



HA Hospital
Alemán
Deutsches Hospital

Hospital Alemán

HA

Deutsches Hospital

Dr. Diego Häbich

Doctor en Medicina, Universidad de Buenos Aires
Especialista en Ginecología Oncológica
Especialista Universitario en Oncología Clínica
Jefe de Ginecología; Hospital Alemán
Profesor Adjunto, Facultad de Medicina, USAL.

Patología Oncológica Cervical en la Peri y Postmenopausia

¿Cuál es el *screening* actual?

Diego Habich, MD, PhD



¿Como se ejerce la medicina hoy?

Evidence-Based Medicine

A New Approach to Teaching the Practice of Medicine

Evidence-Based Medicine Working Group

A NEW paradigm for medical practice is emerging. Evidence-based medicine de-emphasizes intuition, unsystematic clinical experience, and pathophysiologic rationale as sufficient grounds for clinical decision making and stresses the examination of evidence from clinical research. Evidence-based medicine requires new skills of the physician, including efficient literature searching and the application of formal rules of evidence evaluating the clinical literature.

An important goal of our medical residency program is to educate physicians in the practice of evidence-based medicine. Strategies include a weekly, formal academic half-day for residents, devoted to learning the necessary skills; recruitment into teaching roles of physicians who practice evidence-based medicine; sharing among faculty of approaches to teaching evidence-based medicine; and providing faculty with feedback on their performance as role models and teachers of evidence-based medicine. The influence of evidence-based medicine on clinical practice and medical education is increasing.

CLINICAL SCENARIO

A junior medical resident working in a teaching hospital admits a 43-year-old previously well man who experienced a witnessed grand mal seizure. He had never had a seizure before and had not had any recent head trauma. He drank alcohol once or twice a week and had not had alcohol on the day of the seizure. Findings on physical examination are normal. The patient is given a loading

dose of phenytoin intravenously and the drug is continued orally. A computed tomographic head scan is completely normal, and an electroencephalogram shows only nonspecific findings. The patient is very concerned about his risk of seizure recurrence. How might the resident proceed?

The Way of the Past

Faced with this situation as a clinical clerk, the resident was told by her senior resident (who was supported in his view by the attending physician) that the risk of seizure recurrence is high (though he could not put an exact number on it) and that was the information that should be conveyed to the patient. She now follows this path, emphasizing to the patient not to drive, to continue his medication, and to see his family physician in follow-up. The patient leaves in a state of vague trepidation about his risk of subsequent seizure.

The Way of the Future

The resident asks herself whether she knows the prognosis of a first seizure and realizes she does not. She proceeds to the library and, using the Grateful Med program,¹ conducts a computerized literature search. She enters the Medical Subject Headings terms *epilepsy*, *prognosis*, and *recurrence*, and the program retrieves 25 relevant articles. Surveying the titles, one² appears directly relevant. She reviews the paper, finds that it meets criteria she has previously learned for a valid investigation of prognosis,³ and determines that the results are applicable to her patient. The search costs the resident \$2.68, and the entire process (including the trip to the library and the time to make a photocopy of the article) took half an hour.

The results of the relevant study show that the patient risk of recurrence at 1

year is between 43% and 51%, and at 3 years the risk is between 51% and 60%. After a seizure-free period of 18 months his risk of recurrence would likely be less than 20%. She conveys this information to the patient, along with a recommendation that he take his medication, see his family doctor regularly, and have a review of his need for medication if he remains seizure-free for 18 months. The patient leaves with a clear idea of his likely prognosis.

A PARADIGM SHIFT

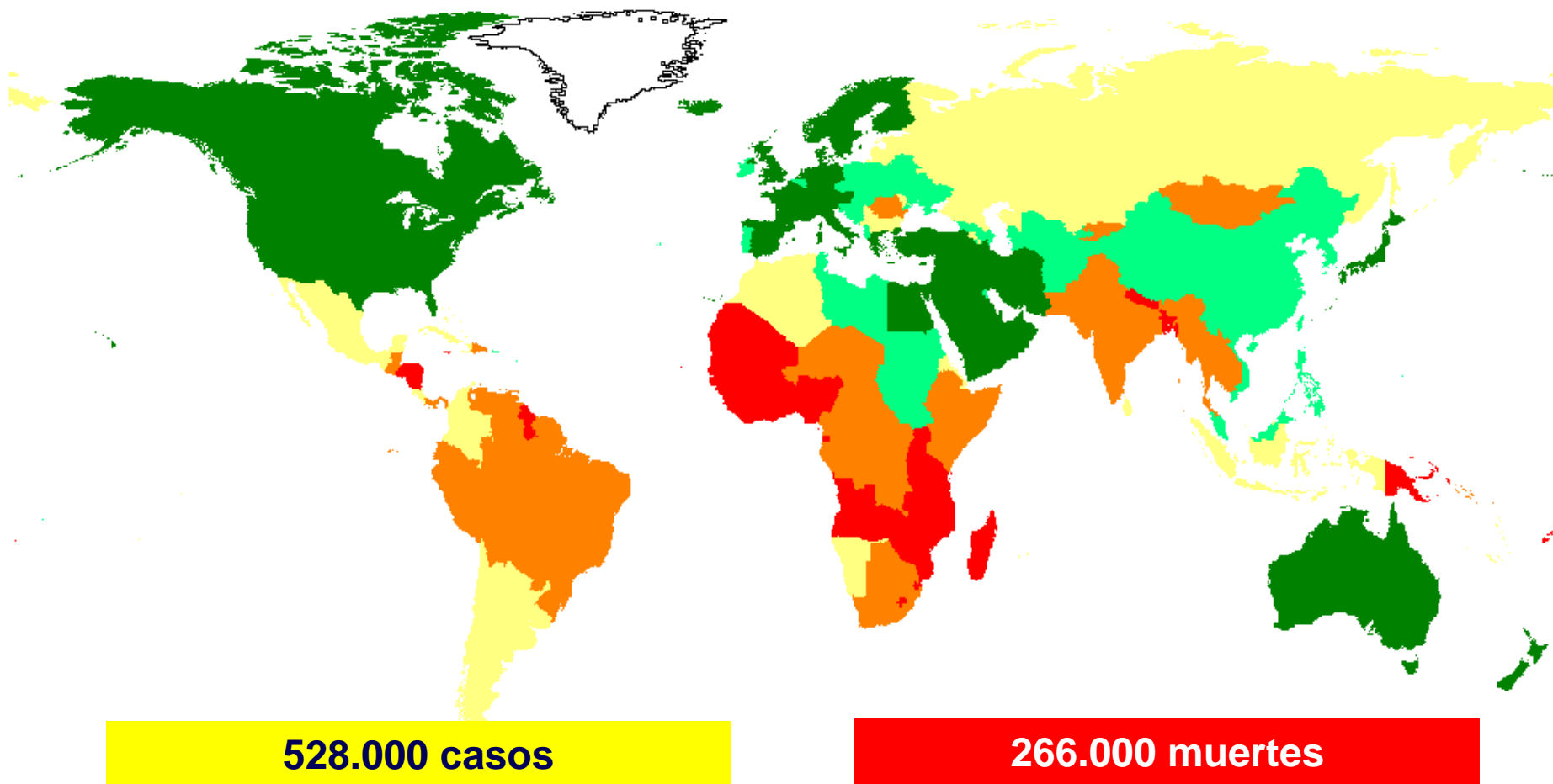
Thomas Kuhn has described scientific paradigms as ways of looking at the world that define both the problems that can legitimately be addressed and the range of admissible evidence that may bear on their solution.⁴ When defects in an existing paradigm accumulate to the extent that the paradigm is no longer tenable, the paradigm is challenged and replaced by a new way of looking at the world. Medical practice is changing, and the change, which involves using the medical literature more effectively in guiding medical practice, is profound enough that it can appropriately be called a paradigm shift.

The foundations of the paradigm shift lie in developments in clinical research over the last 30 years. In 1960, the randomized clinical trial was an oddity. It is now accepted that virtually no drug can enter clinical practice without a demonstration of its efficacy in clinical trials. Moreover, the same randomized trial method increasingly is being applied to surgical therapies⁵ and diagnostic tests.⁶ Meta-analysis is gaining increasing acceptance as a method of summarizing the results of a number of randomized trials, and ultimately may have as profound an effect on setting treatment policy as have randomized trials themselves.⁷ While less dramatic, crucial methodological ad-

A complete list of members of the Evidence-Based Medicine Working Group appears at the end of this article.

Reprint requests to McMaster University Health Sciences Centre, Room 3810, 1200 Main St W, Hamilton, Ontario, Canada L8N 3Z5 (Gordon Guyatt, MD).

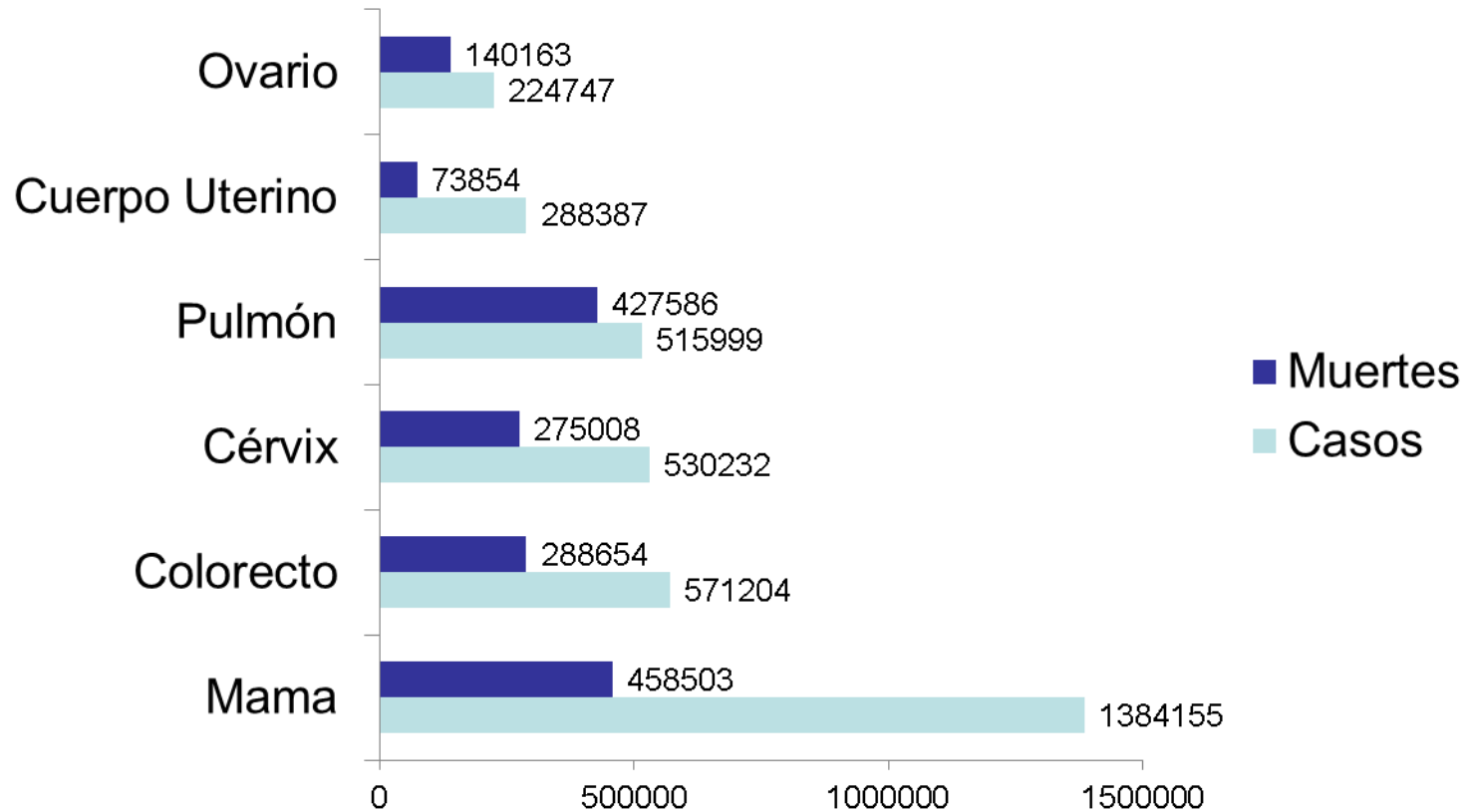
Mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino Globocan 2012



■ < 2.7 ■ < 5.9 ■ < 10.1 ■ < 17.6 ■ < 41.7

Tumores malignos en la mujer

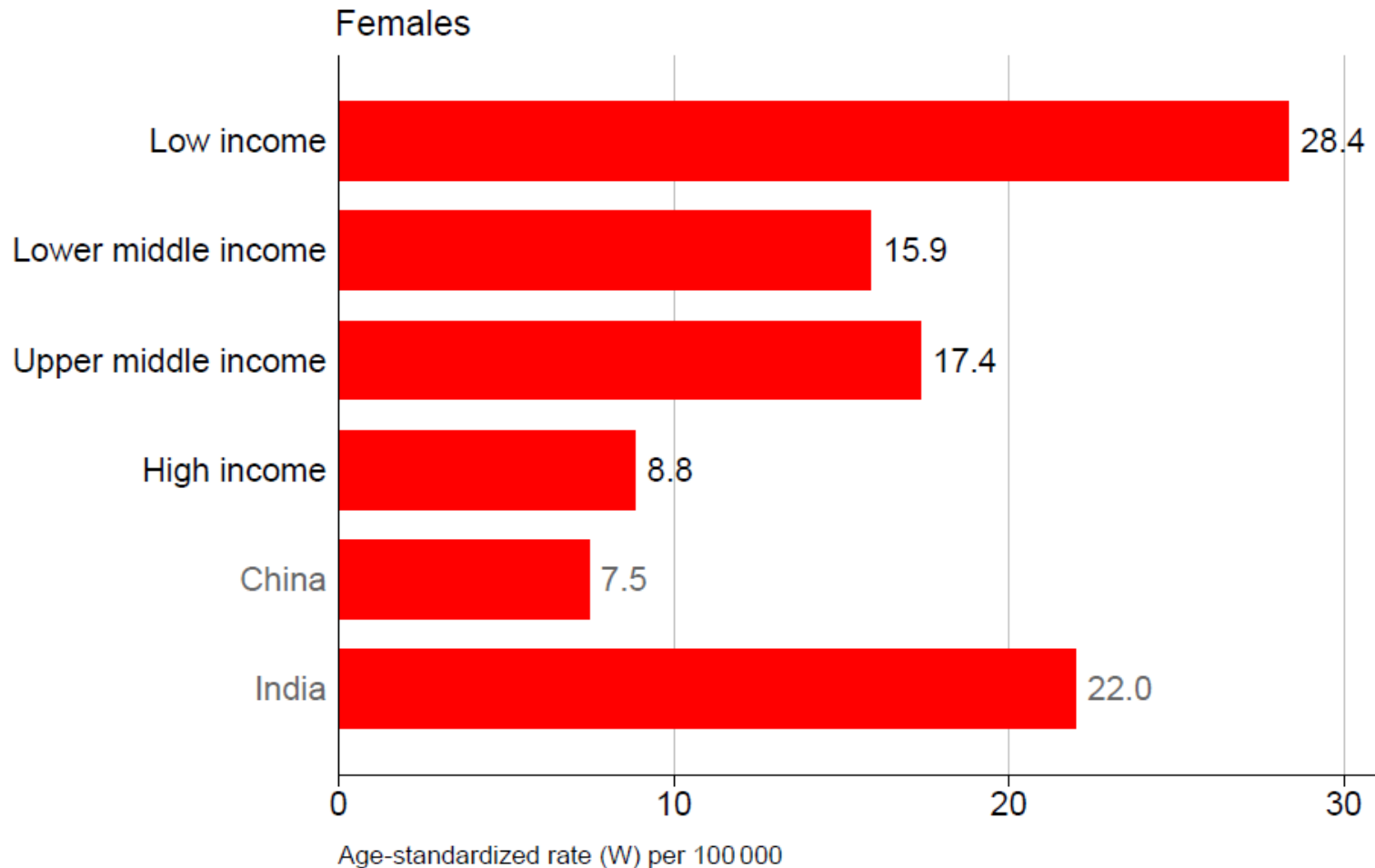
Globocan 2008



Mortalidad Materna y Mortalidad por Cáncer de Cérvix – Datos Globales

	COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO (MORTALIDAD MATERNA)	CÁNCER CERVICOUTERINO
DEFUNCIONES ANUALES	358.000 mujeres MUEREN ANUALMENTE	270.000 mujeres MUEREN ANUALMENTE
TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD	↓ 34% DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD 1990-2008	↑ 45% AUMENTO DE LA MORTALIDAD 1990-2008
¿ASIGNACIÓN DE PRIORIDADES EN EL OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM)?	SI (ODM 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA (PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO))	NO
INVERSIÓN ANUAL ACTUAL EN EL MUNDO EN DESARROLLO	\$12.000 millones	??? NO SE CONOCEN LAS CIFRAS EXACTAS

