimiento del cáncer’, en el cual expuse que en México trabajamos en diversas acciones para darle prioridad a la prevención y atención de esta enfermedad, ya que conlleva a implicaciones económicas importantes, pero sobre todo, en quienes la padecen, causa un grave deterioro en la calidad de vida”.

RECONOCIMIENTO A MÉXICO COMO EJEMPLO MUNDIAL

El Seguro Popular es el encargado de brindar servicios de salud a las personas inscritas en el sistema de protección social y trabaja con proveedores de salud públicos y privados para dar cobertura en todo el país. Proteger en su totalidad a la población que no cuenta con seguridad social y dar acceso a servicios médicos, hospitalarios, farmacéuticos y quirúrgicos, es su objetivo principal.

Durante la Cumbre de 2012, Salomón Chertorivski dio a conocer los resultados del Seguro Popular, demostrando su eficacia, por lo que la Princesa

de Jordania, Dina Mired y la entonces Presidenta de la UICC, Mary Gospodarowicz, dieron su reconocimiento a México por ser un ejemplo a nivel mundial, al expandir el acceso a la detección y tratamiento de esta neoplasia por medio del financiamiento de este seguro.

“Gracias al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, se lograron financiar 92 mil casos de cáncer, lo que nos lleva a una cifra de 52.7 millones de personas afiliadas a este Seguro. Asimismo, se registró una disminución en la tasa de mortalidad por cáncer de mama, debido a la detección temprana y al tratamiento otorgado por el Seguro Popular; además se proporcionó un fármaco de vanguardia (trastuzumab), con el cual se aumentó la supervivencia en mujeres con esta enfermedad”.

“Sin demeritar los avances obtenidos gracias a la cobertura en atención de este Seguro, debemos redoblar esfuerzos para dar paso a la Medicina Preventiva y alentar a la población para llevar un estilo de vida saludable, evitando el tabaquismo y la obesidad. Asimismo es importante brindar información acerca de la detección de esta enfermedad en etapas tempranas, aseguramos de que el personal esté altamente capacitado y disponible en los servicios de salud, así como ofrecer atención, tanto en clínicas de primer contacto como en hospitales generales”.

En el Palacio de Minería de la Ciudad de México, se dieron cita líderes mundiales de la lucha contra el cáncer, en noviembre pasado. El Instituto Nacional de Cancerología (INCan) y la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), se dieron a la tarea de reunir, también en este foro, a las máximas autoridades de salud y política de nuestro país.

Dentro de la Cumbre Mundial se expusieron los proyectos de los distintos países de los cinco continentes, en torno a las patologías oncológicas y sus estrategias para impulsar en la población estilos de vida saludables a través de educación en salud, con el objetivo de lograr una detección oportuna en los distintos tipos de cáncer.

DEJANDO HUELLA EN LA SECRETARÍA DE SALUD

El Secretario de Desarrollo Económico de la Ciudad de México, Salomón Chertorivski, quien fuera Secretario de Salud federal en 2011, participó en la Cumbre Mundial de Líderes Contra el Cáncer 2017 (WCLS, por sus siglas en inglés), donde explicó: “Hemos impulsado un sistema de cobertura universal que brinde a toda la población servicios médicos de calidad, ya que la salud es un derecho humano”.

El Maestro Chertorivski Woldenberg, en su paso como titular de la Secretaría de Salud, impulsó diversas estrategias para el Fondo de Protección

Contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular, donde se brindó cobertura a diversas neoplasias. Sobre la importancia de este programa para la población mexicana, explica:

“Es necesario proporcionar recursos suficientes para la atención de esta enfermedad; por dar un ejemplo, siete de cada 10 niños sobreviven a la leucemia gracias a la cobertura del Seguro Popular, sin ella la cifra se reduciría a tres de cada 10”.

“El cáncer de mama, cuello uterino, médula ósea, testículo, próstata y el linfoma no-hodking, son algunos de los cánceres en menores de 18 años que se financian gracias al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Sistema Nacional de Protección Social”.



Dr. Eduardo Emir Cervera Ceballos

La anemia se define como la disminución del transporte de oxígeno en la sangre, debido principalmente a la disminución de hemoglobina. Los factores que provocan este padecimiento son múltiples, como la falta de nutrientes, pérdida sanguínea y deficiencia de hierro. La anemia se divide en aguda y crónica; su diagnóstico se realiza a través de biometría hemática y si es necesario, mediante estudios adicionales de cuantificación de hierro, fólico, vitamina B12, biopsia de médula ósea, entre otros.

Respecto al cáncer, durante el tratamiento oncológico, frecuentemente, se presenta anemia, ya sea como parte del proceso tumoral o bien inducida por los diferentes tipos de tratamiento, como la quimioterapia o la radioterapia. Para abordar este tema, uno de los líderes nacionales en este tópico, el doctor Eduardo Cervera Ceballos, Director de Docencia y Coordinador de la Clínica de Leucemia en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan), quien además es coautor del libro "Anemia y Cáncer", explica al respecto:

"La quimioterapia por sí misma puede generar anemia, pero también el propio cáncer puede provocarla, por ejemplo, en los pacientes con cáncer de colon o estómago, con pérdidas crónicas de sangre a través del tubo digestivo; una proporción importante de pacientes con este cáncer, ya presentan

ANEMIA INDUCIDA POR QUIMIOTERAPIA

algunas formas de anemia desde el diagnóstico mismo de la enfermedad. La quimioterapia a su vez, puede interferir con la producción de glóbulos rojos en la médula ósea en algunos padecimientos, como leucemias, linfomas, mieloma múltiple y otros. Los glóbulos rojos son células que rápidamente están en crecimiento y al ser expuestas a la quimioterapia disminuyen o cesan su producción".

TRATAMIENTO MEDIANTE ERITROPOYETINA

De acuerdo al tipo de anemia se suministran hemáticos, como hierro oral, intramuscular e intravenoso. Sin embargo cuando la anemia en un paciente con cáncer es provocada por la quimioterapia, se suministran agentes estimulantes de la producción de hemoglobina, como derivados de la eritropoyetina, por ejemplo, la eritropoyetina humana recombinante.

"La eritropoyetina puede motivar o incentivar la producción de sangre, pero si el problema es la leucemia o un mieloma se debe atender la causa, erradicando el mieloma o linfoma para que la médula ósea vuelva a funcionar de manera normal".

"La eritropoyetina es un agente estimulante de la producción de glóbulos rojos y actúa a nivel de la célula progenitora de estos glóbulos, favoreciendo que en las últimas etapas del proceso de maduración se produzcan de manera mucho más eficaz y rápida, logrando que el paciente se recupere mucho más rápido".

"La eritropoyetina no promueve ni favorece el crecimiento tumoral, en este término es absolutamente

segura, ya que los tumores no tienen receptores de eritropoyetina, por lo tanto no son susceptibles a la acción de ésta; existen indicaciones específicas para usarla, por ejemplo, en mieloma múltiple, linfoma, en algunos tumores de ovario y de pulmón e incluso de mama y tubo digestivo, siempre y cuando se ajuste a las indicaciones acordadas por la comunidad científica".

MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA

De acuerdo con el doctor Cervera Ceballos, la eritropoyetina no tiene nivel de toxicidad, debido a que es una hormona que se encuentra en la sangre, similar a la hormona tiroidea e insulina; asimismo, las formas de la eritropoyetina comercial son derivados de la eritropoyetina humana y son bastantes seguras en cuanto a su aplicación.

"Los derivados de la eritropoyetina en el paciente oncológico, evitan que caiga en estados graves de anemia y mejoran considerablemente su calidad de vida, sacándolos rápidamente del cuadro anémico con el que algunos llegan. Entre un 30 y 40 por ciento de los pacientes con cáncer tienen anemia y eventualmente son candidatos a recibir eritropoyetina".

Durante el tratamiento, particularmente con quimioterapia o algunas formas de radioterapia, se estima que más del 60 por ciento de los pacientes oncológicos requerirían el uso de eritropoyetina y sus derivados. Cabe decir que, en pacientes oncológicos el uso de eritropoyetina supera el 80 por ciento de respuestas terapéuticas.

PRIMER LIBRO SOBRE "ANEMIA Y CÁNCER" EN LATINOAMÉRICA

El libro titulado "Anemia y Cáncer" coeditado por los doctores Eduardo Cervera, Pere Gascón y Nidia Zapata, aborda tres puntos específicos de este padecimiento:

"El primero es que la anemia es la alteración hematológica junto con el dolor, más frecuente que presentan los pacientes con cáncer; les quitamos el dolor pero la anemia no la volteamos a ver. El segundo punto es que ya existen formas relativamente cómodas de tratar la anemia, mucho más allá de la transfusión, que es un acto que en realidad representa un trasplante, con todos los riesgos que esto puede conllevar; aunque la sangre sea segura, siempre puede tener alguna suerte de contaminación o riesgo. Entonces había que repasar muy bien los conceptos nuevos, en

cuanto a terapéutica y al tratamiento de la anemia en pacientes oncológicos".