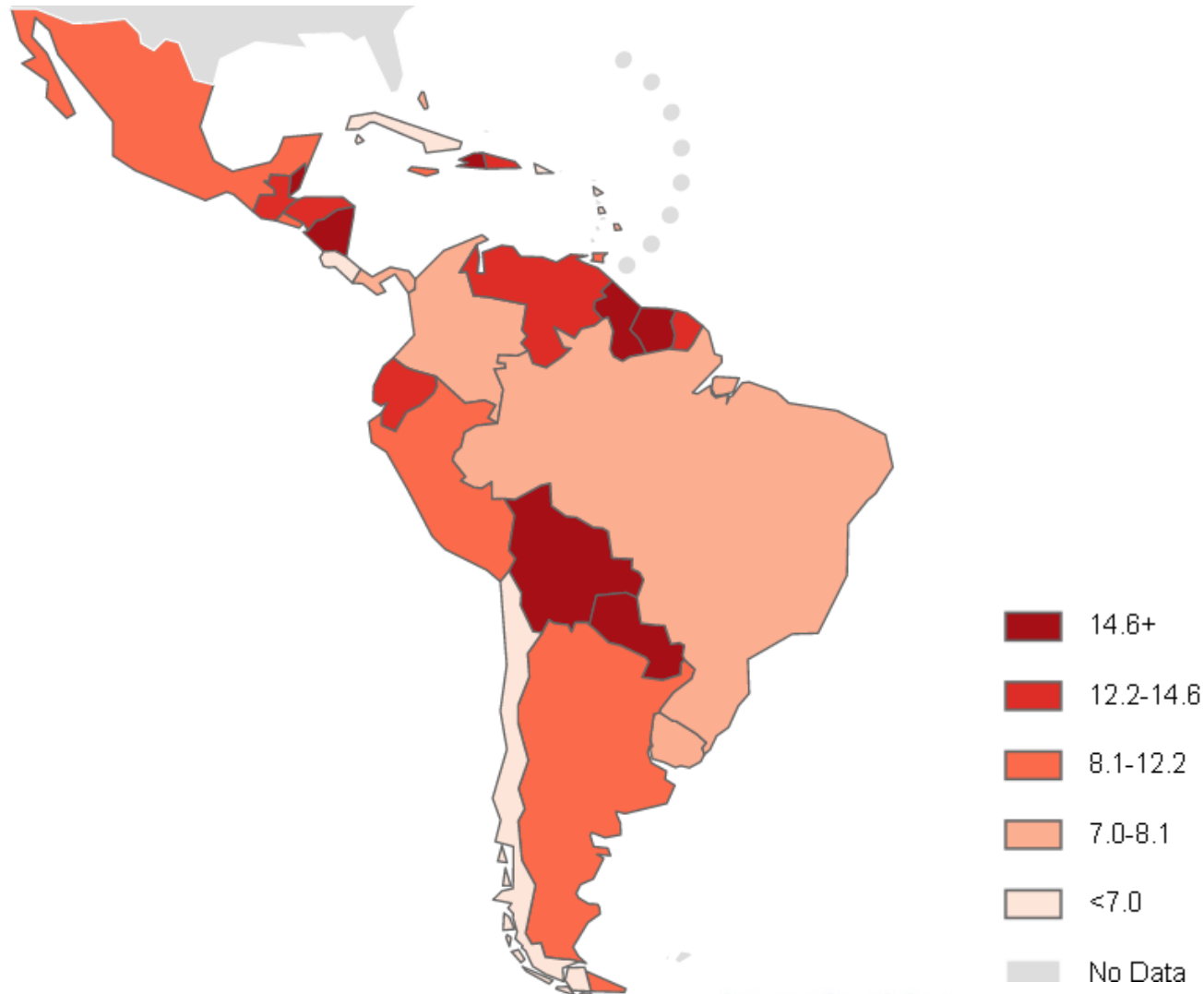
Incidencia de Cáncer de Cérvix según PBI Globocan 2008



Situación Global del Cáncer de Cérvix entre las neoplasias de la mujer

Puesto	Países Subdesarrollados		Países desarrollados	
	Países (n)	%	Países (n)	%
1ro	58	45.7	0	0.0
2do	46	36.2	4	9.1
3ro	7	6.0	4	9.1
4to	6	5.0	3	6.8
5to	2	1.6	7	15.9
6to o más	8	6.3	26	59.1
Total	127		44	

Mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino en Latinoamérica – Globocan 2012

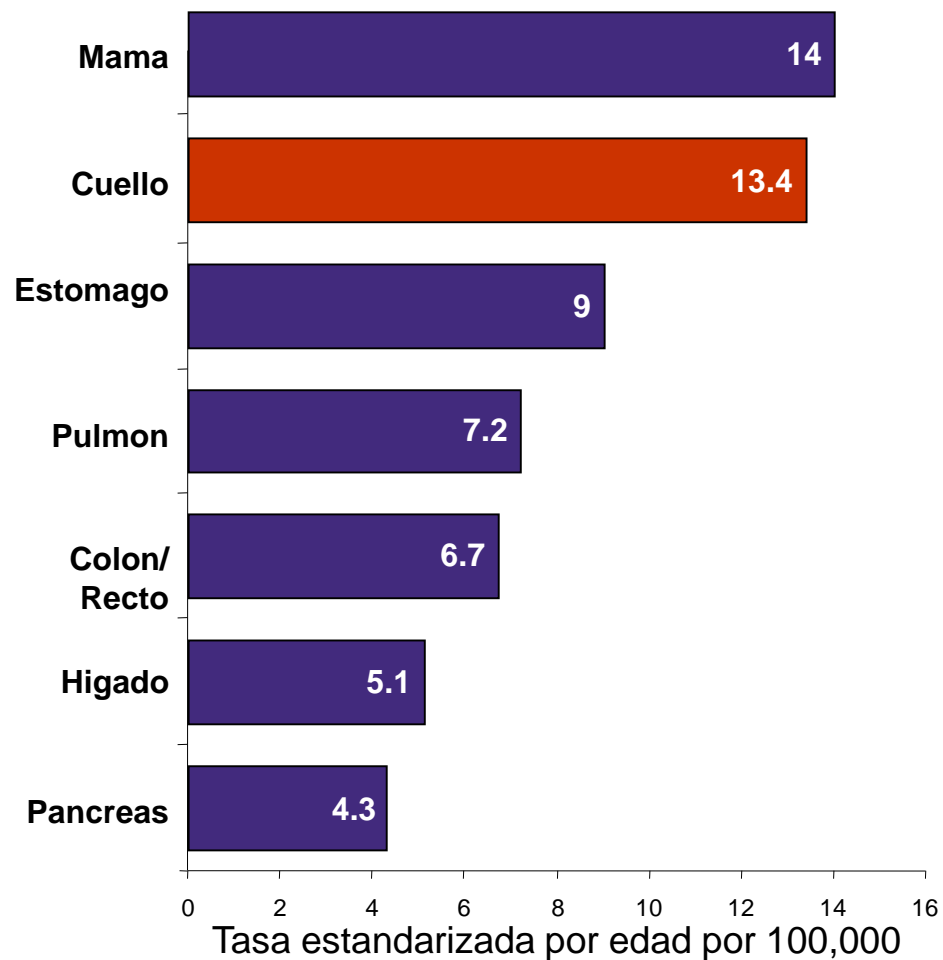
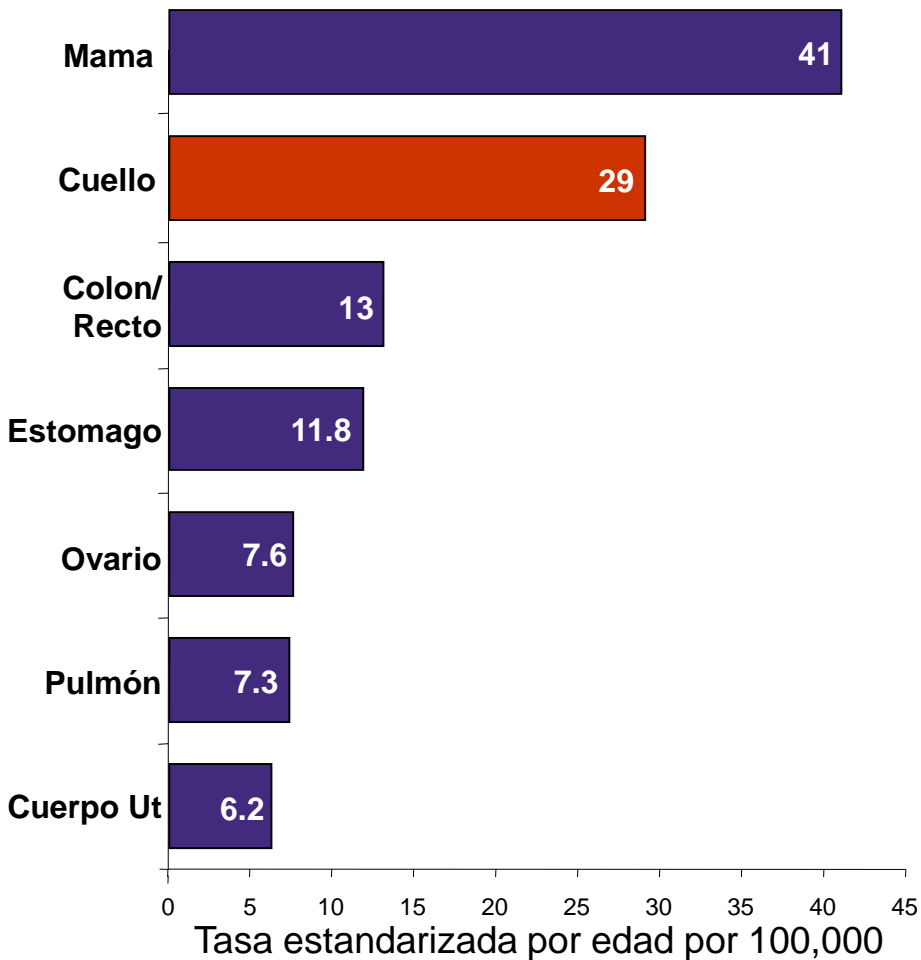


Tumores malignos en la mujer

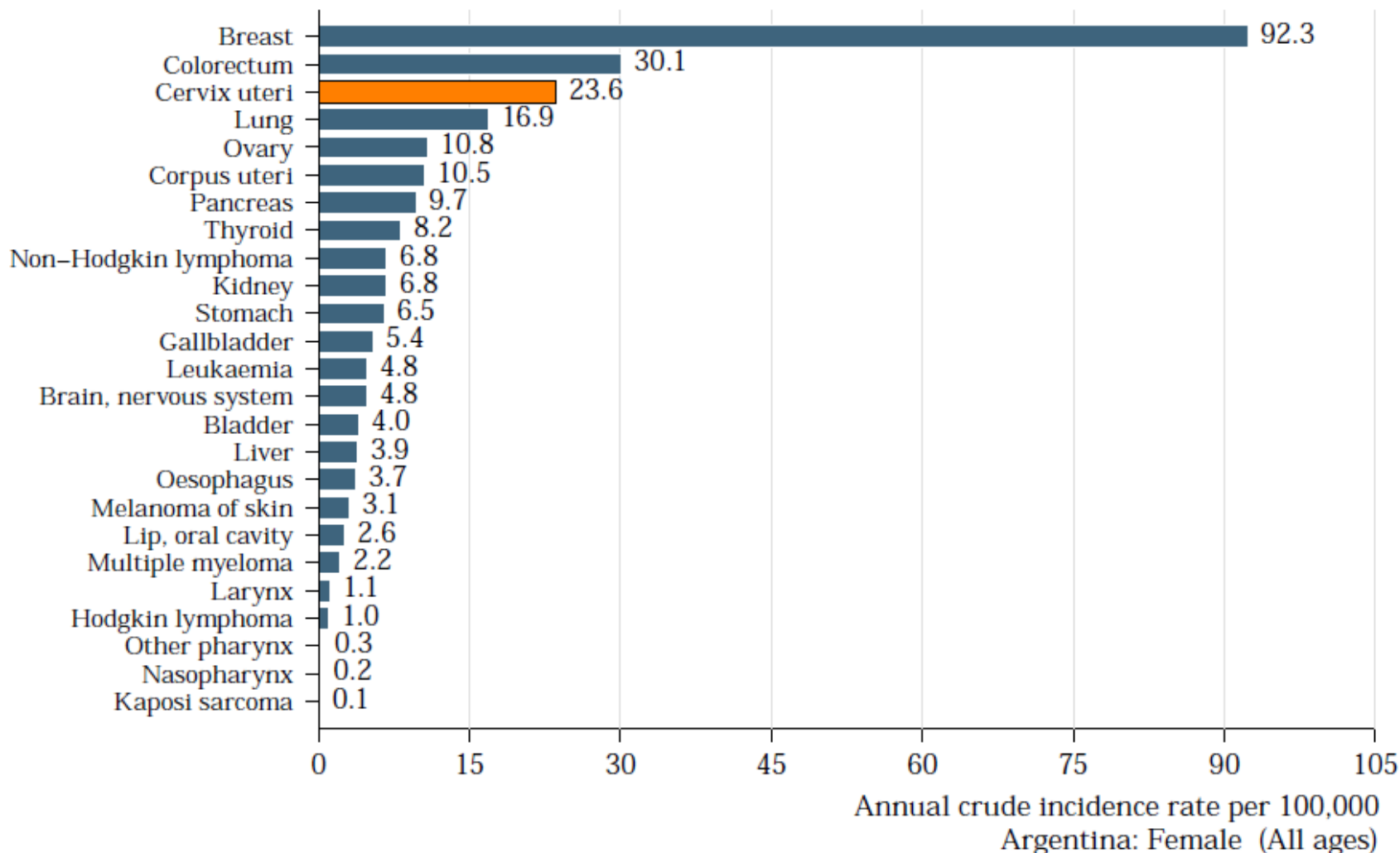
Sur y Centro America

Incidencia

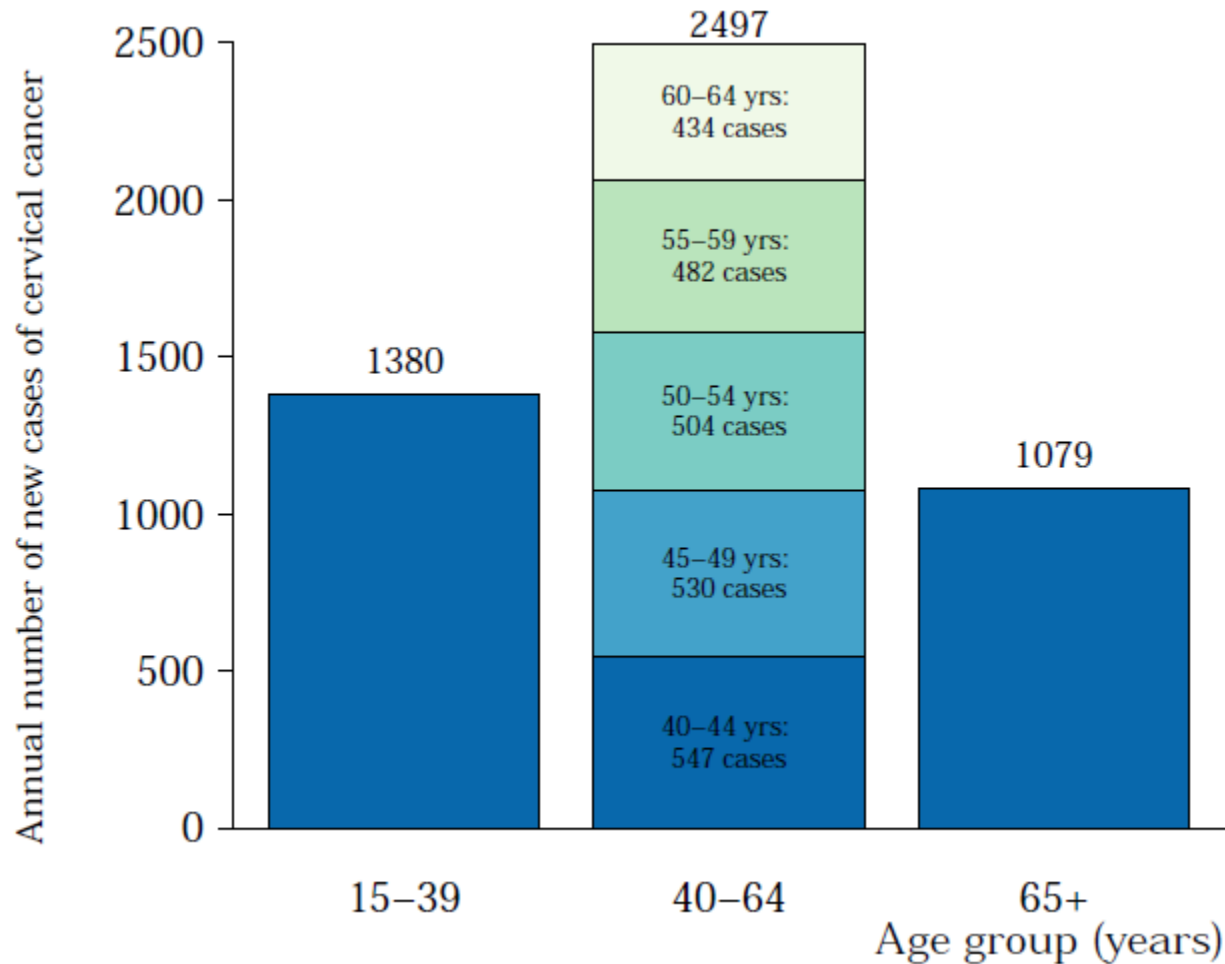
Mortalidad



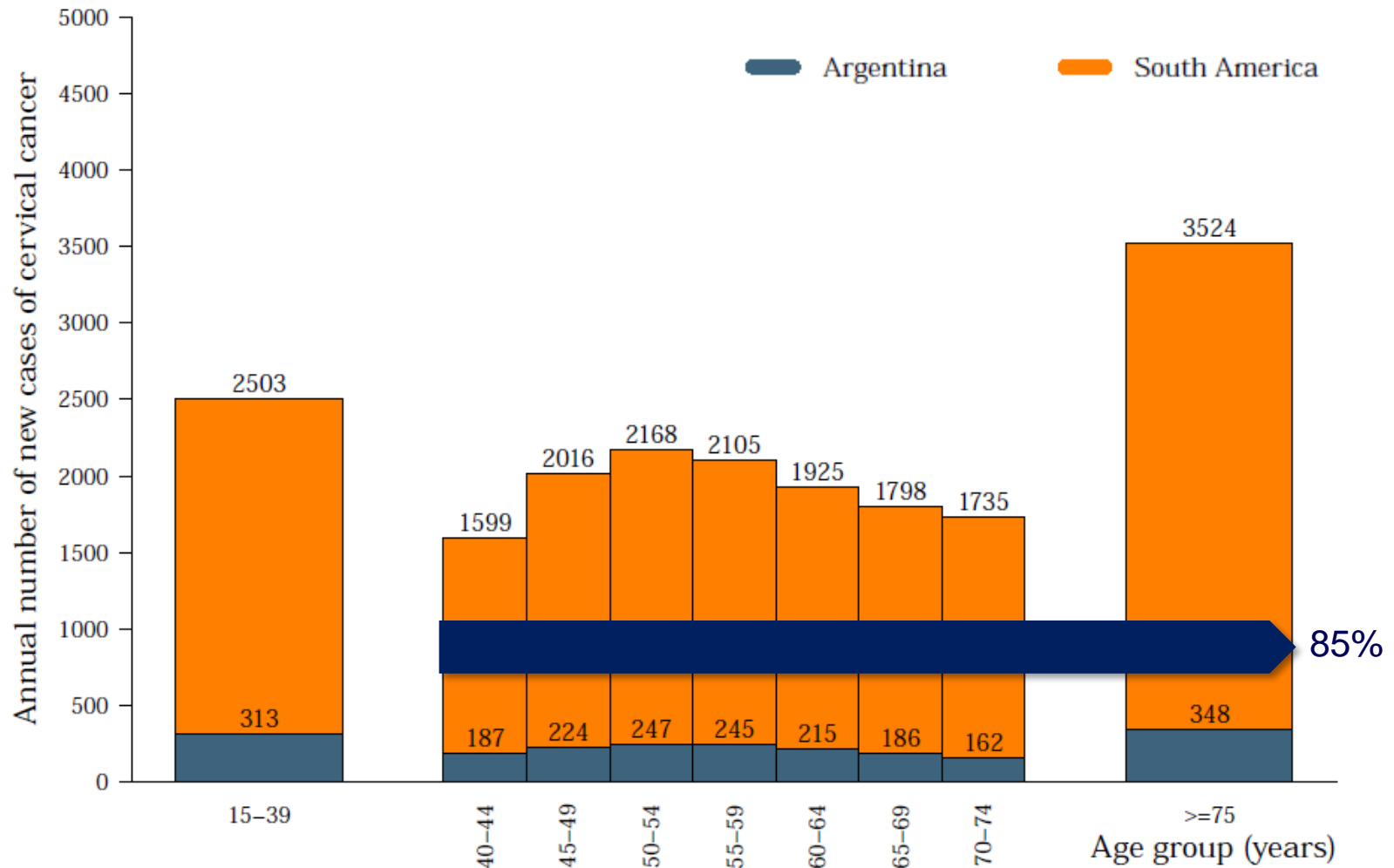
Incidencia de los distintos tumores en la mujer Argentina – Globocan 2012



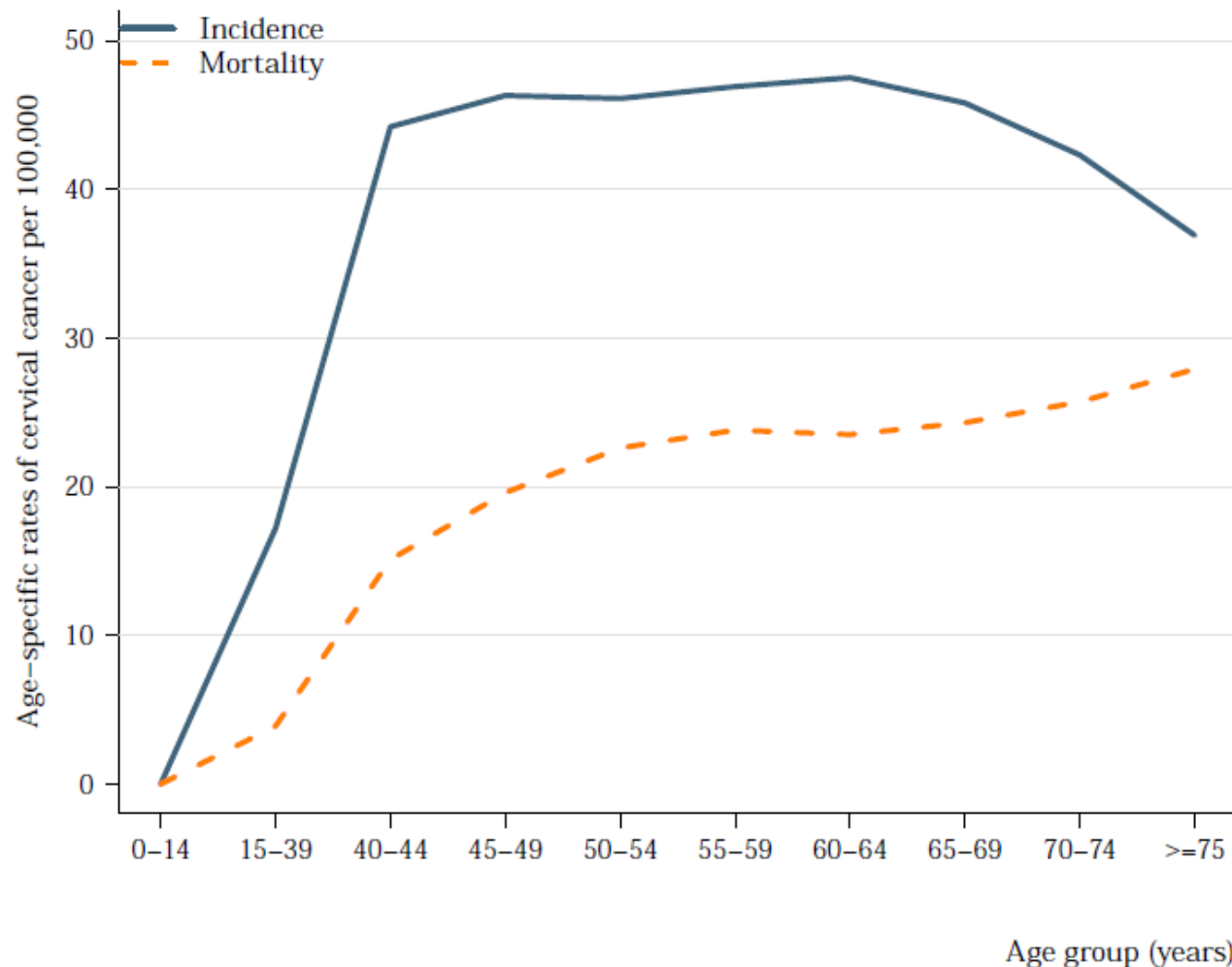
Casos de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina – OMS 2014



Muertes por Cáncer de Cuello Uterino en Sudamérica y Argentina - Globocan 2012



Incidencia y Mortalidad por CC en Argentina – Globocan 2012



¿Cómo prevenimos el Cáncer de Cuello?

Principios para Programas de Tamizaje: Comprensión de la Historia Natural



La progresión de CIN3 a cáncer invasor puede llevar aproximadamente 10 años

1940s

1980s

1990s

2006

2010s

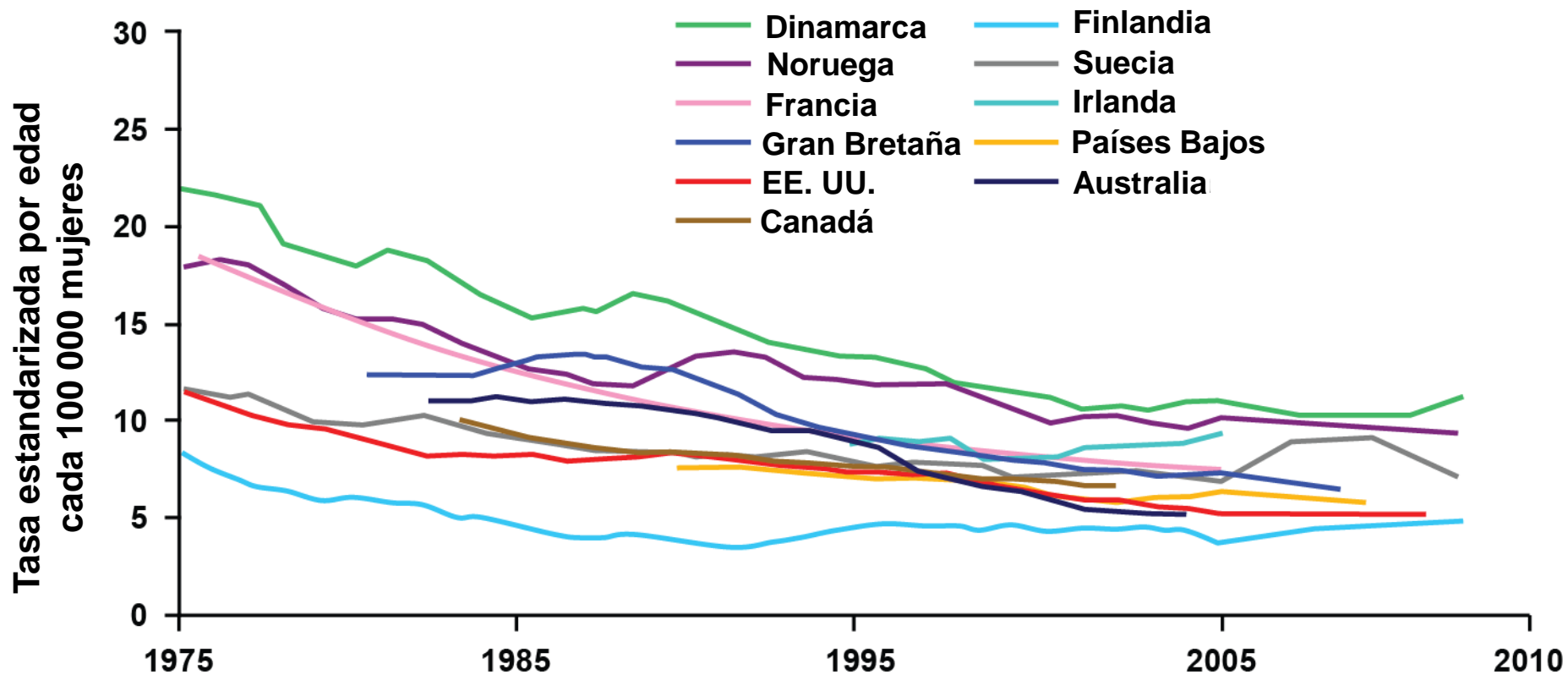
2020s



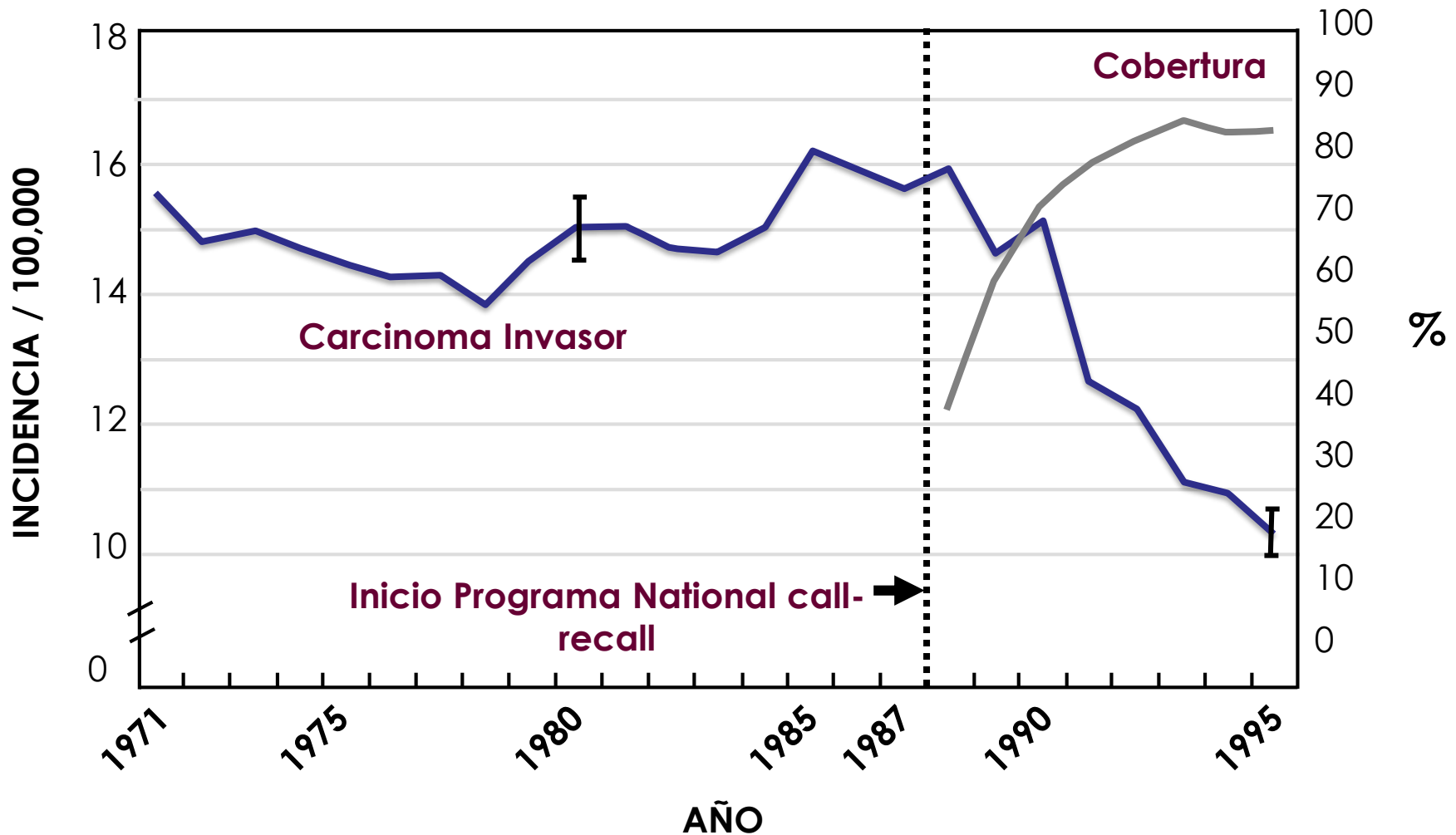
En 1976 publica la hipótesis de la vinculación del HPV con CA de Cuello