"El tercer punto y lo más importante a nivel científico, es que en los últimos años ha habido un crecimiento explosivo en el conocimiento de toda la Fisiología y Fisiopatología sobre anemia y cáncer, pero no existen muchos libros en el mundo al respecto; en Latinoamérica y México no hay ninguno. Esta obra se encuentra dirigida a la comunidad médica y también a investigadores, biólogos, químicos, interesados en lo referente a la producción de la sangre con vías de diferenciación y al tratamiento de diversas formas de cáncer relacionadas con la anemia, para oncólogos, hematólogos, hemato-oncólogos y algunos otros profesionales de la salud y de la Biología".

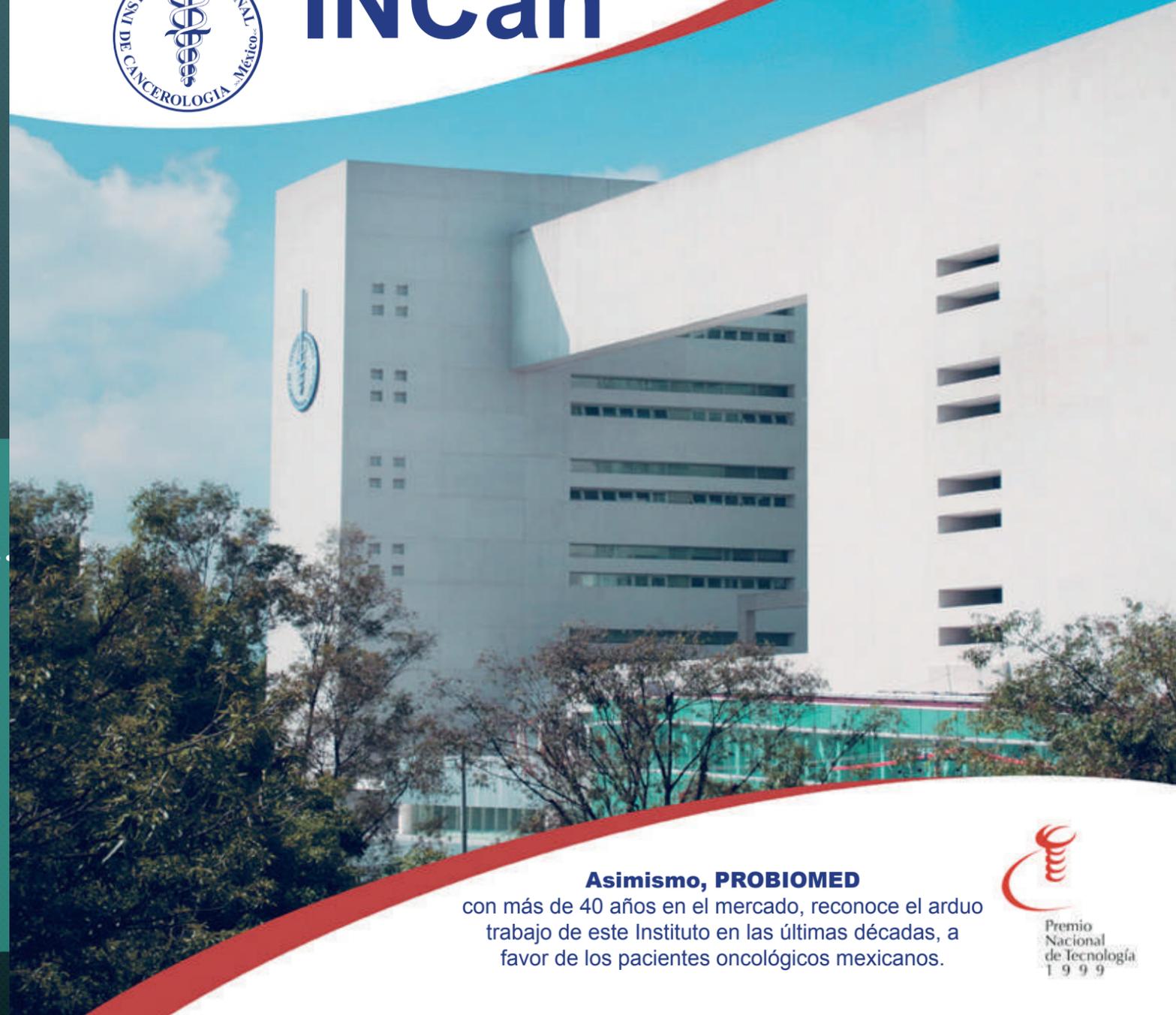


Trabajando con el líder de la Oncología en Latinoamérica

Instituto Nacional de Cancerología



INCan



Asimismo, PROBIOMED con más de 40 años en el mercado, reconoce el arduo trabajo de este Instituto en las últimas décadas, a favor de los pacientes oncológicos mexicanos.





Dra. Laura Suchil Bernal

Después de siete años de llevarse a cabo la Cumbre Mundial de Líderes Contra el Cáncer, México se convirtió en el primer país de Latinoamérica en obtener su sede, del 13 al 15 de noviembre del 2017. Este magno evento de talla internacional, fue organizado por el Instituto Nacional de Cancerología, donde la doctora Laura Suchil, Jefa del Departamento de Vinculación Institucional del INCan, fue pieza clave para que la Cumbre resultara exitosa.

OBTENCIÓN DE SEDE

Sobre la organización de este Foro Mundial, explicó: “Entre los participantes a la convocatoria se encontraban Argentina y Panamá, pero nosotros presentamos los documentos necesarios y afortunadamente obtuvimos la sede, no sólo porque México cuenta con la capacidad para organizar eventos muy importantes, sino porque además reconocen el liderazgo de nuestro Instituto para auspiciar una Cumbre de este nivel y contar con los principales líderes de la Oncología mundial”.

Como organizador, el Instituto Nacional de Cancerología, se centró en dos objetivos: posicionar a la institución a nivel internacional, por lo que dentro de la Cumbre Mundial tuvo la oportunidad de exponer la situación del cáncer en nuestro país, así como la labor que realiza en pro de los pacientes mexicanos, ante expertos de todo el mundo. El segundo objetivo y el más relevante, fue darle visibilidad al Programa Integral de Prevención y Control del Cáncer, el cual es necesario para reducir la mortalidad por esta enfermedad en México.

La doctora Suchil y el Director del INCan, doctor Abelardo Meneses, trabajaron de manera conjunta con la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) y buscaron contar con la presencia de los representantes más destacados en la lucha contra esta enfermedad a nivel mundial, explicándoles la necesidad e importancia de su participación dentro de la Cumbre.



■ De izquierda a derecha: doctores Alejandro Mohar, Laura Suchil, Abelardo Meneses y Karina Jauregui del INCan, con la Princesa de Jordania Dina Mired, Prof. Sanchia Aranda, Jessica Mathieu de la UICC; Dra. Ma. Adela Poitevin, Presidenta de SOMERA y Dr. Horacio Astudillo de la Vega, Director Científico de Nanopharmacia Diagnóstica.

“Contar con la presencia del Presidente Enrique Peña Nieto y de su esposa, resultó fundamental para resaltar la importancia que tiene para nosotros el cáncer en nuestro país. Los directivos de la UICC expresaron al doctor Meneses que ésta ha sido la mejor Cumbre Mundial de las siete realizadas, no sólo por la belleza de México y de su gente, sino por su nivel de discusión, ya que la participación de múltiples líderes mundiales fue inédita y sobre todo, por el avance que se tuvo en el proyecto del Desafío de las Ciudades Contra el Cáncer”.

C/CAN 2025 TEMA PRINCIPAL DE LA CUMBRE

La UICC eligió el Desafío de las Ciudades Contra el Cáncer (C/Can 2025) como uno de los temas para esta Cumbre, así como las actividades que tienen las ciudades para el control de esta enfermedad y cómo los ministros de salud están apoyando el cumplimiento de los compromisos internacionales para reducir la mortalidad por cáncer en un 25 por ciento.

Durante la Cumbre se explicó la política de salud que se desarrolla a nivel internacional en las sesiones de la Organización Mundial de la Salud,

la cual indica que para 2025 las ciudades participantes en el Desafío C/Can (entre ellos CDMX) se comprometen a reducir la mortalidad en un 25 por ciento. Para lograrlo, se debe considerar la labor de presidentes, gobernadores, secretarios de salud, entre otros, ya que son ellos quienes toman medidas necesarias que impactan en la salud de la población.

Las ciudades que participan en este Desafío deben tener más de un millón de habitantes, una infraestructura en salud sólida y el apoyo del gobierno. Se cuenta con ciudades-enseñanza, como Asunción en Paraguay y Cali en Colombia, que comenzaron a trabajar desde el año antepasado y que actualmente ya obtuvieron resultados. “También se pretende en ciudades de escasos recursos, como Yangon en Myanmar y Kumasi en Ghana, proporcionar ayuda en cuanto a diagnóstico del cáncer, detección oportuna y mejores tratamientos”.

MÁS DE 300 LÍDERES MUNDIALES CONTRA EL CÁNCER EN MÉXICO

El éxito de un evento de esta magnitud radica en que las personalidades del más alto nivel asistan,

tal como explica la doctora Suchil Bernal: “Fuimos muy afortunados porque tuvimos la presencia de 350 líderes de 60 países, sin duda le dieron a la Cumbre un impacto impresionante, ya que son personalidades que se caracterizan por su labor contra el cáncer y por la visibilidad que proyectan gracias a su trabajo”.

“Contamos con la presencia de: la Reina Letizia de España, quien es Presidenta Honoraria de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC); del Presidente de Uruguay, Tabaré Ramón Vázquez Rosas, radio-oncólogo de profesión, que ha transformado el control del cáncer en su país y quien además es embajador del Desafío de Ciudades Contra el Cáncer; la Vicepresidenta de Argentina, Marta Gabriela Michetti, que participa en diferentes acciones internacionales para la mejora del control de esta enfermedad en su país; la primera dama de Belice, Kim Simplis Barrow, superviviente de cáncer de mama y gran activista en toda la región del Caribe y en las Islas Vírgenes Británicas; la Princesa de Jordania, Dina Mired, Presidenta Electa de la UICC que ocupará la Presidencia en 2018, y quien ha trabajado para lograr acceso a tratamientos, construyendo hospitales y capacitando a los profesionales de la salud dedicados al cáncer en su país”.



■ El Ángel de la Independencia de la CDMX se iluminó de naranja durante la Cumbre Mundial de Líderes Contra el Cáncer.

PARTICIPACIÓN DE LÍDERES NACIONALES

En la Cumbre se habló de alta política de salud, por lo que también se contó con la presencia del Secretario de Salud Federal, José Narro Robles; del Jefe de Gobierno de la Ciudad de México, Miguel Ángel Mancera; del Secretario de Desarrollo Económico, Salomón Chertorivski Woldenberg; y del Secretario de Salud de la Ciudad de México, José Armando Ahued. “Invitamos a secretarios de salud y presidentes municipales de Hermosillo y Querétaro, dos ciudades que probablemente apliquen para ser parte de este Desafío de Ciudades Contra el Cáncer e involucramos, además, a las organizaciones de la sociedad civil, lo que le dio a la Cumbre también gran participación nacional”.

“Asimismo, se invitó a los tres organismos académicos de cáncer más importantes del país: la Sociedad Mexicana de Radioterapia (SOMERA), la Asociación Mexicana de Mastología (AMM) y la Sociedad Mexicana de Oncología (SMeO), representadas por sus presidentes, los doctores: María Adela Poitevin Chacón, Juan Enrique

Bargalló Rocha y Samuel Rivera Rivera, respectivamente”.

Cabe mencionar que estuvieron presentes representantes de gobiernos, politólogos, economistas, responsables de sistemas de salud, comunicadores de alto nivel, profesionales de la salud, epidemiólogos, estadísticos, activistas, y miembros de la industria farmacéutica y del sector privado. “Se registró una gran actividad en las redes sociales a través de las organizaciones de la sociedad civil, ya que éstas son un elemento importantísimo porque representan la voz del paciente. También existió mucha respuesta del sector gubernamental, desde luego por la presencia del Presidente, pero también por la participación del Gobierno de la Ciudad de México, que nos apoyó con la iluminación del Ángel de la Independencia al iniciar las actividades y con la logística del evento”.

CÁNCER EN LOS DIVERSOS ESTRATOS SOCIALES

La doctora Suchil participa en el desarrollo de proyectos estratégicos, un ejemplo de éstos es el Programa Integral de Prevención y Control del Cáncer,

al que tuvo oportunidad de darle visibilidad durante la Cumbre. Asimismo, la especialista cuenta con la experiencia de haber trabajado con la American Cancer Society y asegura que laborar con la UICC le dejó gran aprendizaje.

“Me quedo con la enorme satisfacción de haber participado en la organización de la Cumbre, que fue catalogada como la mejor y de cumplir con los objetivos trazados, posicionando al INCAN a nivel internacional; además, logramos que el Programa Integral se tomara en cuenta en la agenda presidencial. Si queremos incidir en la política de salud, debemos atraer a los más importantes y a los líderes en cada tema”.

“No invitamos a las reinas, princesas o a las primeras damas, únicamente como figuras mediáticas de la alta sociedad; cada una de ellas trabaja en el control del cáncer, por lo que vinieron para participar con un objetivo muy claro. Esta enfermedad impacta en todos los sectores de la sociedad a nivel mundial, lo mismo afecta a ricos, directores o empresarios, que a personas de escasos recursos, por lo que todos debemos trabajar conjuntamente para controlarla”.



MARÍA

PODRÍA SER UNO DE SUS PACIENTES

María

45 años, escritora,
amante de los libros,
apasionada de la cocina.



Lic. Francisco González Albuérne



■ Lic. Francisco González Albuérne con la Reina Letizia de España durante la Cumbre Mundial de Líderes Contra el Cáncer México 2017.

Cortesía: Grupo Milenio

El Instituto Nacional de Cancerología (INCan) de México, por estatuto, cuenta con un Patronato, cuyo objetivo es la obtención de recursos para que el Instituto realice sus labores fundamentales de investigación, atención médica y enseñanza. Quienes laboran en este Patronato, no perciben retribución o compensación alguna, ya que los cargos son considerados honoríficos.

El licenciado Francisco González Albuérne, Director General del Grupo Milenio, quien además funge como Presidente del Patronato del INCan y por tanto representa a éste ante la Junta de Gobierno y es el vínculo entre el Patronato y el Director General del Instituto, explica: “Una de nuestras funciones

es mantener constantemente informado al doctor Abelardo Meneses García, acerca de las actividades que se realizan; asimismo, debemos informar el desarrollo de éstas a la Junta de Gobierno, por lo menos una vez al año”.

CANCEROTÓN Y DESCENTRALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

Se estima que a lo largo de su vida, uno de cada tres mexicanos será diagnosticado con cáncer, motivo por el cual surge la necesidad de impulsar la prevención y facultar a los estados para evitar que se triplique en 2020 el número de personas que padecen esta enfermedad.

“El Patronato del INCan lleva a cabo diversas acciones para la lucha contra el cáncer, entre las cuales destaca el Cancerotón, cuya finalidad es descentralizar la atención de los pacientes y lograr que los estados sean autosuficientes en este rubro; asimismo, se trata de recaudar recursos monetarios por medio de donaciones bancarias, con las cuales los centros oncológicos fortalecerán su infraestructura”.

“El 17 de octubre del 2014, se llevó a cabo el primer Cancerotón en Ciudad Victoria, la cual consideramos una ciudad hermana. En 2013 se registraron 2 mil 600 muertes por cáncer en Tamaulipas, la tasa más alta que se ha dado en el país. En esa ocasión logramos recaudar

11 millones 143, 800 pesos, con lo que logramos abrir una Clínica de Prevención y Detección Oportuna del Cáncer”.

SUPERANDO EXPECTATIVAS DE RECAUDACIÓN

El Segundo Cancerotón se llevó a cabo en Monterrey, Nuevo León, el 26 y 27 de junio de 2015, superando la meta de 30 millones de pesos, con los cuales se construyó una Clínica de Prevención del Cáncer en las inmediaciones del Hospital Universitario.

Torreón, Coahuila, fue sede del Tercer Cancerotón en 2016, ya que esta región supera la media nacional en casos registrados por esta enfermedad, ocupando el quinto lugar a nivel nacional en mortalidad. Por tercer año consecutivo se alcanzó la meta y se logró la construcción de la Clínica de Prevención del Cáncer en esta ciudad.

“Quienes conforman el Patronato, los medios de comunicación, el gobierno, la sociedad civil y la iniciativa privada, ente otros, que se unen a esta iniciativa, son el apoyo que nos permite realizar transformaciones importantes para trascender; si unimos fuerzas podremos lograr grandes cosas”.

“La Cuarta edición del Cancerotón se realizó en la ciudad de Puebla, donde logramos recaudar 38 millones 227, 571 pesos, con los cuales se construirá una Clínica de Prevención y Detección Temprana del Cáncer en el Hospital Universitario de Puebla. Los habitantes de este estado podrán asistir para que se les realicen estudios oportunamente y recibir atención especializada en esta Clínica”.

“Las redes sociales jugaron un papel muy importante, ya que el Cancerotón obtuvo 10 mil menciones en Twitter y una donación de 500 mil pesos. Con los fondos que hemos recaudado hasta ahora, cambiar la vida de la población mexicana será una realidad”.

CREACIÓN DE CLÍNICA DE DETECCIÓN ONCOLÓGICA EN CDMX

El Patronato del Instituto Nacional de Cancerología, informó que abrirán una Clínica de Prevención y Detección Oportuna de Cáncer en la Ciudad de México, en el edificio antiguo del Instituto, la cual tendrá una inversión de ocho millones de pesos. La mitad de esos recursos los aportará el Patronato y el resto será cubierto por el INCan.