En 1983 se identifican los HPV 16 y 18 en CA de Cuello

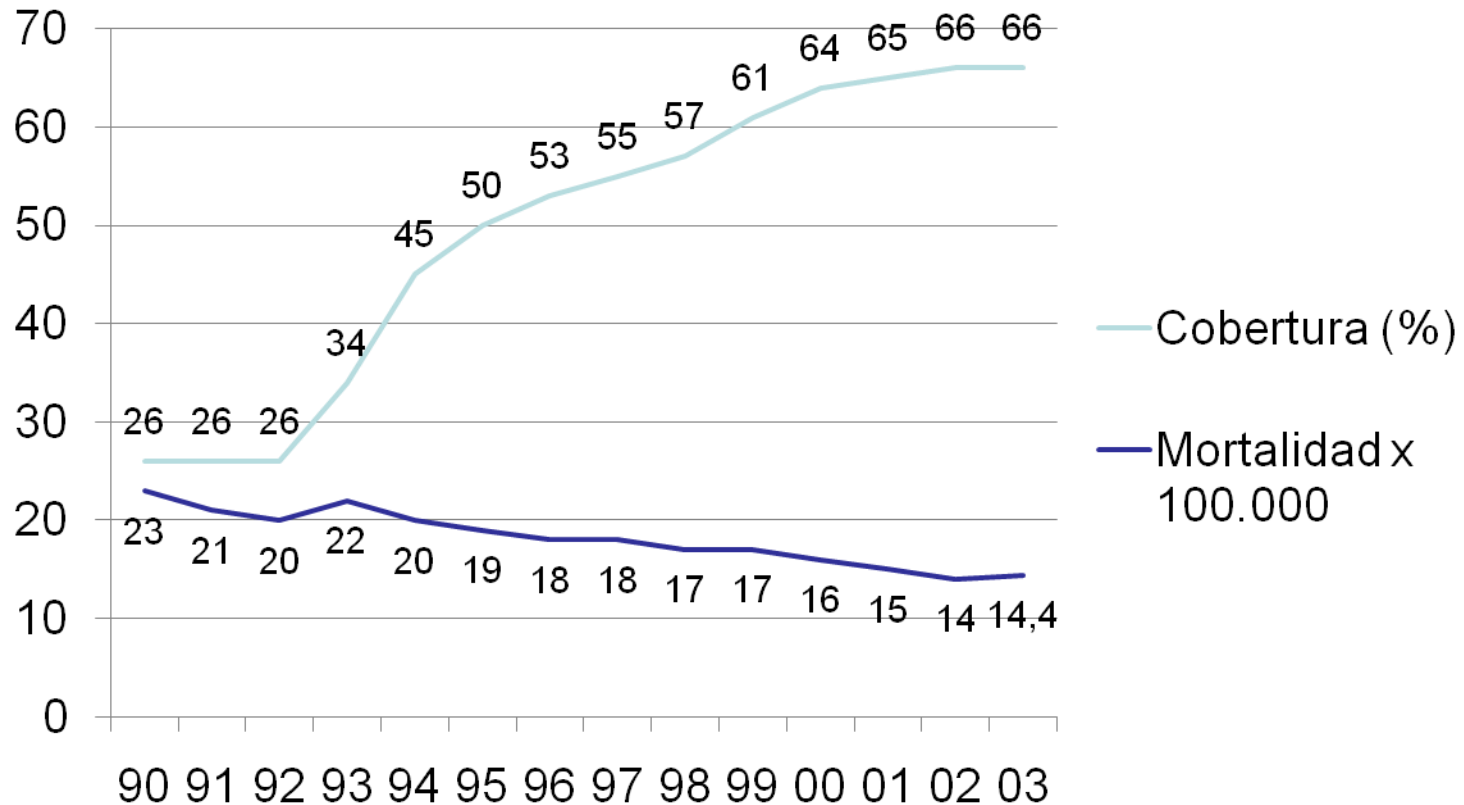
Evolución de la Incidencia de Cáncer de Cérvix en el mundo (1975-2010)



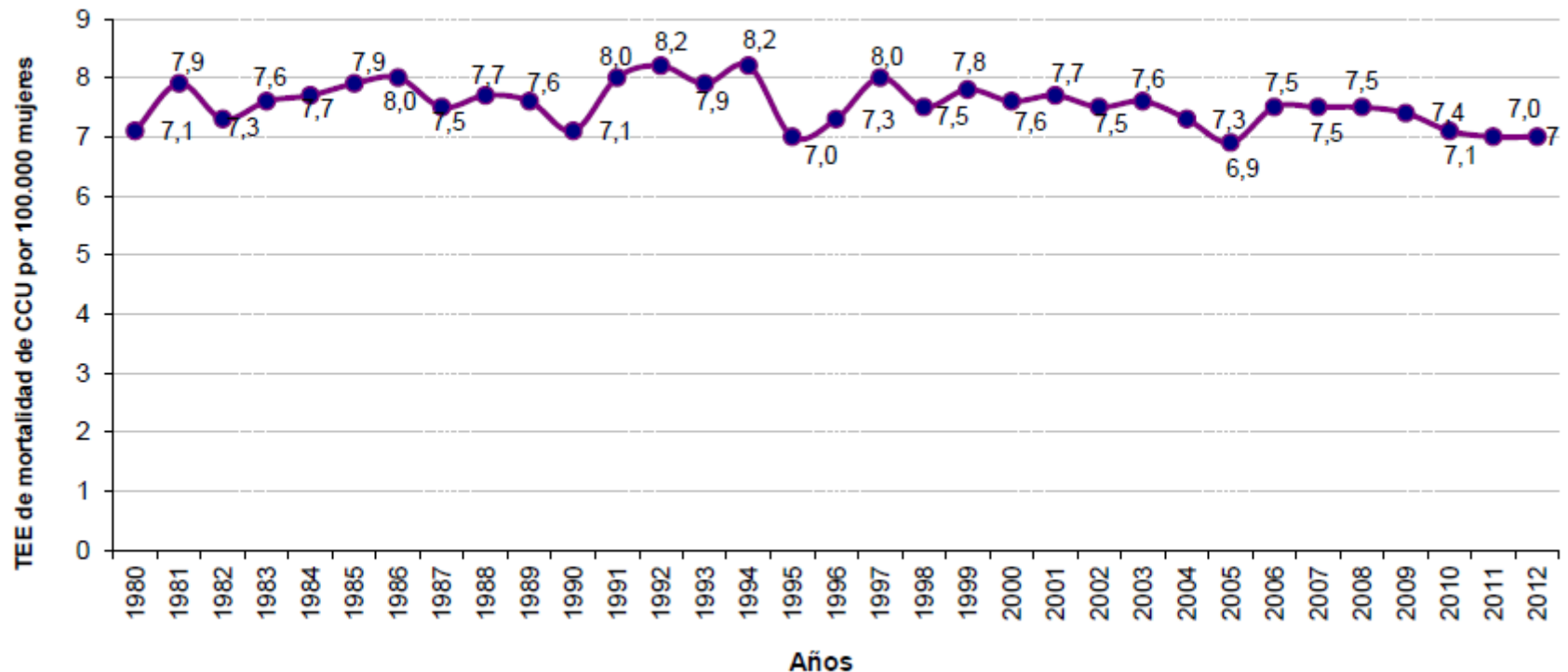
Incidencia de Carcinoma Invasor y Cobertura de Screening en Inglaterra (1971 – 1995)



Programa de Screening de Chile: Cobertura vs Mortalidad Mujeres > 25 años 1990 - 2003



Tendencia de Tasa de Mortalidad por Cancer de Cervix en Argentina Años 1980-2012



Fuente: SIVER-INC. Ministerio de Salud de la Nación, Datos DEIS, Argentina.

Principios para Programas de Tamizaje: Fácil de Realizar y Aceptable



1940s

1980s

1990s

2006

2010s

2020s



Principios para un Programa de Tamizaje

- Problema de Salud Publica Importante
- Etapa latente reconocible
- Comprensión de la historia natural de la enfermedad

- Prueba fácil de realizar, interpretar y aceptable

- Prueba precisa, confiable, sensible y especifica

- Tratamiento Aceptado
- Tratamiento temprano efectivo
- Políticas sobre manejo de la patología
- Costo-eficacia
- Pesquisa de casos en curso

Principios para Programas de Tamizaje: Fácil de Interpretar

Papanicolaou

Displasia

Bethesda

Limites normales

ASC-US ASC-H LSIL HSIL

AGC-EC

AGC-EM AIS

Satisfactorio pero limitado por...

Satisfactorio

Insatisfactorio



Neoplasia Intraepitelial

Lesion Intraepitelial

Principios para Programas de Tamizaje: Fácil de Interpretar

Concordancia con el diagnóstico de los revisores de control de calidad

Relectura de 4.948 láminas de citología en base líquida

	Limites Normales	ASC-US	LSIL	≥HSIL
Limites Normales	75%	19%	3%	<1%
ASC-US	57% diferencia de diagnóstico	43%	17%	2%
LSIL		22%	6%	6%
≥HSIL	3%	23%	53% diferencia de diagnóstico	47%

Principios para Programas de Tamizaje: Prueba Confiable, Sensible y Especifica

Reproducibilidad de la Citología: Estudio Athena

	Lab A	Lab B	Lab C	Lab D
Number	12,294	4218	16,979	12,442
Median Age	40.9	37.9	39.3	40.1
≥ASC-US	3.8%	5.2%	8.1%	9.9%
Sensitivity of Cytology*	42.0	51.0	60.5	73.0

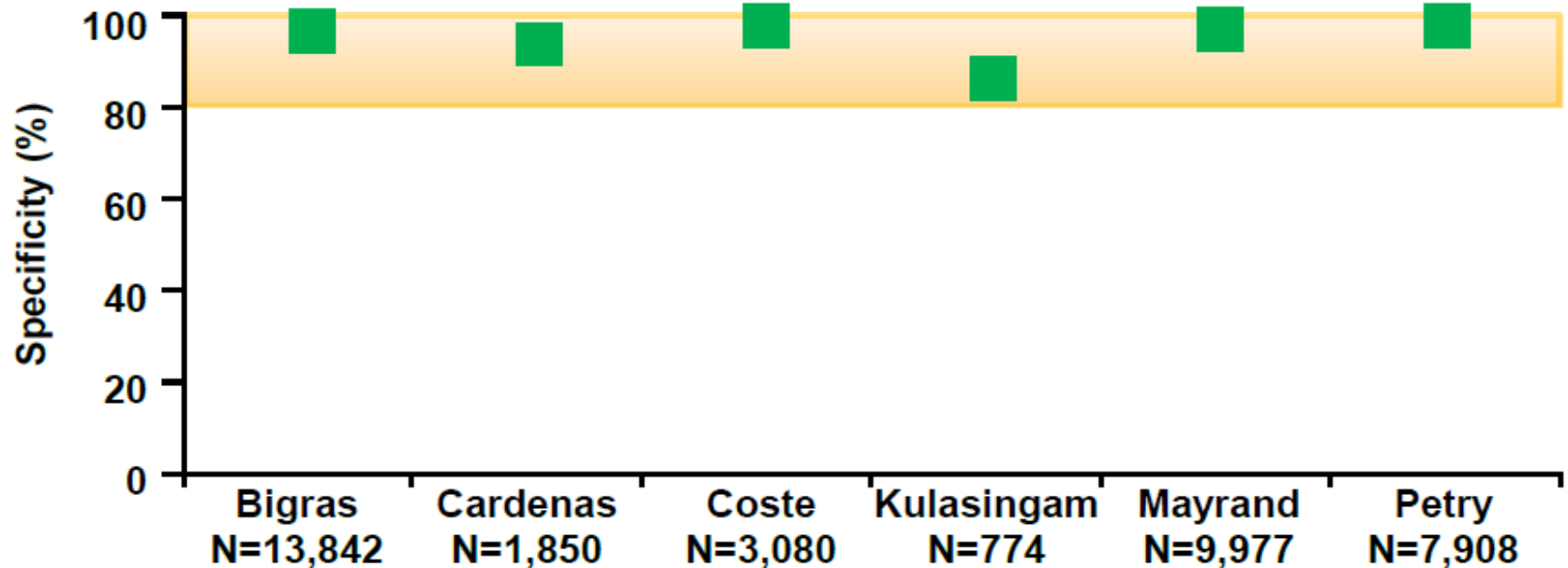
Principios para Programas de Tamizaje: Prueba Confiable, Sensible y Especifica

Sensibilidad de la Citologia para CIN2+

Author	Year	Number	Method	Sensitivity	95% CI
Petry	2003	8466	Conv	44%	(30-58)
Coste	2003	3080	Conv	65%	(50-80)
Taylor	2005	3114	LBC	71%	(58-81)
Ronco	2006	22,760	LBC	74%	(62-84)
Mayrand	2007	10,153	Conv	57%	(34-78)

Principios para Programas de Tamizaje: Prueba Sensible y Especifica

Especificidad de la Citologia para CIN2+



Principios para Programas de Tamizaje: Tratamiento Aceptado y Efectivo

Complicaciones asociadas al tratamiento de Neoplasia Intraepitelial Cervical

Perdidas del 2do trimestre (aborto):

Conizadas 15.108 Vs no conizadas 2.164.006.