“La detección temprana es uno de los objetivos que tenemos en el Patronato, motivo por el cual

creamos clínicas accesibles para la población. En 2018, la CDMX tendrá una de ellas, en la cual se realizarán análisis genéticos y pruebas de citología; asimismo, se atenderán casos relacionados con nutrición y brindará tratamiento para la adicción al tabaco, entre otras acciones que forman parte de un modelo integral de atención”.

UN MINUTO CONTRA EL CÁNCER

Desde la creación del Patronato del INCan, hace aproximadamente seis años, se han invertido más de 47 millones de pesos en campañas, clínicas e investigación científica, con el propósito de fomentar la prevención; es por ello que surge la exitosa campaña “Un Minuto Contra el Cáncer”, la cual busca crear conciencia en la población sobre cuáles son los factores de riesgo, proporcionar información para aclarar mitos acerca de esta enfermedad y dejar claro que si el cáncer es detectado a tiempo se puede curar.

“En el Patronato nos enfocamos en la prevención y con esta campaña invitamos a los ciudadanos para que se regalen un minuto y lo dediquen a conocer y entender esta enfermedad, explorarse y llevar a cabo acciones sólidas para prevenir el cáncer, mismo que se puede derrotar si lo detectamos a tiempo.”



Dr. Alejandro Mohar Betancourt

El cáncer es un problema grave de salud pública en México, ya que es la tercera causa de muerte, con más de 80 mil fallecimientos y más de 195 mil casos nuevos anualmente.

La neoplasia más recurrente y por tanto, la causa número uno de mortalidad en la población femenina, es el cáncer de mama, seguido del cáncer de tubo digestivo y pulmón; en hombres las neoplasias más frecuentes se presentan en próstata y pulmón.

Debido al número de pacientes y decesos que se han registrado en los últimos años, surgió la necesidad de crear el Registro Nacional de Cáncer en México. El doctor Alejandro Mohar, Exdirector del INCan y Coordinador del Programa Integral de Prevención y Control de Cáncer, asegura que contar con estadísticas sobre esta enfermedad resulta vital, lo que ya se ha realizado en otros países, desde hace varias décadas, con gran éxito.

“Se estima que uno de cada tres mexicanos sufrirá el diagnóstico de cáncer a lo largo de su vida. Este Registro nos va a servir para conocer, puntualmente, cuántos casos esta enfermedad se están presentando, en dónde, en qué grupos de edad se concentran, y cuál es la supervivencia de esos pacientes, entre otros datos. Esta información nos da la pauta para programar servicios de atención primaria, es decir, prevención y detección de la neoplasia; además, sabremos si las intervenciones de diagnóstico y tratamiento llevadas a cabo, realmente han tenido algún impacto”.

OBJETIVOS DEL REGISTRO

Para este Registro Nacional de Cáncer se tomarán en cuenta casos nuevos, los cuales ya comenzaron a ser registrados en Mérida y están avalados por la International Agency of Research in Cancer (la agencia de cáncer de la Organización Mundial de



■ Dr. Alejandro Mohar durante su intervención en la Cumbre Mundial de Líderes Contra el Cáncer 2017.

la Salud). Los datos del paciente que quedarán asentados son: edad, género y lugar de residencia. Y en cuanto a la neoplasia: tipo de tumor, morfología, localización, supervivencia, derechohabencia y los esquemas básicos de tratamiento.

“Para la creación de este Registro participa todo el sector salud y coparticipan los médicos que realizan el diagnóstico en cáncer, además de un grupo de personas que identifican esos casos y los ingresan a una base de datos o los suben a una nube, como en el caso de Estados Unidos, y es así como se convierte en información pública; eso es lo que se está trabajando en ciudades como Mérida, Guadalajara, Hermosillo, Campeche, La Paz, Tijuana, y esperamos próximamente la ciudad de Toluca”.

RECURSOS MONETARIOS

Para llevar a cabo un Registro Poblacional, la cifra promedio que se necesita es de dos millones de pesos anuales, aunque esta cantidad depende del número de habitantes que radican en cada ciudad. A pesar de que aún no se cuenta con los recursos provenientes del gobierno para dicho Registro, éste ha demostrado un gran interés, ya que aporta ingresos mensuales para los salarios de epidemiólogos, apoyo en infraestructura, así como con la aprobación de la Ley Nacional de Cáncer.

“Dicha Ley se aprobó en junio del 2017, por lo que la asignación de capital para el Registro aún está

en discusión en el Congreso; esperamos que en 2018 ya contemos con recursos federales, mientras tanto hemos levantado el Registro a través de donativos filantrópicos de la iniciativa privada, del Patronato del INCan y de la Fundación IMSS”.

“Llevamos algún tiempo luchando por la creación de este Registro en México. Costa Rica, Cuba, Puerto Rico, Uruguay, Panamá, Brasil, Argentina, Chile, Colombia y Ecuador, ya cuentan con varios Registros de Cáncer y han obtenido excelentes resultados, desde hace más de 50 años. Para México, era urgente hacer el esfuerzo de tener nuestro Registro de Cáncer y finalmente lo logramos”.

TABAQUISMO E INCREMENTO DE TUMORES

Existen más de 200 tumores malignos, de los cuales los más frecuentes en varones son por: cáncer de próstata, pulmón, tubo digestivo, testículo, y neoplasias hematológicas. En las mujeres, cáncer de mama, cérvix-uterino, tubo digestivo, ovario y linfomas, son los más comunes.

Para disminuir la incidencia y mortalidad de casos por cáncer, una de las medidas más importantes es la prevención. El doctor Mohar, explica que si se erradicara el hábito del tabaco, desaparecerían al menos 13 tumores. “La prevención primaria es lo fundamental, es decir, dejar de fumar, llevar una dieta balanceada, hacer ejercicio, controlar y reducir el sobrepeso, la diabetes y obesidad, así como el control de ciertas infecciones”.

“Con estos elementos podríamos reducir hasta en un 60 por ciento los tumores malignos o controlarlos en su fase inicial. Posteriormente, debemos enfocarnos en el diagnóstico temprano y no permitir que un tumor alcance más de dos o tres centímetros, sólo así podemos curar a un mayor número de pacientes”.

PARTICIPACIÓN EN LA CUMBRE

La Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), eligió a México como ganador de la sede para llevar a cabo la Cumbre Mundial de Líderes Contra el Cáncer en 2017, en la que se convocó a expertos mundiales, como la Reina Letizia, la Princesa de Jordania y el Presidente de Uruguay, entre otros. Todos ellos con amplia experiencia en cuanto a registros y planes nacionales contra el cáncer.

“Dentro de la Cumbre participé en diversos foros y coordiné una sesión de acceso a medicamentos oncológicos innovadores. El Seguro Popular, IMSS e ISSSTE, cubren la quimioterapia básica para algunos tumores y algunos medicamentos innovadores. Sin embargo, ahora existe un número importante de pacientes que requieren medicamentos nuevos y que por su costo son inaccesibles para el 90 por ciento de la población mexicana que los necesita”.

“También participé en la discusión de los registros y la necesidad de tener un Programa Nacional Contra el Cáncer en México, ya que es la mejor forma de organizar y optimizar los recursos con los que contamos. Este Programa incluye población infantil, adolescente, adulta y geriátrica. Es, sin duda, el mejor instrumento para el control del cáncer en nuestro país”.

Asimismo, el doctor Mohar, añadió que la Cumbre posicionó al INCan como el líder del cáncer en México, ya que es un Instituto dedicado única y exclusivamente a la atención médica, formación de recursos humanos de excelencia y a la investigación interdisciplinaria en cáncer.

El Registro obtuvo un beneficio importante, ya que se logró que el Presidente, Enrique Peña Nieto, lo tomara en cuenta y lo agregara a la agenda presidencial, con lo cual se mostró mayor interés para que se le asignen recursos federales. “Todos los mexicanos merecemos conocer el problema y magnitud del cáncer en nuestra comunidad, es nuestro deber y responsabilidad estudiar mejor esta patología, para alcanzar un mejor control de la misma”.



Dr. Juan Enrique Bargalló Rocha

La Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) es la organización no gubernamental más importante en cuanto al control de esta enfermedad a nivel mundial, que agrupa a líderes y expertos en este tópico, a fin de generar estrategias y acciones para el control de las diversas neoplasias.

El doctor Juan Enrique Bargalló, Jefe del Departamento de Tumores Mamarios del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) y Presidente de la Asociación Mexicana de Mastología (AMM), explica: “La UICC coordina la Cumbre Mundial de Líderes Contra el Cáncer y es la primera vez que este foro tuvo como sede un país de Latinoamérica, lo cual coloca a México en un lugar importante en cuanto a la lucha contra el cáncer. En este magno evento se habló de realizar un frente común con las necesidades específicas de la nación y vincularlo a todos los actores posibles: líderes políticos, económicos y gubernamentales, no sólo a nivel país, sino a nivel ciudad”.

El INCan fungió como organizador de este foro mundial, teniendo la oportunidad de aportar su experiencia en términos de prevención primaria y secundaria, pero sobre todo, de exponer en la Cumbre, su implementación de tratamientos, procesos de rehabilitación y cuidados paliativos.

“Compartimos diversas experiencias en términos de connotaciones sociales, culturales y económicas, con líderes de Estados Unidos, Europa, Asia y América Latina. El principal propósito fue avanzar políticamente en la lucha contra el cáncer”.

PARTICIPACIÓN COMO PRESIDENTE DE LA AMM

El doctor Bargalló Rocha, asistió a la Cumbre en su calidad de Presidente de la AMM. Cabe decir que esta Asociación forma parte de la UICC y que en alianza con la Sociedad Mexicana de Radioterapia



El INCan es el centro de referencial nacional en el tratamiento, formación de personal e investigación del cáncer mamario.

(SOMERA) y la Sociedad Mexicana de Oncología (SMeO), fueron patrocinadores para lograr que la Cumbre se realizara en nuestro país.

“En México, el cáncer de mama es un problema de salud en el que debemos incidir con mayor ahínco, ya que representa, desde hace algunos años, la primera causa de muerte en la mujer. En nuestro país las estadísticas no han disminuido

como en otras partes del mundo, por lo que se plantearon múltiples acciones para el control, prevención, detección oportuna y registro de esta enfermedad”.

“Tuvimos oportunidad de intercambiar ideas con la próxima Presidenta Electa de la Unión Internacional Contra el Cáncer, la Princesa de Jordania, Dina Mired, quien es una mujer proactiva y con

amplia visión para el control de esta enfermedad. Asimismo, interactuamos con médicos líderes de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud”.

“En cuanto a líderes de diferentes sectores del país, se contó con la presencia del Secretario de Salud de la Ciudad de México, doctor Armando Ahued; del Jefe de Gobierno, doctor Miguel Ángel Mancera; y del maestro Salomón Chertorivski, con quien tocamos temas de impacto económico”.

“I CAN NOW”

Este foro mundial tuvo un impacto espectacular en los medios de comunicación, sobre todo en redes sociales, ya que fue catalogada como la mejor Cumbre de las siete realizadas y la que ha tenido un mayor nivel de audiencia.

En este magno evento se determinaron acciones concretas en cuanto al Desafío de Ciudades Contra el Cáncer, ya que se tomaron en consideración capitales específicas de nuestro país, para que se sumen al control de esta enfermedad. Además, se planteó la necesidad de que los registros poblacionales arrojen resultados de calidad, para redefinir y puntualizar los planes estratégicos.

“Estoy convencido que el 2017 es el año que dará lugar a la implementación del Plan Nacional de Control del Cáncer, ya que al contar con la presencia del Presidente Enrique Peña Nieto en dicho evento, el Programa Integral de Cáncer consiguió un espacio en la agenda presidencial y en la medida que se fortalezca, obtendremos los cimientos para estructurar el control de esta patología y por tanto, surgirán datos en cuanto a disminución de mortalidad por esta enfermedad”.

“La enseñanza más importante de esta Cumbre, es que debemos manejar el cáncer como un problema global, ya que con esa visión llevaremos a cabo acciones rápidas y concretas para alcanzar el objetivo; es decir, el control del cáncer. Además hay que tener en mente su eslogan: ‘I can now’, y sumarnos a él para obtener mejores resultados”.

EDUCACIÓN PARA UNA DETECCIÓN OPORTUNA

Se estima que cuatro de cada diez personas pueden disminuir hasta en un 40 por ciento la posibilidad de contraer cáncer, si modifican sus estilos de vida, teniendo hábitos saludables, como la práctica de algún deporte y evitando el



■ **La investigación y la formación académica en torno al cáncer de mama, son objetivos centrales del INCan.**

consumo de tabaco y alcohol, así como llevando una alimentación balanceada.

“En los últimos años se ha dado un incremento de malos hábitos en nuestro país y ésta es una de las razones principales por las que ha aumentado el cáncer, así como otras enfermedades crónico-degenerativas, por lo tanto, es donde debemos incidir para disminuir los índices de mortalidad por esta enfermedad”.

“En cuanto a detección oportuna de cáncer mamario, también conocida como prevención secundaria, la herramienta más importante es la mamografía, en la cual no sólo importa la calidad de la imagen, sino una interpretación certera y precisa, que impacte en el número de casos detectados”.

“La educación juega un papel fundamental, donde debemos lograr que la población femenina acuda a realizarse los estudios, además de concientizar a las pacientes acerca de la periodicidad de la prueba, de la importancia de conocer los resultados y sobre todo, de las acciones que deben llevar a cabo una vez que obtienen el diagnóstico”.

OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS

Existe una deficiencia en el número de especialistas, así como en los recursos, tales como: equipos de radioterapia e imagen, hospitales, camas censables y especialistas.

“Aún con recursos limitados nuestra efectividad ha ido aumentando considerablemente, debemos optimizarlos para incrementar la cantidad de pacientes atendidas y el número de especialistas en

formación. El Instituto Nacional de Cancerología, probablemente, es la oferta académica más extensa que tiene el país en todas las disciplinas referentes a Oncología”.

COBERTURA UNIVERSAL PARA CÁNCER MAMARIO

En México los casos nuevos de cáncer de mama cuentan con una tasa en incidencia de entre el 14 y el 18 por ciento por cada 100 mil habitantes; una de cada ocho mujeres tiene la posibilidad de desarrollar esta enfermedad alrededor de los 52 años.

Recientemente, el INCan publicó los resultados que ha obtenido en cuanto a supervivencia, los cuales demuestran que se mantienen a la par de Estados Unidos y Europa. “México es de los po-

cos países en los que el cáncer de mama cuenta con cobertura universal, independientemente del tipo de seguridad social. Cabe señalar que desde 2007, el Seguro Popular a través del Programa del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, cubre esta neoplasia; pienso que ha sido uno de los aciertos más notables del gobierno”.

“Sin duda, es necesario redoblar esfuerzos en cuanto a educación, no sólo en detección oportuna, sino en prevención, para obtener un mayor impacto en términos de supervivencia de las pacientes. Asimismo, debemos involucrar más a la población femenina: si una mujer se auto explora, puede detectar un nódulo a partir de los dos centímetros, ya que con este tamaño la enfermedad puede ser potencialmente curable, lo cual es señal de que debe acudir con un especialista para recibir atención en etapas tempranas”.



■ **Dr. Juan E. Bargalló, Presidente de la Asociación Mexicana de Mastología y Dr. Horacio Astudillo, Director Científico Nanopharmacia Diagnóstica, con otras personalidades en la Cumbre Mundial de Líderes Contra el Cáncer.**

QX200 Droplet Digital PCR system

Biopsias Líquidas: Una realidad para el desarrollo de métodos no invasivos de diagnóstico del cáncer.

Las pruebas no invasivas son particularmente valiosas para tejidos y áreas del cuerpo en donde la obtención de una biopsia conlleva un riesgo significativo para el paciente.

Actualmente, se cuentan con métodos moleculares que permiten la detección de mutaciones y genes relacionados con cáncer; sin embargo, su sensibilidad no es suficiente para diferenciar la proporción gen mutado: gen normal.

El sistema de PCR digital en gotas QX200 (QX200 ddPCR) es uno de los desarrollos tecnológicos de la compañía Bio-Rad para la cuantificación absoluta ultrasensible de genes. A nivel mundial, este sistema ha sido particularmente útil para la investigación y desarrollo de métodos de detección y cuantificación de oncogenes así como en secuencias raras en muestras denominadas biopsias líquidas que involucran fluidos biológicos tales como plasma, esputo, heces u orina.

Beneficios del sistema QX200 ddPCR

- **Cuantificación absoluta sin la necesidad de curvas estándar.**
- **Alta precisión y sensibilidad**
- **Capacidad de procesamiento de muestras mayor en comparación con tecnologías con aplicaciones similares.**
- **Menor tasa de error que la tecnología de PCR tiempo real.**

Para mayor información sobre este producto consulte:



BIO-RAD

www.bio-rad.com

lsg_mexico@bio-rad.com





Dr. Miguel Ángel Jiménez Ríos

En México la primera causa de muerte por cáncer en hombres (mayores de 50 años), es el prostático. Uno de los factores es la escasa difusión sobre este padecimiento, lo que origina que el diagnóstico se establezca en etapas avanzadas, por lo que resulta de suma importancia identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar esta neoplasia.

El doctor Jiménez Ríos, Jefe del Departamento de Urología del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), explica: “Es necesario concientizar a la población masculina sobre esta neoplasia a través de campañas de información para su detección oportuna. En el Instituto, el 40 por ciento de los casos que recibimos ya presentan metástasis, por lo que no son candidatos a tratamiento curativo. Es importante identificar los síntomas obstructivos que se deben al crecimiento de la próstata y que originan disminución del calibre del chorro urinario y aumento de la frecuencia en las micciones. La nicturia es otro dato importante, ya que refleja un vaciamiento incompleto de la vejiga.