Pérdida de embarazo menor de 24 semanas **1.5 vs 0.4%**

Albrechtsen S, Rasmussen S, Thoresen S, et al. Pregnancy outcome in women before and after cervical conisation: population based cohort study . BMJ 2008; 337: a1343

Evento	Complicación (RR)
Muerte Perinatal	2.8
Prematuro Extremo	4.9
Pretérmino (en re-cono)	10.0
Rotura Prematura de Membranas	10.4

Antecedentes de *Screening* de Mujeres con Diagnostico de Cáncer Cervical

Description	No Recent Cytology* %	Cytology WNL (FN) %	Failure to Follow-up %
Kaiser ¹	56	32	13
Sweden ²	64	24	11
Netherlands ³	63	23	13
New Zealand ⁴	51	37	12

* Different definitions in the different studies

¹Leyden et al. *JNCI* 2005; 97:675

²Andrae et al. *JNCI* 2008; 100:622

³Gok et al. *BJC* 2011; 104:685

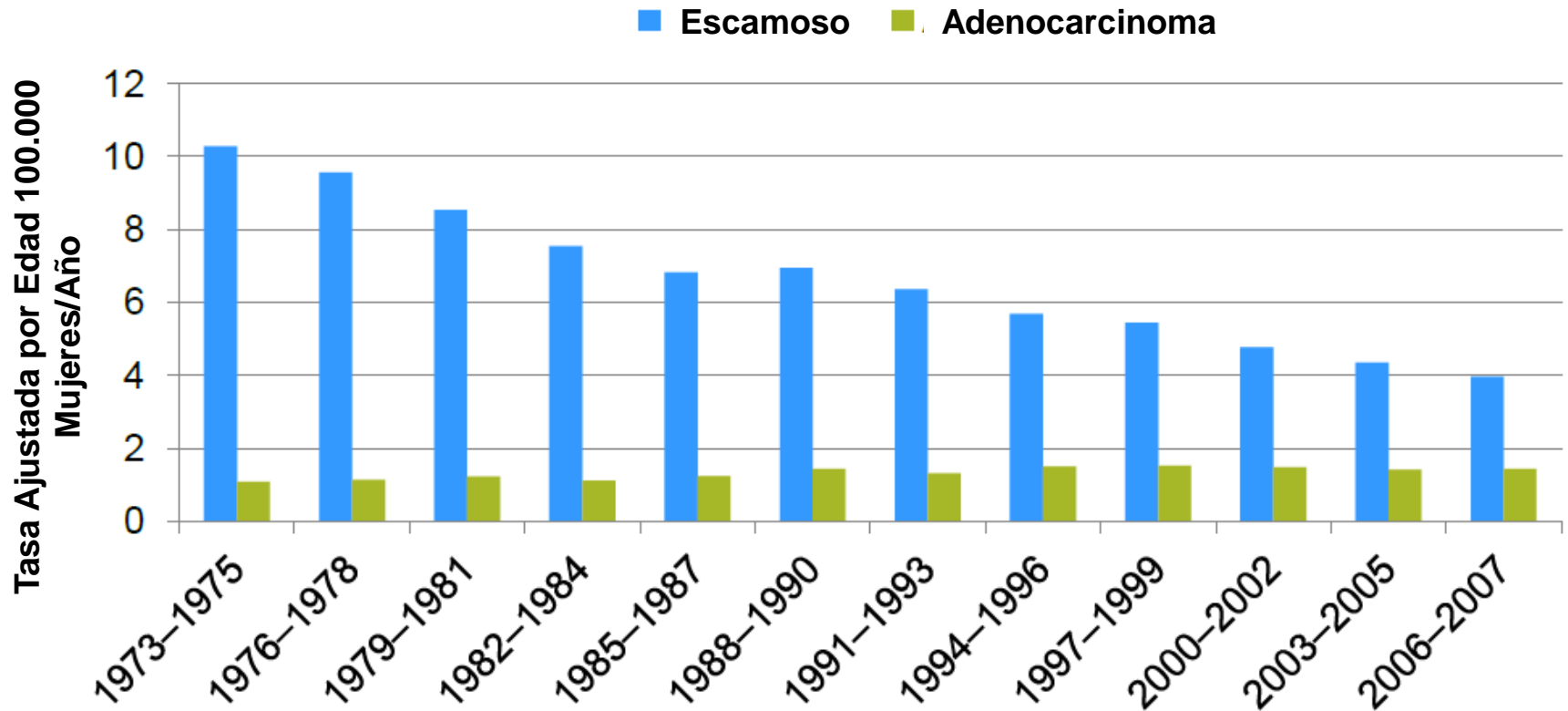
⁴Priest et al. *BJOG* 2007; 114:398

Antecedentes Citológicos en Mujeres con Diagnostico de Cáncer Cervical

Revisión de Historia Clínica de 965360 mujeres ≥ 30 años entre 2003 y 2010 en Kaiser Northern California

	SCC	AdenoCA
Total	198	114
NILM result	41 (20.7%)	52 (45.6%)
ASC-US / ASC-H	27 (13.6%)	14 (12.3%)
Other abnormal	130 (65.7%)	50 (43.9%)

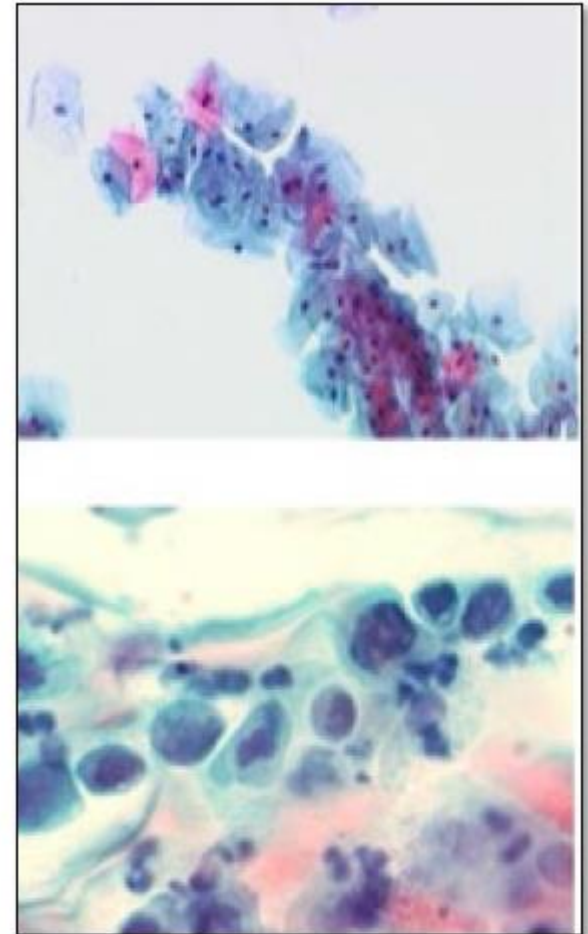
Evolución de Incidencia de Cáncer Cervical en USA según histología



El Adenocarcinoma no ha disminuido en incidencia

Limitaciones de la Citología Cervical como elemento de Tamizaje

- La citología tiene una **baja sensibilidad** para detectar CIN2+¹
- **Importante variabilidad** diagnóstica entre citopatólogos y laboratorios²
- Identifica mujeres con lesiones precursoras de cáncer pero no a aquellas con riesgo de desarrollarlas
- **Pobre desempeño** en detección de adenocarcinoma³



1.Castle PE, et al. Lancet Oncol 2011; 12: 880-90. 2.Wright TC, et al. Int J Cancer 2014; 134: 1835-43.

3.Herzog TJ, Monk BJ. Am J Obstet Gynecol 2007; 197: 566-71.

Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cervix en Argentina – Situación 2008

TABLE 2. Number of total Pap smears read in 1 year as a percentage of women to be screened according to provincial policies, and Pap smears performed out of target age-group (%), selected provinces in Argentina

Province	Number of women to be screened ^a	Annual Pap smears read		Pap smears performed out of target age-group (%)
		No.	%	
Buenos Aires	849 167	327 650	38.6	—
Catamarca	12 625	7 243	57.4	41
Córdoba	534 774	25 390	4.7	—
Entre Ríos	63 887	20 686	32.4	40
Formosa	24 647	13 140	46.7	—
Jujuy	39 237	22 548	57.7	25 ^b
La Rioja	13 049	2 936	22.5	3 ^c
Mendoza	76 294	26 572	34.8	25 ^d
Neuquén	25 182	23 896	94.9	—
Salta	56 874	28 000	49.0	20 ^e
San Juan	20 801	13 552	65.2	—
Santiago del Estero	60 249	10 350	17.2	35 ^f
Tucumán	194 255	18 686	9.6	—

Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cervix en Argentina – Situación 2008

Pap smear in the last 2 years

TABLE 3. Percentage of women in target age-

Distinto grado de implementacion según la Provincia

Buenos Aires	57	48
Catamarca	47	43

Focalizacion del tamizaje en mujeres mas jovenes en menor riesgo de CC; sobretamizaje

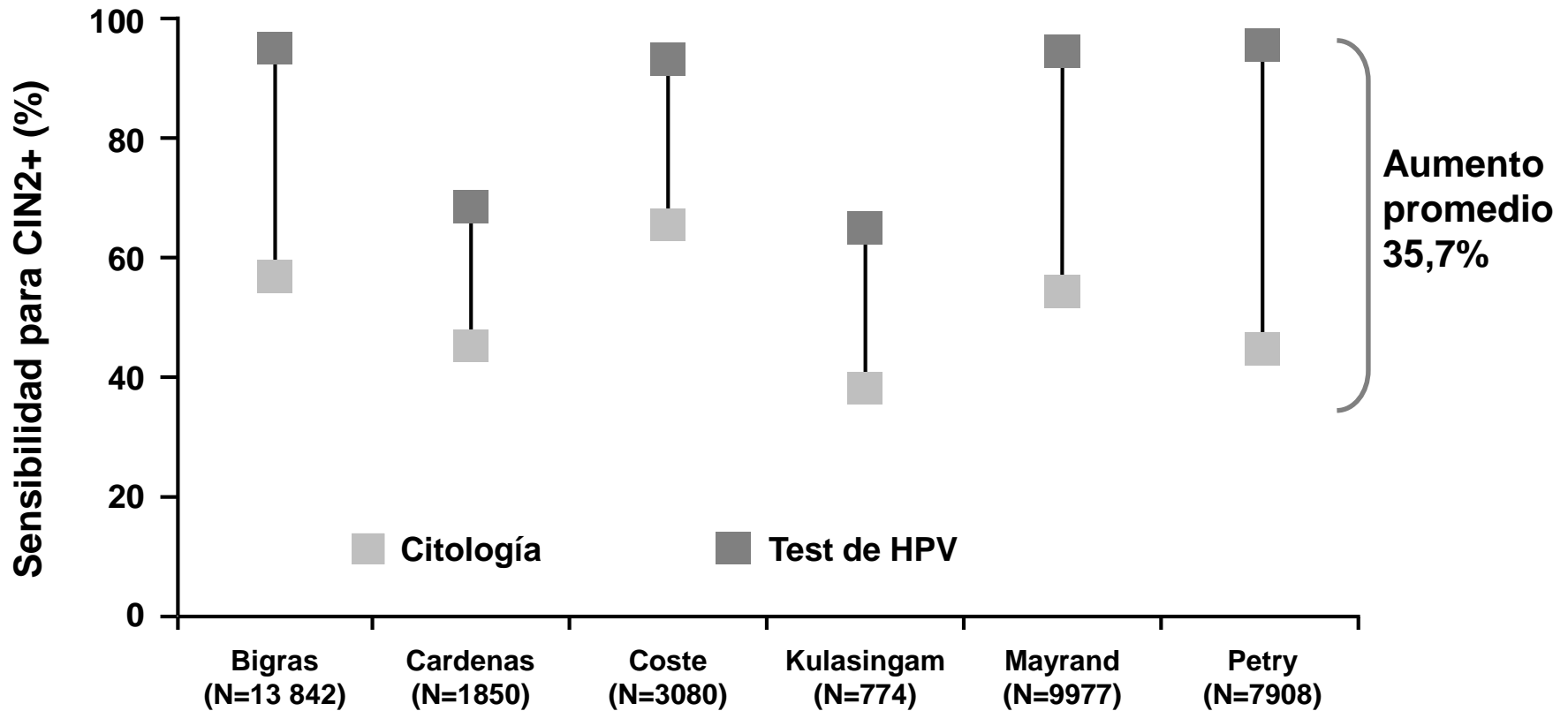
Jujuy	58	48
La Rioja	50	47

Baja cobertura en la poblacion objetivo, con un tamizaje mayoritariamente oportunistico

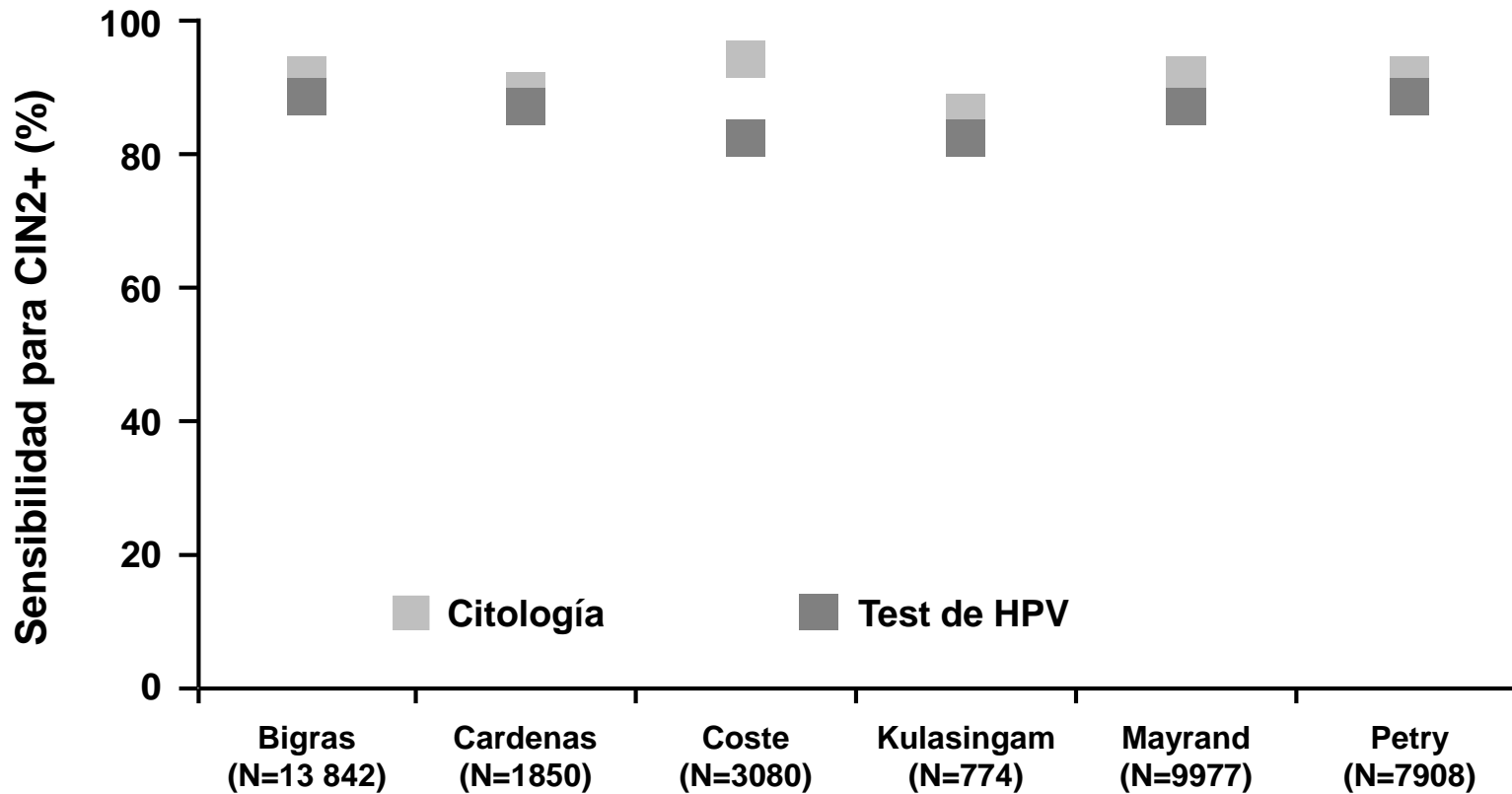
Santiago del Estero	40	28
Tucumán	30	26

^a Target age-group as defined by provincial programs.

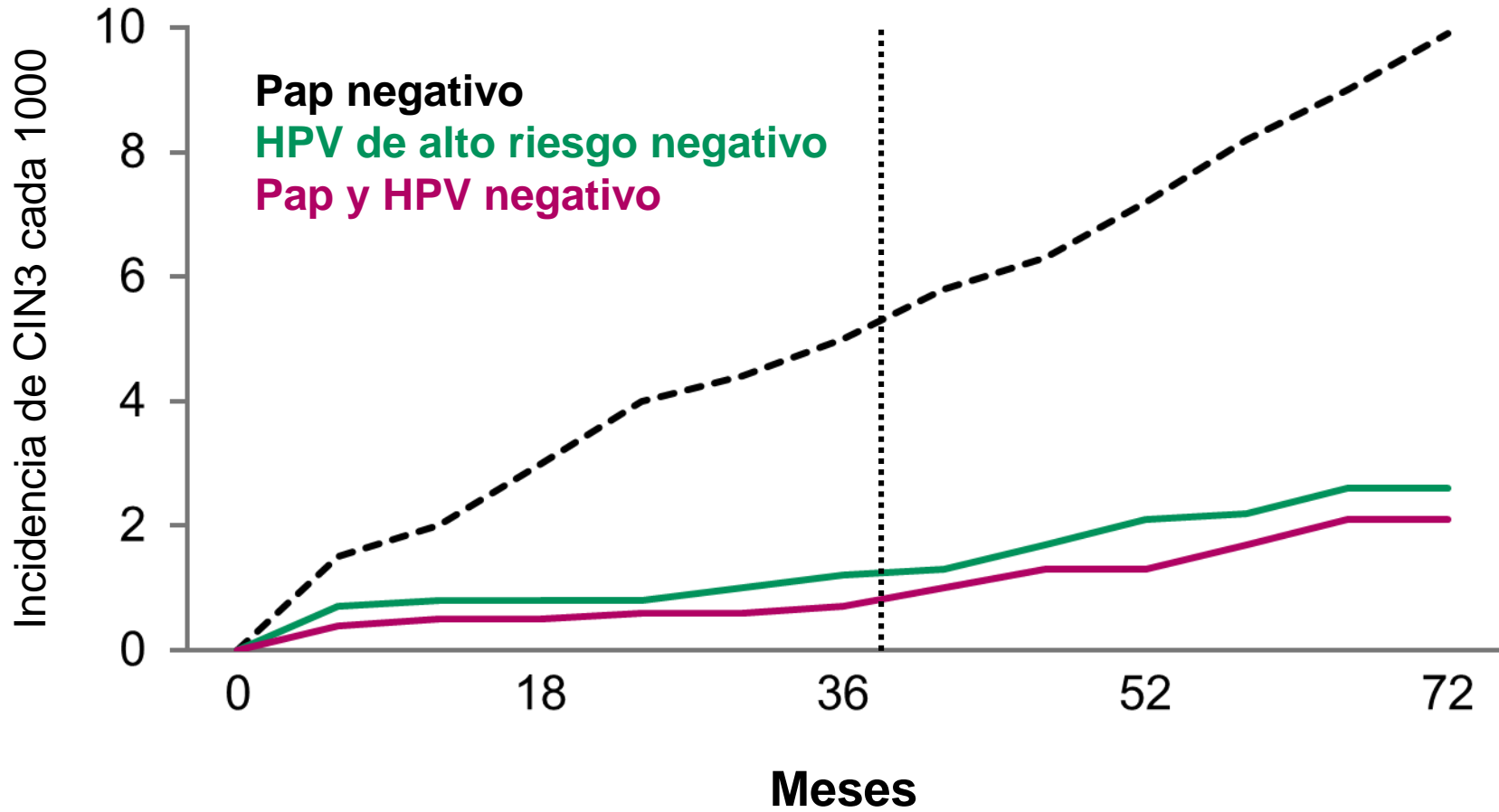
Sensibilidad de la citología vs. Test de HPV para CIN2+



Especificidad de la citología vs. Test de HPV para CIN2+



Incidencia acumulativa de CIN3 según Papanicolaou Negativo vs Test de HPV Negativo



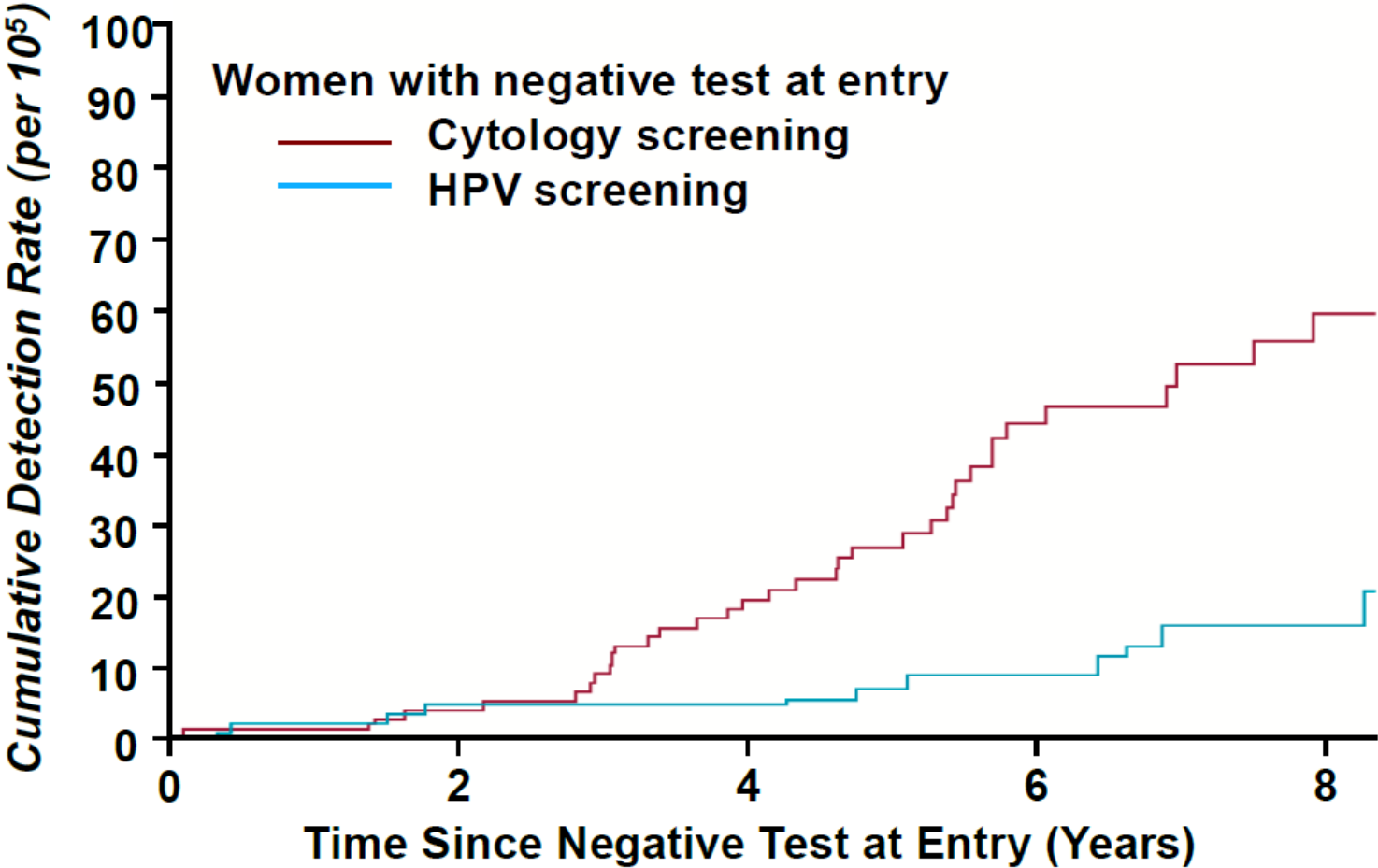
Riesgo de CIN3+ posterior a Prueba de Tamizaje Negativa con 3 años de seguimiento

	Pap	HPV	Cotest
Dillner et al.	0.50%	0.11%	0.06%
Katki et al.	0.17%	0.06%	0.05%
Rijkaart et al.	0.26%	0.06%	0.05%

Tamizaje con Prueba de HPV: Experiencia Europea

- 4 Estudios randomizados realizados en Suecia, Holanda, Reino Unido e Italia.
- Incluyeron 176.464 mujeres de 20 a 64 años de edad.
- Seguimiento medio de 6,5 años
- El tamizaje con prueba de HPV brinda una protección **60-70% mayor** versus cáncer cervical que el tamizaje citológico.

Tamizaje con Prueba de HPV: Experiencia Europea



¿Por qué el Test de HPV es una opción atractiva como herramienta de tamizaje?

- Mas sensible y reproducible que la citología.
- Detección anticipada en la historia natural de la carcinogénesis, por lo que permite un margen de seguridad mayor para los intervalos del tamizaje.
- Puede ser automatizado y centralizado, con adecuado control de calidad.
- Puede ser mas costo-efectivo que la citología al implementar en gran numero de muestras.
- Una opción adecuada para poblaciones vacunadas contra la infección por HPV.

Impacto del Tamizaje sobre Riesgo de CCU y Mortalidad según intervención

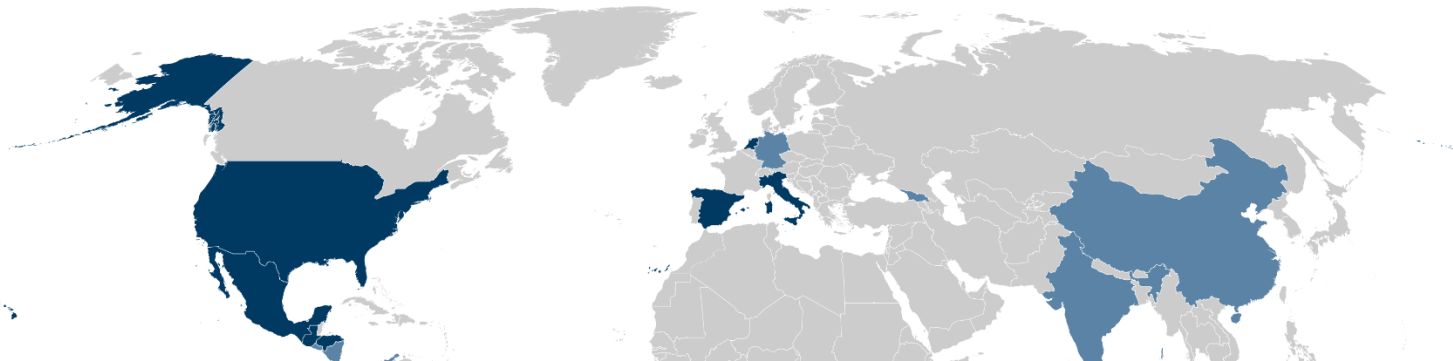
Comparative efficacy of visual inspection with acetic acid, HPV testing and conventional cytology in cervical cancer screening: a randomized intervention trial in Osmanabad District, Maharashtra State, India

Grupo	Casos	Años-persona de seguimiento	Razón de riesgo* (IC del 95%)
<i>Incidencia del cáncer cervicouterino de estadio II+</i>			
Control	82	247 895	1,00
VPH	39	268 185	0,47 (0,32-0,69)
Citología	58	250 523	0,75 (0,51-1,10)
IVA	86	267 326	1,04 (0,72-1,49)
<i>Mortalidad por cáncer cervicouterino</i>			
Control	64	248 175	1,00
VPH	34	268 674	0,52 (0,33-0,83)
Citología	54	251 144	0,89 (0,62-1,27)
IVA	56	267 917	0,86 (0,60-1,25)

Tasa de Incidencia de Cancer de Cervix en Pacientes con Tamizaje Negativo según Test

Comparative efficacy of visual inspection with acetic acid, HPV testing and conventional cytology in cervical cancer screening: a randomized intervention trial in Osmanabad District, Maharashtra State, India

Group	Number of women	Cancer cases	Age-Standardized Incidence rate (per 100 000)
HPV	24 380	8	3.7
Cytology	23 762	22	15.5
VIA	23 032	25	16.0



¿Es correcta la herramienta que utilizamos para el tamizaje?

National programs

- Argentina
- Guatemala
- Honduras
- Italy
- Mexico
- Netherlands
- Spain
- Turkey
- United States

Pilot programs

- China
- Colombia
- El Salvador
- Germany
- India
- Nicaragua
- Paraguay
- Peru
- Republic of Georgia
- Rwanda
- Uganda

¿Qué ofrecemos en el consultorio?

¿Qué ofrecemos en el consultorio?

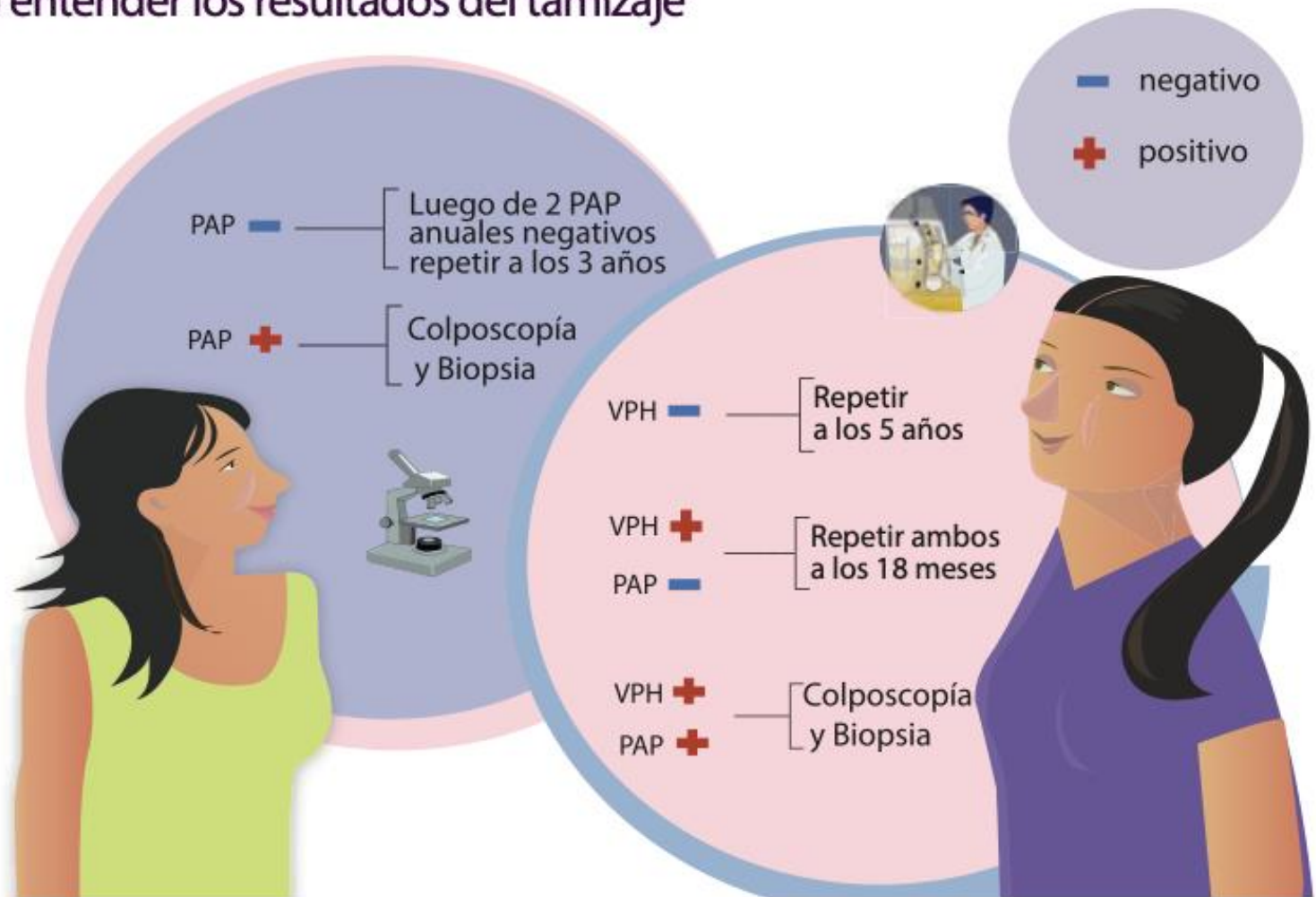
¿Hay una ética distinta para la salud pública que para la salud individual?

El estándar de cuidado que ofrezco en general no debería ser inferior que el ofrecido en lo individual

Si aceptamos una frecuencia de testeo para la salud pública como adecuada, ¿por qué habríamos de hacerlo diferente en privado?

¿Que herramienta usamos para el estudio de nuestras pacientes y que evidencia tenemos para hacerlo?

Cómo entender los resultados del tamizaje





SOGIBA
Sociedad de Obstetricia
y Ginecología de Bs. As.
Fundada en 1908

GUIAS DE MANEJO 2015 CITOLOGÍA ANORMAL y LESIONES INTRAEPITELIALES CERVICALES

Mujeres de 30 años o mas, cada 3 años (Test de HPV)

Mujeres de 30 años o mas, cada 5 años (Co-test)

Mujeres de 30 años o mas, citología cada 3 años (2 anuales)

INICIO DEL TAMIZAJE

Se recomienda comenzar el tamizaje a los 3 años del inicio de las relaciones sexuales (B I).

Se podría considerar realizarlo antes de los 3 años en aquellas pacientes que, de acuerdo al interrogatorio y los antecedentes, el médico lo considere apropiado (C III).

HASTA LOS 29 AÑOS INCLUSIVE

- ✘ Citología anual. Luego de dos citologías consecutivas anuales negativas, puede realizarse el tamizaje cada 3 años (A I). Se podría considerar realizarlo antes de los 3 años en aquellas pacientes que el médico lo considere apropiado (C III).
- ✘ No debe utilizarse el test de HPV en este grupo etario dada la alta frecuencia de infección por HPV (A I).