“En etapas avanzadas los pacientes acuden con dolor óseo, debido a la presencia de metástasis en el esqueleto, además puede existir sangrado y ataque al estado general. Otro de los síntomas que puede asociarse al cáncer de próstata y alertar al paciente, es la disfunción eréctil”.

VARONES CON FACTORES DE RIESGO

El análisis prostático específico (PSA) o antígeno prostático específico, se aprobó en 1986 por la Administración de Alimentos y Drogas de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés); sin embargo, su uso se limitaba a determinar el avance de este cáncer en hombres previamente diagnosticados. Fue hasta 1994 cuando en combinación con el Examen Digital del Recto (DRE), se



■ **El INCan se ha posicionado como el líder en México y Latinoamérica en la atención, investigación y formación de especialistas en cáncer prostático.**

aprobó el uso del antígeno prostático para explorar a hombres asintomáticos, con la finalidad de confirmar o descartar el cáncer de próstata. Cabe decir que existe un debate al respecto.

“El antígeno prostático es una sustancia que se mide en la sangre, la cual se eleva cuando existe presencia de cáncer y otras enfermedades de la próstata, como infecciones y/o inflamación; no siempre diagnóstica cáncer, pero nos orienta sobre una posible glándula enferma”.

“El diagnóstico de esta patología se basa en los factores de riesgo y la exploración de la próstata con tacto rectal, es decir, en varones mayores de 50 años con antecedentes genéticos, estilo de vida sedentario, ingesta alta de grasas de origen animal y tabaquismo. Si el resultado del tacto rectal y del antígeno prostático resultan anormales, se realiza una biopsia con la que se confirma el diagnóstico; no existe ningún otro método con el cual se pueda detectar el cáncer prostático”.

ÚNICO CENTRO FORMADOR DE URÓLOGOS-ONCÓLOGOS MEXICANOS

El INCan se encuentra a la vanguardia en la preparación de especialistas en Oncología Urológica y es la única institución reconocida por la Universidad Nacional Autónoma de México en este

tópico. Cada año se preparan entre dos y tres urólogos en el Curso de Alta Especialidad sobre cáncer genitourinario, es decir, no sólo deben especializarse en cáncer de próstata, sino también en riñón, vejiga, pene, testículo y algunos otros órganos del aparato genitourinario.

“En México este Curso solamente se imparte en el INCan, de donde han egresado aproximadamente 30 especialistas en la última década”, señaló el doctor Jiménez Ríos, quien además es el Profesor Titular de este Curso.

El Instituto también está posicionado como número uno en cuanto a investigación, ya que es donde se originan los protocolos más importantes para llevar a cabo determinaciones de alteraciones genéticas. “Actualmente, estamos desarrollando tres protocolos: el primero es la identificación del receptor androgénico en el mexicano; el segundo consiste en identificar partículas genéticas que se alteran durante el desarrollo del cáncer; y el tercero, se basa en marcadores específicos para determinar la presencia o ausencia de esta enfermedad”.

PARTICIPACIÓN DEL INCAN EN CAMPAÑAS

En septiembre de 2014 arrancó la campaña “Unos segundos hacen la diferencia”, con la

participación de las autoridades de salud de la Ciudad de México, representadas por el doctor Armando Ahued y del Instituto Nacional de Cancerología, el cual recibió un reconocimiento por los resultados y el éxito de dicha campaña. Ésta consiste en sumar los esfuerzos en la lucha contra el cáncer y dirigirlos a la detección oportuna.

En noviembre se lleva a cabo un movimiento mundial, denominado “Movember” (contracción en inglés de moustache-bigote y november-noviembre), en el cual los varones se dejan crecer el bigote durante todo el mes, para apoyar la lucha contra el cáncer y otros padecimientos del hombre; esta tendencia surgió en Australia y México ya forma parte de ella. “La campaña invita a los hombres a que acudan con el urólogo para que les practique una revisión de la próstata, sobre todo a aquellos que tengan antecedentes genéticos y factores de riesgo”.

“Asimismo, se lleva a cabo otra campaña en junio, en la que participa la Sociedad Mexicana de Urología, misma que está dirigida a varones mayores de 40 años y que fue nombrada “Por la salud del padre”, en la cual se pretende atender a los pacientes que acuden voluntariamente. De tal manera que sí, existen llamados de atención, pero estamos conscientes de que nos hace falta mayor difusión; este tipo de información debe ser masificada para que la enfermedad no sea lo que



Dr. Pedro de Jesús Sobrevilla Calvo

así hasta llegar a un máximo de 60 mil unidades semanales”.

MECANISMO DE ACCIÓN

Eporatio (eritropoyetina theta) comercializado en nuestro país por TEVA, es un tipo de eritropoyetina un tanto diferente a las otras, ya que se aplica cada semana; además, cuenta con estudios prospectivos que avalan su funcionamiento. Eporatio se inyecta en el paciente oncológico, estimulando la médula ósea, a fin de que ésta absorba un poco más de hierro.

“El mecanismo de acción se basa en la producción de glóbulos rojos; se trata de una hormona que todos tenemos, sin embargo la quimioterapia la suprime y evita que el organismo aproveche el hierro; es un mecanismo que definimos como enfermedad de anemias crónicas, ya que aunque se tiene hierro no lo puede aprovechar el individuo”.

ADMINISTRACIÓN SEMANAL

En algunos pacientes, sobre todo cuando son refractarios, se les administra hierro intravenoso más Eporatio; “es un medicamento bastante nuevo en México, en relación a las otras eritropoyetinas que tienen alrededor de 25 años. La ventaja es que se puede administrar semanalmente y esto es bueno para el paciente, porque se evita estarlo inyectando continuamente”.

“Es importante estar monitoreando al paciente; cada vez que le aplicamos quimioterapia, le realizamos una biometría hemática para saber si está mejorando lo suficiente, y si tiene más de 12 gramos de hemoglobina le dejamos de administrar el medicamento”.

EPORATIO: TRATAMIENTO PARA ANEMIA INDUCIDA POR QUIMIOTERAPIA

La disminución de hemoglobina se define como anemia, la cual tiene diversas causas. En Oncología se debe principalmente a la aplicación de varios ciclos de quimioterapia citotóxica, aunque en los pacientes con cáncer puede además tener un origen multifactorial, como consecuencia de otra enfermedad crónica.

Asimismo, es frecuente (principalmente en mujeres), que además de los factores expuestos arriba, exista anemia por deficiencia de hierro, independientemente del cáncer y de la quimioterapia.

ANEMIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

De acuerdo con el doctor Pedro de Jesús Sobrevilla, hemato-oncólogo del Hospital Ángeles del Pedregal, alrededor del 30 por ciento de los pacientes oncológicos padecen anemia, la cual se clasifica de acuerdo a los gramos de hemoglobina en severa, moderada o leve.



es actualmente: una neoplasia de etapas avanzadas”.

DISMINUCIÓN DE MORTALIDAD Y DUPLICACIÓN DE CASOS

El INCan recibe aproximadamente 300 casos nuevos de cáncer de próstata al año, posterior a las campañas de información sobre la enfermedad, tal como explica el doctor Jiménez Ríos, Jefe del Departamento de Urología del Instituto Nacional de Cancerología:

“A partir de las campañas de detección, incluyendo la prueba del antígeno prostático, se ha reducido la mortalidad entre un 20 y un 40 por ciento. Actualmente existen discusiones acerca de continuar o erradicar esta prueba, pero está demostrado que gracias a ella los decesos por esta neoplasia han ido en declive, además de que las campañas de prevención oportuna ayudan de sobremanera en esta disminución”.

PIONEROS EN REGISTROS DE BASE HOSPITALARIA

Desde el 2007, el Departamento de Urología del INCan trabaja en registros de base hospitalaria, actualmente cuenta con casi 3 mil pacientes registrados; al respecto, el doctor Miguel Ángel

Jiménez, explica: “Desde hace poco más de 10 años, hemos insistido en que necesitamos un registro de cáncer y gracias al esfuerzo de todos ya lo iniciamos; somos pioneros en el Servicio de Urología en la creación de registros nacionales de base hospitalaria”.

“Invitamos a varios hospitales del país y afortunadamente, contamos con la participación de las principales instituciones: Gea González, Central Militar, Centro Médico Naval, IMSS de Tijuana, Hospital de Especialidades del IMSS de Puebla, de Alta Especialidad del Bajío, Juárez de México y el Hospital General de México, por mencionar algunos”.

“Esa información será proporcionada al doctor Alejandro Mohar Betancourt, Coordinador del Programa Integral de Prevención y Control de Cáncer, para que esté informado de las cifras y tenga conocimiento sobre lo que se hace en un registro de base hospitalaria, a fin de que estos datos sean útiles para el Registro Nacional de Base Poblacional”.