DESDE LOS 30 HASTA LOS 69 AÑOS

- ✘ Citología cada 3 años hasta los 69 años. Luego de dos citologías consecutivas anuales negativas, puede realizarse el tamizaje cada 3 años (A I). Se podría considerar realizarlo antes de los 3 años en aquellas pacientes que el médico lo considere apropiado (C III).
- ✘ Test de HPV cada 3 años hasta los 65 años (A I).
- ✘ Cotest (test de HPV + citología) cada 5 años hasta los 65 años (A I).

A PARTIR DE LOS 70 AÑOS (A)

- ✘ Se recomienda discontinuar el tamizaje excepto en aquellas pacientes que, de acuerdo a lo que surja del interrogatorio y la historia clínica, el médico lo considere.
- ✘ Se discontinúa el tamizaje en aquellas pacientes con al menos dos citologías sucesivas previas negativas en los dos últimos años, sin historia de H-SIL o de lesiones glandulares en los últimos 20 años.

¿Qué ofrecemos en el consultorio?

FRECUENCIA

¿Con que frecuencia estoy testeando a mis pacientes?

¿Qué evidencia científica tengo para hacerlo?

¿Estoy siguiendo las recomendaciones de las sociedades científicas?

Si no estoy basándome en la evidencia... ¿Por qué lo hago?

Al final del día, podemos contestarnos ¿estoy haciendo lo correcto?

¿Qué ofrecemos en el consultorio?

HERRAMIENTA DE "TAMIZAJE"

¿Con que herramienta estoy testeando a mis pacientes? ¿es lo mejor que puedo ofrecerles?
¿Existe evidencia que soporta el uso rutinario del estudio que realizo? ¿mucho?...¿alguna?...¿una?...
¿Por qué lo hago entonces?...

Si no ofrezco la mejor herramienta... ¿Por qué no lo hago?

Al final del día, podemos contestarnos ¿estoy haciendo lo correcto?

¿Qué ofrecemos en el consultorio?

Desafío "Esta Semana"

¿A cuantas pacientes les repetí el pap anual por 3er, 4to, 5to...10mo año consecutivo?

¿A cuantas pacientes les ofrecí realizar un estudio molecular para HPV?

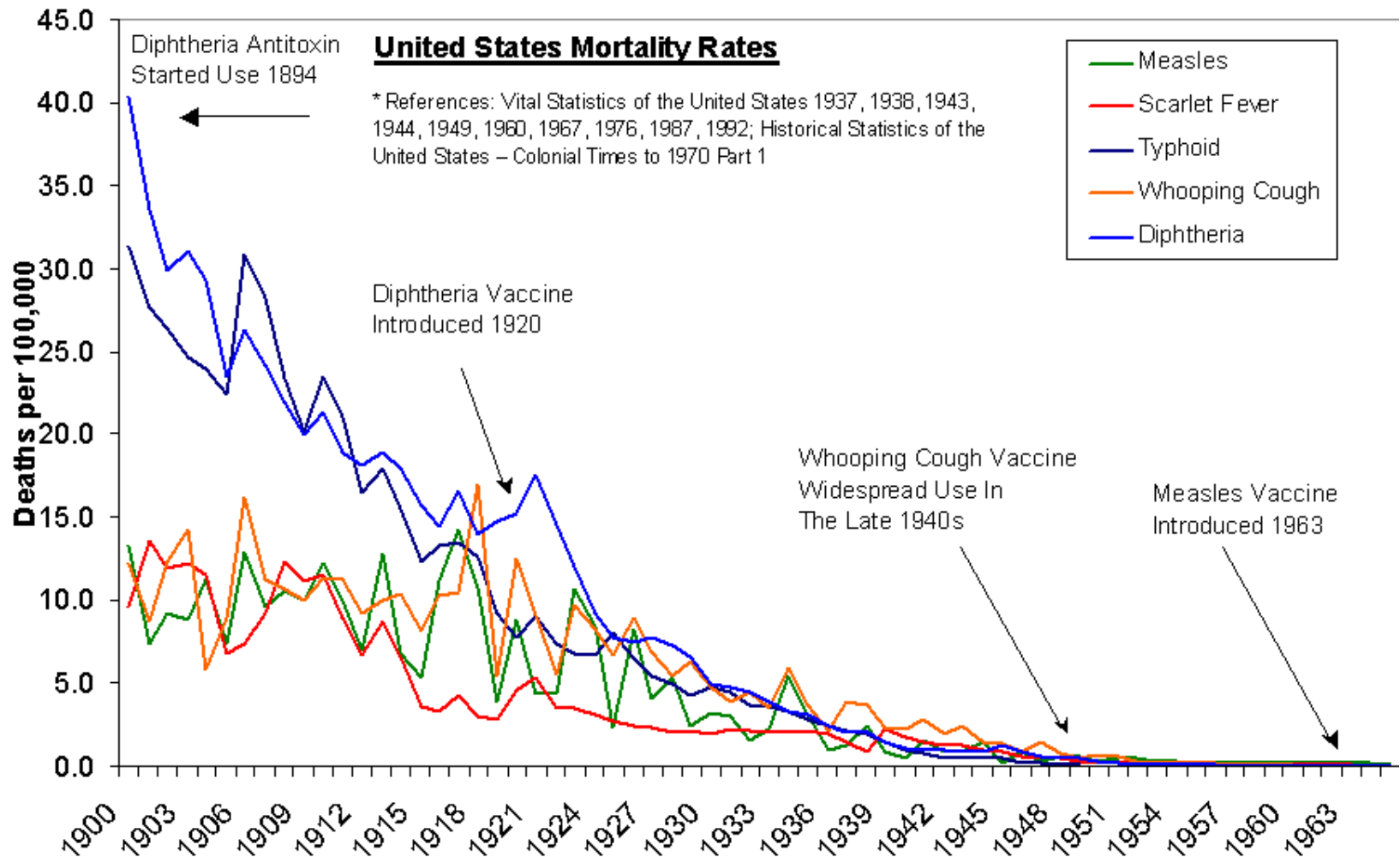
¿A que porcentaje de mis pacientes les realice una colposcopia?

¿estoy haciendo lo correcto?

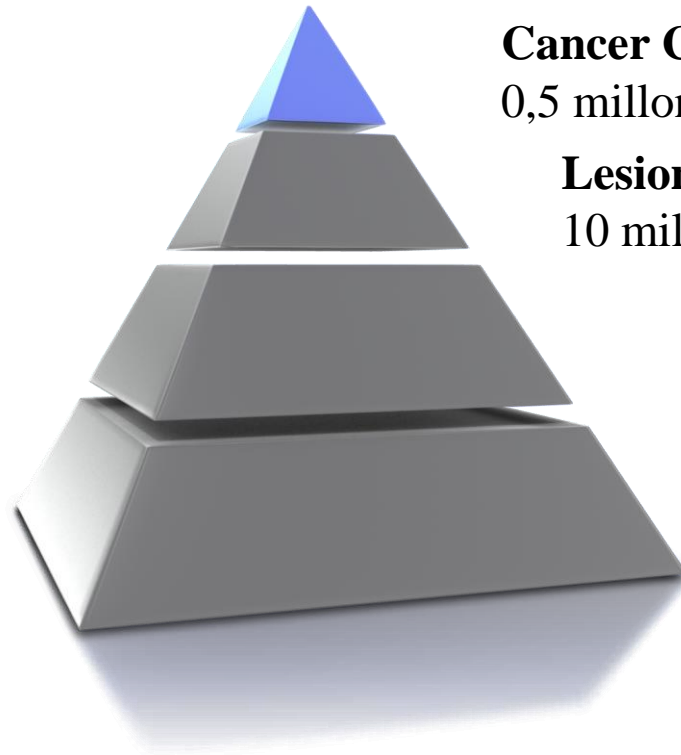
¿Qué ofrecemos en el consultorio?



Vacunas: una historia de éxitos



Progresión a Cáncer Cervicouterino



Cancer Cervicouterino

0,5 millon de mujeres

Lesion Intraepitelial de Alto Grado

10 millones de mujeres

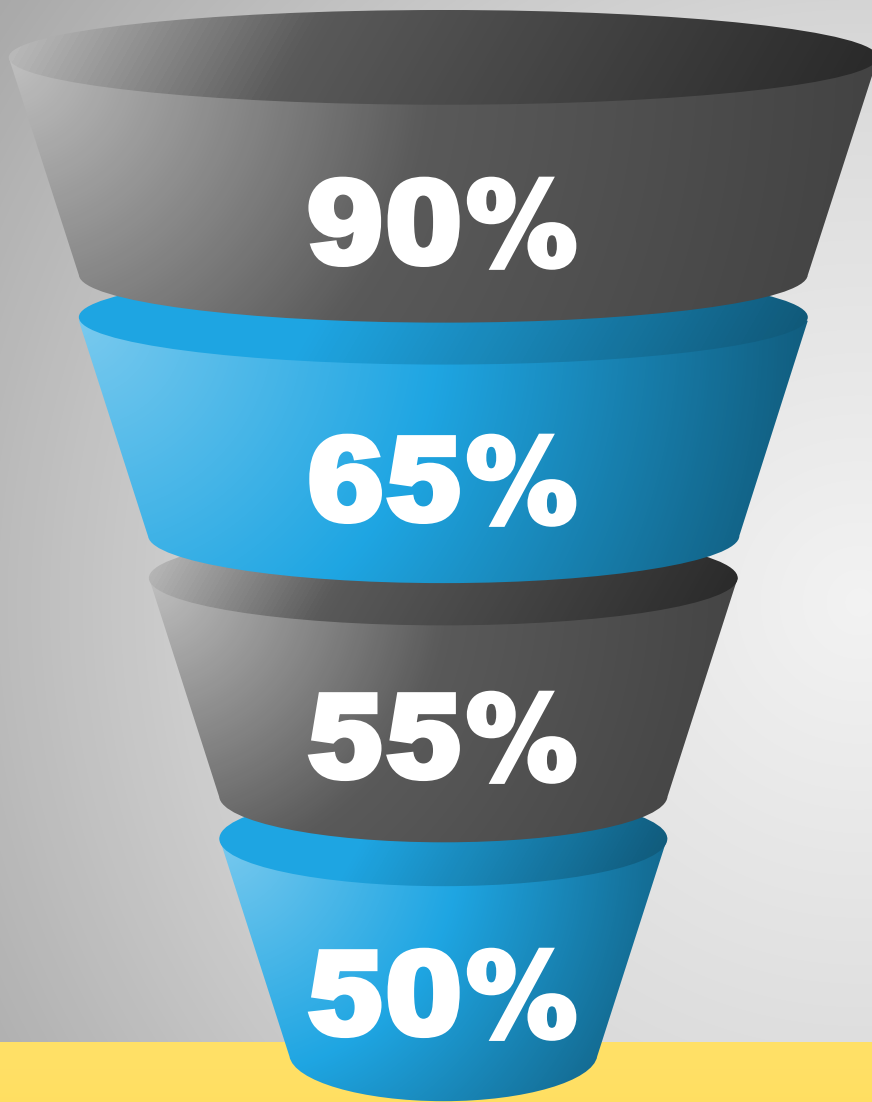
Lesion Intraepitelial de Bajo Grado

30 millones de mujeres

Infeccion Subclinica por VPH

214.275.360 personas

† Estimado del total de mujeres > 15 años en el mundo.



Cáncer de Ano

En ambos sexos, principalmente asociado a HPV 16/18.

Cáncer de Orofaringe

En ambos sexos. Mas frecuentemente en base de lengua o amigdalas. Asociado a HPV 16/18

Cáncer de Vulva/Vagina

Asociado principalmente a HPV 16/18.

Cáncer de Pene

Asociado principalmente a HPV 16/18

Cánceres en distintas localizaciones

Siempre asociado principalmente a HPV 16/18

Cáncer de Orofaringe: USA - Tendencia

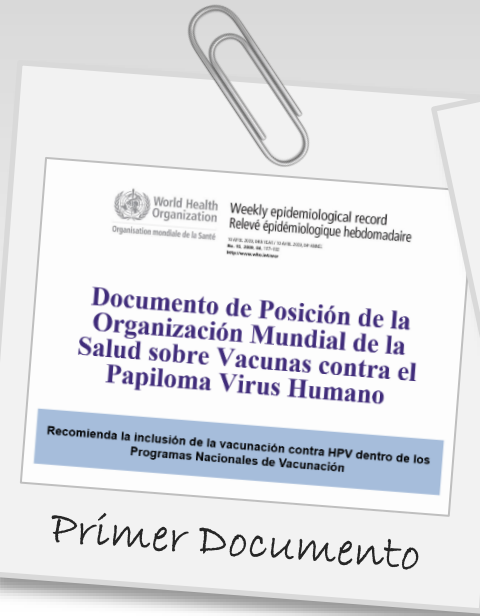
Los cánceres de base de lengua y amígdala HPV relacionados se duplicaron en 20 años.

De mantener esa tendencia en 2020 podría tener la incidencia del cancer de cervix en USA

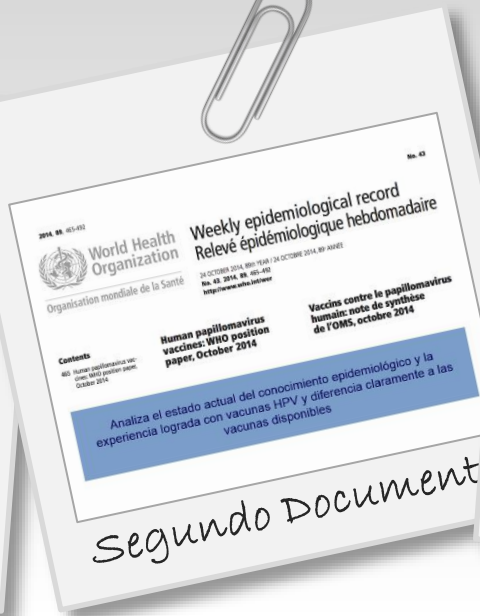


Papel de la OMS

Documentos Claves



Primer Documento



Segundo Documento



Países con vacuna



Efectividad

2009

Posición de OMS

Este primer documento fue la clave para la inclusión de las vacunas en los Calendarios Nacionales de Inmunización.

2014

Datos Maduros

El Segundo documento de OMS analiza los datos maduros de los ensayos fase 3 de las vacunas y la experiencia acumulada tras la inclusión en Calendarios.

2016

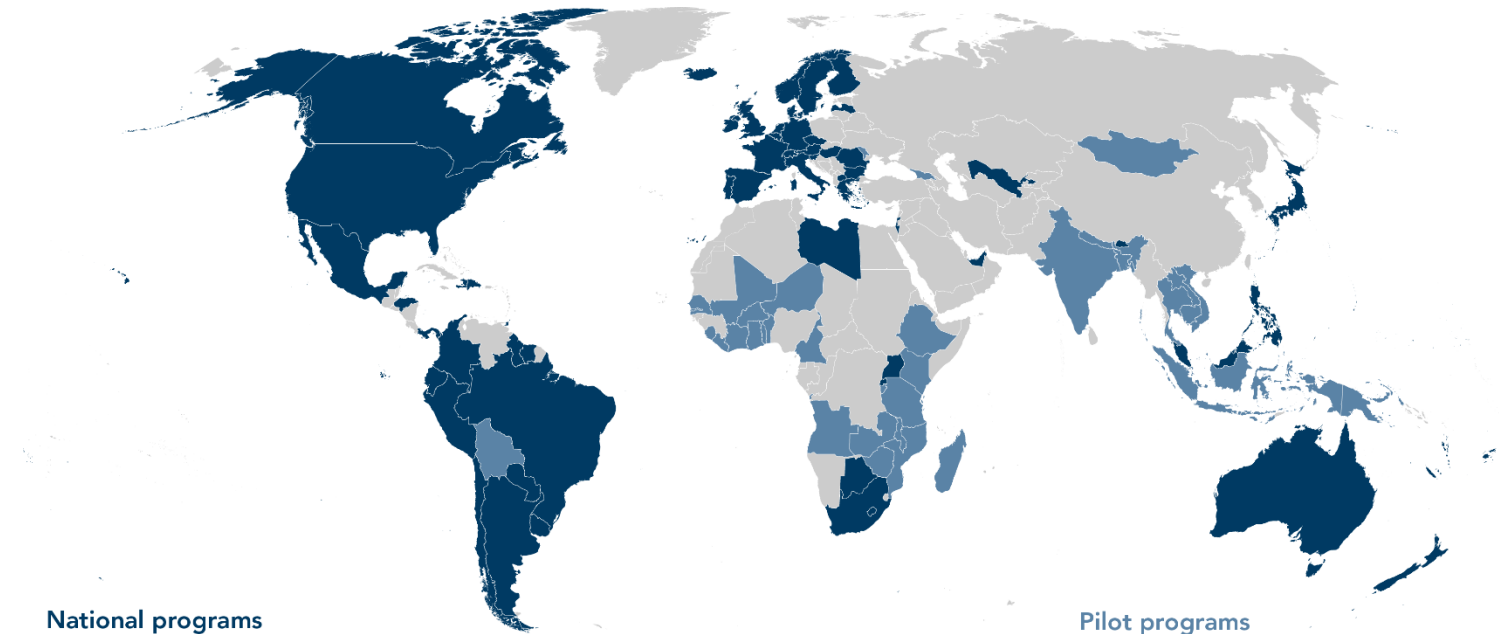
Vacuna Global

Para el año 2016 más del 60% de los países del mundo contaban con vacuna de HPV en Calendario o Programas Pilotos.