INFORMAR SIN ALARMAR

El especialista, considera que la información es una de las medidas que se deben reforzar, haciendo del conocimiento de la población masculina

na todo lo referente al cáncer de próstata: cuál es la edad en la que se presenta, factores de riesgo e importancia de la detección temprana. El objetivo es impedir que la enfermedad avance hasta las etapas finales, donde el paciente sufre un gran deterioro en su estado general, además de que el tratamiento en fases iniciales resulta mucho más barato.

“Las campañas de información son esenciales, es importante no ser alarmistas ni amarillistas. El cáncer de próstata debe situarse en el contexto necesario, ya que se ha descuidado un poco y no se difunde con la debida importancia. De acuerdo con las cifras del INEGI, esta neoplasia es de las principales causas de mortalidad en México; en la actualización de 2013, se consideró como la causa número uno de muerte, por encima del cáncer de mama”.

“A partir de las campañas de detección, incluyendo la prueba del antígeno prostático, se ha reducido la mortalidad entre un 20 y un 40 por ciento”.



Dr. Germán Calderillo Ruiz

En México el cáncer de colon y recto es una enfermedad frecuente, ya que se estiman entre 7 mil y 8 mil nuevos casos al año, siendo la patología más común de los tumores del tubo digestivo; estadísticamente se presenta equitativamente en hombres y mujeres, con una edad promedio de 57 años. Esta patología se encuentra asociada a factores de riesgo, como alimentación con alto contenido en grasas, obesidad y sedentarismo.

El doctor Germán Calderillo Ruiz, Jefe del Departamento de Oncología Médica y Coordinador de la Unidad Funcional de Gastro-Oncología, en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan), explica: “El cáncer de colon y recto es una enfermedad neoplásica multifactorial, determinada por el estilo de vida actual, donde la escasa ingesta de frutas y verduras, el sedentarismo y la obesidad, son factores de riesgo. Asimismo, se asocia con enfermedades, como la diabetes mellitus o patologías inflamatorias del intestino, como la Colitis Ulcerosa Crónica Inespecífica (CUCI), y la enfermedad de Crohn; además, entre un 10 y 15 por ciento de los casos tienen una relación hereditaria”.

“Los síntomas que se presentan son: dolor abdominal, inflamación, cansancio, pérdida de peso, cambios en los hábitos de la defecación y presencia de sangre en las heces fecales. La confirmación del diagnóstico es básicamente por colonoscopia y biopsia. Infortunadamente, en nuestro país, el retraso en el diagnóstico es una característica común; dentro del Instituto, el promedio de retraso, desde que el paciente empieza con síntomas hasta que se realiza el diagnóstico, es de cinco meses”.

UNIDAD FUNCIONAL DE GASTRO-ONCOLOGÍA

El doctor Germán Calderillo, Coordinador de la Unidad Funcional de Gastro-Oncología (UFG), en 1999 inició un registro anual de todos los pacientes

que eran canalizados al Servicio de Oncología Médica. Es hasta diciembre del 2010, que se inaugura la UFG, proporcionando un abordaje diagnóstico, terapéutico y de seguimiento, con la participación de las especialidades troncales en Oncología afines a estos pacientes. “Esta área ha sido un ejemplo de manejo multidisciplinario, ya que se tiene una radiografía precisa de lo que se diagnostica y sucede en todos los pacientes con cáncer colorrectal”.

“En cuanto a pacientes de primera vez, en 1999 se recibieron aproximadamente 90 personas con este diagnóstico; después de que la Unidad Funcional inició actividades, recibimos en 2011 a 249 pacientes y cerramos el 2016 con 323. Es importante aclarar que el 97 por ciento de los tumores que registramos son del tipo adenocarcinoma, ya que de diciembre del 2010 a diciembre de 2016 hemos evaluado a 1809 pacientes, de los cuales 1755 son de este tipo; la edad media es de 57 años y el 47 por ciento son mujeres. El 14 por ciento de los pacientes tienen 40 años o menos, y sólo el cinco por ciento pertenece a población >80 años”.

INCORPORACIÓN DE PACIENTES AL SEGURO POPULAR

El primero de enero del 2004, inició actividades la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, mejor conocida como Seguro Popular, la cual se encarga del financiamiento para la impartición de servicios de salud a la población que no cuenta con algún otro tipo de seguridad social. Para que un hospital obtenga la certificación de dicha Comisión, debe cubrir una lista muy larga de requisitos, que incluye una amplia infraestructura de consultorios, quirófanos, unidad de radioterapia, unidad de aplicación de quimioterapia, farmacia, zona de almacenamiento, y personal calificado y certificado en todas las áreas.

“En cuanto a cáncer de colon y recto, se han certificado cerca de 18 unidades distribuidas en León, Mérida, Chihuahua y Durango, por mencionar algunas ciudades. Las unidades certificadas en la Ciudad de México son: el INCan, el Hospital General de México y el Hospital de Alta Especialidad de Ixtapaluca. En mayo de 2015, el Instituto logró la certificación e inició la incorporación de pacientes en el Seguro Popular”.

3 PERIODOS FUNDAMENTALES PARA EL APEGO TERAPÉUTICO

En el Instituto Nacional de Cancerología, se han identificado cambios significativos en el cáncer de colon y recto, desde la incorporación del Seguro Popular. “El 80 por ciento de los pacientes que llegan al Instituto cuentan con los criterios necesarios para incorporarse al Seguro Popular; el número de casos sigue en incremento, pero observamos una significativa diferencia en cuanto a la atención y cobertura del tratamiento, lo cual ha disminuido el porcentaje de abandono del mismo”.

“En el Instituto registramos tres periodos importantes. El primero fue previo a la Unidad Funcional de Gastro-Oncología, en el cual perdíamos al 30 por ciento de los pacientes, ya que algunos sólo pedían asesoría y se iban, otros recibían tratamiento pero no lo completaban, y otro porcentaje finalizaba el tratamiento y desaparecía, lo cual implicaba un rango menor en cuanto a curación. El segundo periodo inició con la implementación de la Unidad Funcional, en la cual se incluyó a otras especialidades y áreas de apoyo, como Trabajo Social, para darle un mejor seguimiento a los pacientes, pero aun así perdíamos entre el 20 y el 22 por ciento de los casos”.

“A partir del Seguro Popular que es nuestro tercer periodo, el 93 por ciento de los pacientes logran completar su tratamiento, ya sea cirugía más quimioterapia e incluso radioterapia, y persisten en el seguimiento, lo cual nos da oportunidad de brindar asesoría y tratamiento para otras patologías que se puedan presentar. Asimismo, podemos identificar una posible recurrencia de manera más temprana. Estas mejoras representan un gran avance, el cual se ve reflejado en el incremento de la esperanza de vida de los pacientes a mediano y largo plazo”.

“Uno de los factores principales por los que disminuyó la pérdida de pacientes, es el recurso. Con el Seguro Popular el cáncer de colon y recto tienen una cobertura de casi el 100 por ciento, lo cual brinda seguridad a los pacientes y esto conlleva a que todo sea más transparente, ya que ahora ellos proporcionan la información correcta, como su número telefónico y dirección, y eso nos permite realizar un seguimiento más adecuado”.

IMPACTO POSITIVO EN TRATAMIENTOS MEDIANTE FONDO DE GASTOS CATASTRÓFICOS

La cobertura del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular, incluye el diagnóstico del cáncer de colon y recto, el cual se realiza por medio de estudios de endoscopia, exámenes sanguíneos, marcador tumoral, tomografía y biopsias. En cuanto a tratamiento, para pacientes en etapas 0-III están cubiertas cirugías, seis meses de quimioterapias adyuvantes y radiaciones, si así se requiere.

“El Seguro Popular también cubre el seguimiento, lo que incluye diversas consultas anuales, exámenes de sangre convencionales con marcadores tumorales dos o tres veces al año, tomografía anual y una colonoscopia cada dos años. Si el paciente presenta una recurrencia de la enfermedad, se puede reintroducir a la cobertura del Seguro Popular y lo que requiera está cubierto”.

“Si se identifican otros problemas, tales como diabetes, hipertensión, alteraciones de los lípidos o alguna otra patología benigna, se canaliza rápidamente a otros hospitales que tengan esa cobertura. Asimismo, se ha duplicado el número de cirugías a nivel hepático, pulmonar y de peritoneo”.

“Los pacientes cuya enfermedad se encuentra en etapa cuatro, que representan el 34 por ciento de nuestro grupo, además de las quimioterapias requieren terapias blanco, que incluyen cetuximab, panitumumab y bevacizumab; el 60 por ciento de los pacientes son candidatos a recibir alguno de los anticuerpos y la cobertura del Seguro Popular lo permite. Además, también se incluyen tratamientos de cirugía y radioterapia, si es que están indicados”.

“Combinar alguno de los anticuerpos monoclonales le confiere al paciente mayores posibilidades de reducción del tumor, mayor posibilidad de resección de las metástasis a distancia y por consiguiente, mayor posibilidad de estar vivo a mediano y largo plazo. Con todo esto, comprobamos que sí existe un impacto favorable, gracias a la cobertura del Seguro Popular en pacientes con cáncer de colon y recto, sobre todo en el INCan”.