2017

Efectividad

Se acumuló la evidencia de efectividad poblacional con vacunas HPV en distintos países, especialmente Australia y el Reino Unido.



National programs

American Samoa	Curacao	Libya
Andorra	Czech Republic	Lichtenstein
Anguilla	Denmark	Luxembourg
Argentina	Dominican Republic	Macedonia
Aruba	Ecuador	Malaysia
Australia	Fiji	Malta
Austria	Finland	Marshall Islands
Bahamas	France	Mexico
Barbados	French Polynesia	Micronesia
Belgium	Germany	Monaco
Belize	Greece	Netherlands
Bermuda	Guam	New Caledonia
Bhutan	Guyana	New Zealand
Bonaire	Honduras	Niue
Botswana	Hungary	Northern Marianas
Brazil	Iceland	Norway
Brunei	Ireland	Palau
Bulgaria	Israel	Panama
Canada	Italy	Paraguay
Cayman Islands	Japan	Peru
Chile	Kiribati	Philippines
Colombia	Latvia	Portugal
Cook Islands	Lesotho	Puerto Rico

Pilot programs

Angola	Mongolia
Bangladesh	Mozambique
Benin	Nepal
Bolivia	Niger
Burkina Faso	Papua New Guinea
Burundi	Sao Tome
Cambodia	Senegal
Cameroon	Sierra Leone
Cote d'Ivoire	Solomon Islands
Ethiopia	Tanzania
Gambia	Thailand
Georgia	Togo
Ghana	Vietnam
Haiti	Zambia
India	Zimbabwe
Indonesia	
Kenya	
Lao PDR	
Liberia	
Madagascar	
Malawi	
Mali	
Moldova	

Vacunas contra HPV

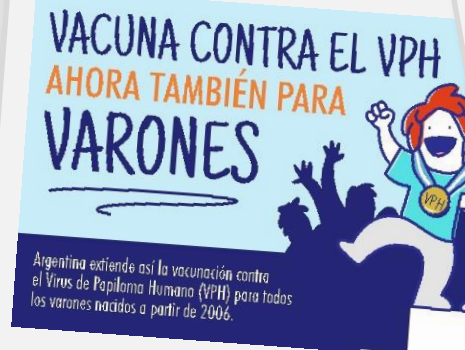
Experiencia Nacional



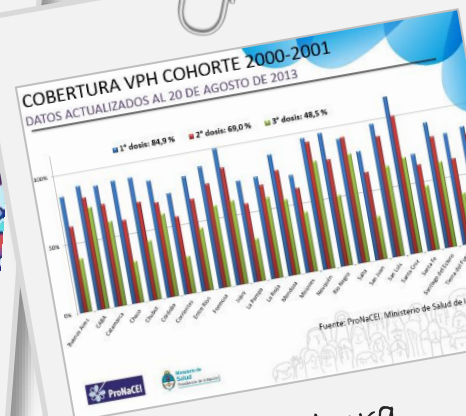
Ingreso a calendario



Dos Dosis



Inclusión de varones



Cobertura

2011

Calendario Nacional

Se decidió la inclusión de la vacuna contra HPV en el Calendario Nacional de Vacunación con carácter gratuito y obligatorio para niñas de 11 años de edad.

2015

Esquema de Dos Dosis

Se modifica el esquema para niñas menores de 15 años para recibir dos dosis con un intervalo no menor a 6 meses.

2016

Inclusión de Varones

Se decide la inclusión para el año 2017 de los varones dentro del esquema de vacunación a los 11 años de edad.

2017

Estrategia para mejorar el impacto de vacunas

La inclusión de varones inicia en este año como estrategia para mejorar el impacto en mujeres y como equidad de género.

Vacunas contra HPV de Segunda Generación Vacuna 9 valente



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2018 - Año del Centenario de la Reforma Universitaria

Disposición

Número: DI-2018-2088-APN-ANMAT#MSYDS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Miércoles 28 de Noviembre de 2018

Referencia: 1-0047-1110-000566-15-4

VISTO el Expediente N° 1-0047-1110-000566-15-4 del Registro de la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA, y

Indicación/es terapéuticas/s autorizada/s: Inmunización activa de individuos a partir de los 9 años de edad frente a las siguientes enfermedades por VPH: Lesiones precancerosas y cánceres que afectan el cuello de útero, vulva, vagina y ano causados por los tipos del VPH de la vacuna; Verrugas genitales (condiloma acuminado) causados por tipos específicos del VPH.



Vacunas contra HPV de Segunda Generación Vacuna 9 valente

POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN

Individuos de 9 a 14 años de edad (inclusive) en el momento de la primera inyección.

GARDASIL 9 puede administrarse siguiendo una pauta de dos dosis. La segunda dosis se debe administrar entre los 5 y 13 meses después de la administración de la primera dosis. Si la segunda dosis de la vacuna se administra antes de 5 meses después de la primera dosis, se debe administrar siempre una tercera dosis.

Individuos de 15 años en adelante en el momento de la primera inyección.

GARDASIL 9 se debe administrar siguiendo una pauta de tres dosis (0, 2, 6 meses). La segunda dosis se debe administrar al menos un mes después de la primera dosis y la tercera dosis se debe administrar al menos tres meses después de la segunda dosis. Las tres dosis se deben administrar dentro del periodo de 1 año.

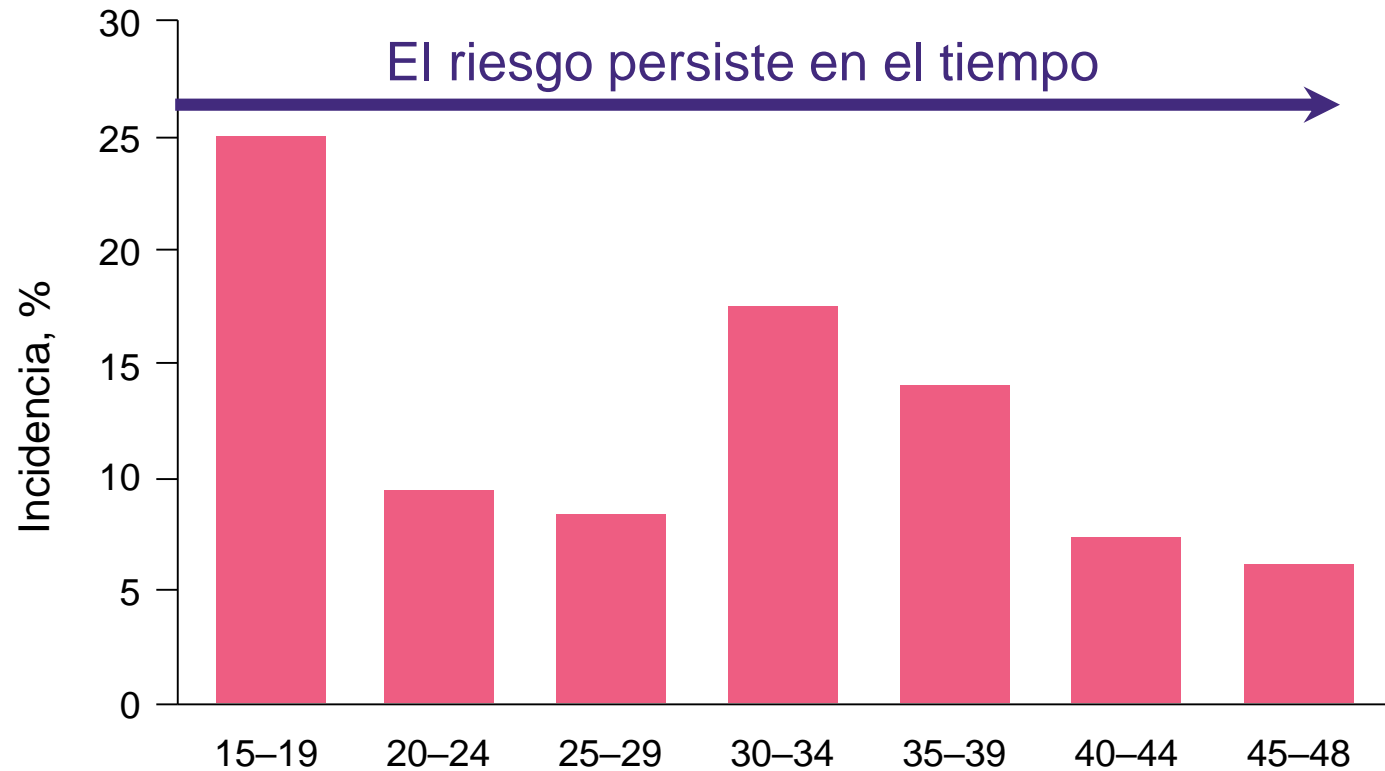
Individuos que vivan con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) y quienes hayan sido trasplantados (órganos sólidos o células hematopoyéticas)

GARDASIL 9 se debe administrar siguiendo una pauta de tres dosis (0, 2, 6 meses). La segunda dosis se debe administrar al menos un mes después de la primera dosis y la tercera dosis se debe administrar al menos tres meses después de la segunda dosis. Las tres dosis se deben administrar dentro del periodo de 1 año.





Riesgo de Infección por HPV y Edad



Incidencia de HPV por Grupo Etario – Ontario (Canada)

Estudios en Mujeres Adultas

HPV vaccination against cervical cancer in women above 25 years of age:
key considerations and current perspectives

Xavier Castellsagué ^{a,*}, Achim Schneider ^b, Andreas M. Kaufmann ^b, F. Xavier Bosch ^a

^a Cancer Epidemiology Research Program, Institut Català d'Oncologia, IDIBELL, CIBER-ESP, Barcelona, Spain

^b Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany

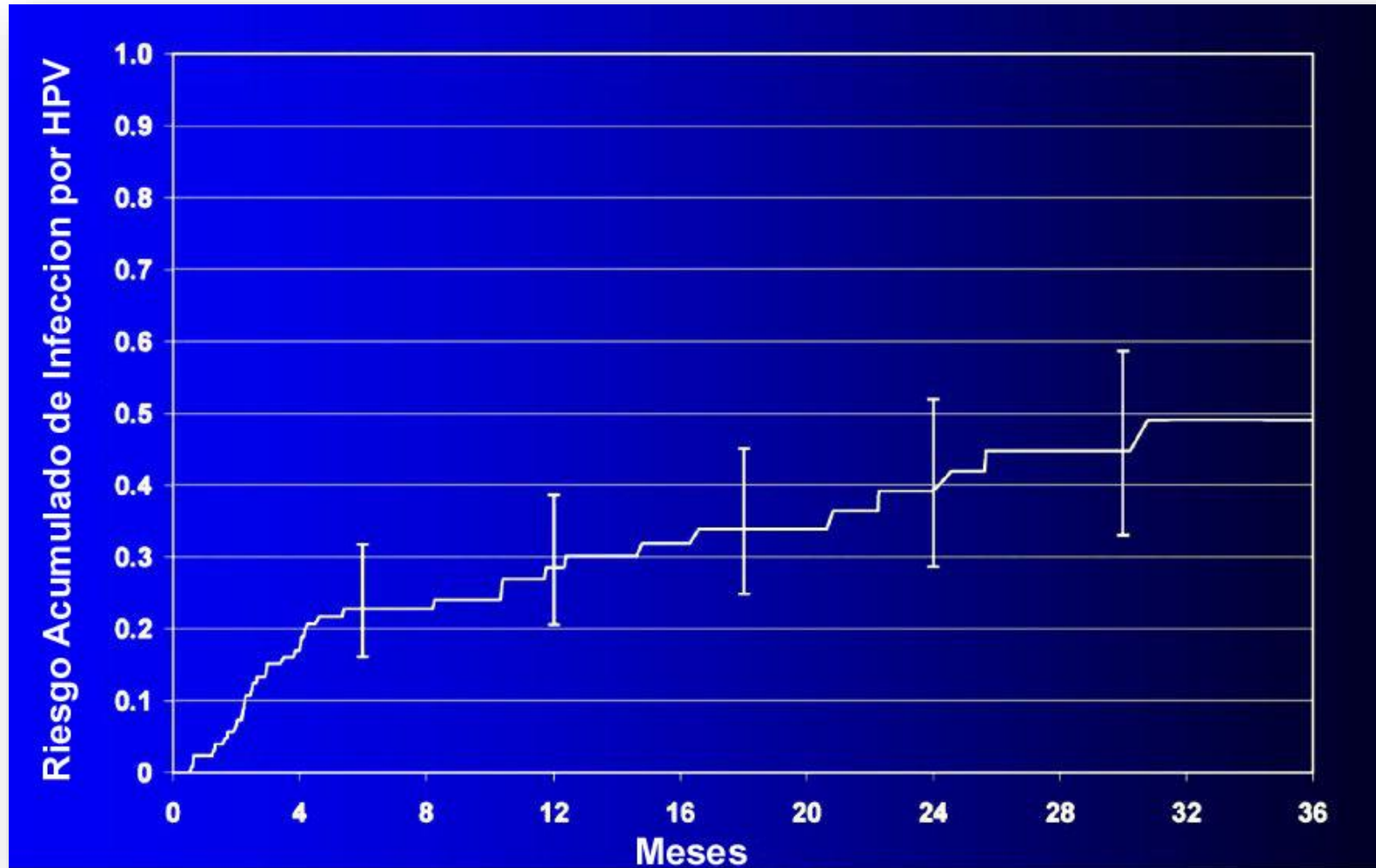
Gynecologic Oncology 115 (2009) S15–S23

- Ambas vacunas fueron evaluadas en mujeres adultas, mayores de 24 – 26 años de edad, lo cual ha permitido ampliar el marco de aprobación en algunos países.
- La seguridad, inmunogenicidad y eficacia de Gardasil® fue evaluada en mujeres de 24 a 45 años (1)
- La seguridad e inmunogenicidad y eficacia de Cervarix® fue evaluada en mujeres de 26 a 55 años (2).

1. Muñoz N, et al. Lancet 2009; 373: 1949 – 57.

2. Schwarz TF, et al. Vaccine 2009; 27: 581 – 7.

Riesgo Acumulado de Adquirir HPV con una sola pareja sexual



¿Qué ofrecemos en el consultorio?

¿Qué ofrecemos en el consultorio?

Vacuna contra HPV

¿En que evidencias baso mi decisión de indicar o no vacunas?

¿A que edades recomendaría la vacuna?

¿Menciono la existencia de la vacuna?

Si no lo hago, ¿me pregunto porque?

Al final del día, podemos contestarnos ¿estoy haciendo lo correcto?

¿Qué ofrecemos en el consultorio?

Desafío "Esta Semana"

¿A cuantas pacientes eduque respecto a prevención de la infección por HPV?

¿A cuantas pacientes les recomendé aplicarse la vacuna contra HPV?

¿Leí alguna información científica sobre el tema?

¿estoy haciendo lo correcto?

¿Qué ofrecemos en el consultorio?







dhabich@hospitalaleman.com