Dra. Rosa Angélica Salcedo Hernández

Actualmente el cáncer cervicouterino es la neoplasia que ocupa el segundo lugar en mortalidad e incidencia en la mujer mexicana, por lo que la educación es considerada una de las medidas preventivas más importantes, así como la difusión de los factores de riesgo que existen para desarrollarlo.

La doctora Rosa Salcedo, médico adscrito al Servicio de Ginecología Oncológica del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), explica: “Esta patología se ha asociado a un nivel socioeconómico bajo, al inicio temprano de la vida sexual, dar a luz al primer hijo (antes de los 18 años), así como a las infecciones de transmisión sexual, las cuales son consideradas como factores de riesgo, siendo la principal la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH)”.

VACUNAS PARA SUBTIPOS DE VPH

Hace algunos años se desarrolló la vacuna contra el VPH, la cual ya está disponible; sin embargo, en sus inicios se limitó a niñas que estuvieran cursando el quinto o sexto grado de primaria. “Las mujeres y niñas, en su mayoría, no tiene acceso o el conocimiento sobre la existencia de esta vacuna y en consecuencia no acuden a solicitarla. Otro problema común es que los padres no permiten que sus hijas la reciban, argumentando que aún no tienen vida sexual activa; es por ello que consideramos a la educación como una medida fundamental de prevención”.

“Además, es importante saber cuándo acudir a una revisión ginecológica, comúnmente se recomienda en mayores de 25 años o antes si consideramos los factores de riesgo. En esta revisión se practica una citología vaginal, es decir, el conocido Papanicolaou, y una captura de híbridos para descartar una infección por VPH; sin embargo, la captura de híbridos es muy limitada porque no existe en todos los servicios de salud de primer contacto”.



■ **El diagnóstico en etapas tempranas del cáncer cervicouterino es elemental para lograr el control y cura de esta patología.**

El Virus del Papiloma Humano tiene múltiples subtipos, los que se asocian con cáncer cervicouterino son el 16 y 18, y con verrugas el 6 y el 11. “Existen dos tipos de vacuna: Cervarix, que es contra los subtipos de riesgo alto para desarrollar cáncer cervicouterino, y Gardasil que también sirve para los que provocan verrugas y condilomas. Recientemente la FDA aprobó una vacuna que cubre nueve subtipos de VPH, pero en México aún no se autoriza su aplicación”.

INFOCÁNCER MEDIO INFORMATIVO PARA LA POBLACIÓN

El INCan cuenta con una Clínica de Displasias o lesiones precancerosas, así como con el portal Infocáncer, que dependiendo del mes, publica información sobre diferentes tipos de neoplasias, entre ellas el cáncer cervicouterino. Pretende brindar información por medio de las redes sociales acerca de prevención, existencia y disponibilidad de la vacuna, orientación sobre la periodicidad para la realización del Papanicolaou y explicación sobre los síntomas que son indicadores de un posible problema ginecológico.

“La detección o confirmación del cáncer cervicouterino siempre se realiza a través de la

biopsia. Otro método para saber si existe una infección por VPH es la captura de híbridos, donde se tipifica el virus, y aunque su presencia no necesariamente significa la existencia de cáncer, sí indica que se requiere dar seguimiento. Lo más desalentador es que el cáncer cervicouterino es el más prevenible, ya que los síntomas son frecuentes y visibles, pero aun así existen mujeres que no acuden a revisión”.

LA IMPORTANCIA DEL SEGURO POPULAR

Como parte de los programas de salud, en México existen campañas para la detección de esta patología, ejemplo de ello es el Programa Oportunidades, el cual se realiza en los centros de salud del país; sin embargo, debido a las limitaciones que existen en cuanto a educación, es poco requerido.

“Todos los centros de salud tienen como parte de sus indicadores de calidad, realizar de forma continua tamizaje a su población; la detección de cáncer cervicouterino es la regla, donde se ha notado un impacto en cuanto a su disminución. A partir de 2006 esta neoplasia ocupa el segundo lugar en mortalidad; con la detección oportuna

bajamos la incidencia y seguirá en ese camino si fortalecemos la educación”.

“Gracias al Seguro Popular las pacientes pueden costear su tratamiento en cualquier etapa de la enfermedad, incluyendo posibles complicaciones. A partir de que terminan el tratamiento, este Seguro cubre hasta cinco años de seguimiento. Todo el espectro de la enfermedad está cubierto y esto permite que las pacientes aumenten su expectativa y calidad de vida. El Seguro Popular ha tenido gran impacto, ya que la mayor incidencia del cáncer cervicouterino proviene de las regiones más marginadas del país.”

LA ENFERMEDAD EN ESTADÍSTICAS

En un país en vías de desarrollo como México, el 75 por ciento de los casos reciben atención en etapa avanzada, donde la mayoría de las pacientes son originarias de Hidalgo, Puebla, Guerrero, Oaxaca y Chiapas, con un estrato socioeconómico bajo; el principal nivel educacional es la primaria (incompleta en muchos casos) y el rango de edad oscila entre los 45 y 60 años; sin embargo, el porcentaje de pacientes menores de 35 años va en aumento, por lo que si llegan



ARIA® es el sistema de información oncológica que te libera para que puedas concentrarte en la pelea que más importa.



en etapa temprana, se ofrecen tratamientos preservadores de la fertilidad.

“A pesar de todos estos datos, la supervivencia sigue siendo la reportada en la literatura. 60 por ciento tiene una supervivencia de cinco años, gracias a que ahora pueden completar el tratamiento”.

“Para aquellas pacientes que recibieron tratamiento radical con quimioterapia y radioterapia, debido a que llegaron en etapa avanzada y no fue posible ofrecerles tratamiento preservador, se creó en el Instituto una Clínica de la Mujer Joven, para apoyarlas con un tratamiento hormonal, ya que una de las consecuencias es la menopausia temprana. Un dato muy importante a considerar es que este incremento en pacientes jóvenes, se debe al factor hereditario”.

MÉDICOS DE PRIMER CONTACTO ESENCIALES EN DIAGNÓSTICO OPORTUNO

Para mejorar la detección oportuna del cáncer cervicouterino, la doctora Salcedo considera im-

portante reforzar las campañas que ya existen, principalmente en las poblaciones de riesgo. “En los lugares donde es más difícil llegar a los servicios de salud, debemos reforzar la capacitación, tanto de médicos como de voluntarios, estos últimos son un medio para que la población femenina reciba atención”.

“Sé que hay muchos problemas de salud, pero en cuanto a cáncer cervicouterino tenemos todo para controlarlo, como vacunas para VPH y un método de tamizaje barato y efectivo. Una vez que se realiza la exploración, se toma una muestra del tejido, con lo que es posible obtener un diagnóstico preciso”.

“El cáncer cervicouterino debería seguir a la baja de forma constante, ya que no ha disminuido a la velocidad que quisiéramos; las pacientes podrían llegar en etapa temprana, para que esto nos permita brindarles un tratamiento curativo, pero lamentablemente no ha ocurrido así”.

De acuerdo a la especialista, es necesario reforzar el área que inmiscuye a los médicos de primer contacto, ya que son ellos con quienes acude la población femenina en primera

instancia, por lo que es de suma importancia capacitarlos para que realicen una buena exploración ginecológica.

“Pienso que al médico de primer contacto y al médico general, muchas veces se les subestima, pero son ellos quienes tienen contacto directo con la población en cuanto a sus necesidades primarias. Los especialistas debemos abocarnos a su capacitación, ya que los médicos que laboran en los centros de salud son nuestra mejor herramienta”.

Para la constante educación y actualización de los médicos, el INCan imparte un Diplomado de Colposcopia con una duración de seis meses. “Además de la Clínica de Displasias, el Instituto mantiene a los especialistas en capacitación constante a través de los diferentes cursos que se imparten en la Reunión Anual Médica; por ejemplo, el curso denominado Oncología para Médicos Generales. Lo que también pretende esta institución es actualizar y promover la educación en los médicos de primer contacto”.

Usando el Sistema de Gestión de Información ARIA®, los Centros de Cáncer concentran la información para mejorar la colaboración, agilizar los flujos de trabajo e implementar las últimas modalidades de tratamiento.

varian



ELECTRONICA Y MEDICINA, S.A.
www.eymsa.com.mx

© 2017 ARIA® y Varian Medical Systems son marcas registradas de Varian Medical Systems Inc. Todos los derechos reservados. Aviso Colepris No: 274400103B6178

Registro Sanitario 01510E2012 SSA



IBRANCE[®] 21
palbociclib | 125 mg
cápsulas

365 Días
**TOCANDO
VIDAS**

**EL COMPROMISO CON LOS
PACIENTES Y SUS SERES QUERIDOS
NOS INSPIRA A CONTINUAR
SUMANDO FUERZAS.**