

Del cribado oportunista al cribado sistemático del cáncer de cérvix. ¿Qué implicaciones prácticas tiene en nuestra actividad asistencial?

From opportunistic screening to systematic screening for cervical cancer. What practical implications does it have in our care activity?

Carmen Mejías Paneque

Matrona Hospital Universitario Virgen Macarena. Vocal de Sevilla de la Asociación Andaluza de Matronas. Pertenece al grupo de trabajo de cribado de cáncer de cérvix de la Junta de Andalucía.

INTRODUCCIÓN

En España el cáncer de cérvix es la 11ª neoplasia más frecuente en mujeres con una estimación de 1942 nuevos casos aproximadamente para el año 2021, según el informe del cáncer en España de SEOM de 2021, con una incidencia de 10.8 casos/100.000 mujeres / año y una mortalidad de 3.6 casos/100.000 mujeres / año¹.

En mujeres, se estima que en 2021 los tipos de cáncer responsables de una mayor mortalidad serán los cánceres colorrectales (6.830; 15,1%), y los de mama (6.606; 14,6%), seguidos de cerca por los de pulmón (5.584; 12,3%) ocupando el cáncer de cérvix la 8ª causa de muerte por cáncer en mujeres (1.647; 3,6%).

El cribado de mujeres sanas mediante citología cervical ha demostrado claramente su eficacia, puesto que su aplicación de forma adecuada y sistemática en determinados países ha conseguido reducir en un 70-80% la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino². Hasta ahora el cribado era de tipo oportunista, lo cual supone captar a la mujer cuando acude a consulta por otros motivos (planificación familiar, consulta general con médico de familia, control de embarazo...) esto dificulta una cobertura óptima y penaliza la equidad (aquellas mujeres que no acuden al centro de salud no serán cribadas) lo cual explica que más del 60% de los cánceres de cuello uterino en nuestro país afectasen a mujeres sin cribado previo o cribado inadecuado³. El cribado sistemático implicaría una invitación individual a cada persona objetivo haciendo que todas las actividades estén planificadas y organizadas garantizando la equidad. Pero esto también supone un reto importante, sobre todo para enfermería (generalista y especializada (matronas)) porque supondrá un aumento notable de la población a cribar debiendo actualizar conocimientos sobre a quién debe hacérselo, qué hacer con determinados

resultados y, lo más importante: muchas mujeres con Virus del papiloma humano (VPH) positivo o citologías alteradas vivirán con gran angustia este proceso si no reciben la información adecuada.

¿Se producirá este cambio en nuestra Comunidad Autónoma? En abril de 2019, tras su publicación en BOE (BOE Núm. 101 sábado 27 de abril de 2019), se establece una modificación de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud que establece un plazo de 5 años para que todas las comunidades autónomas inicien un programa poblacional de cribado en las mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años. Por tanto, el cambio de cribado oportunista a cribado sistemático es una realidad para la que debemos estar preparados.

PRUEBA DE CRIBADO

El cáncer de cuello uterino se da principalmente en mujeres sexualmente activas, existiendo evidencia consistente de que está relacionado con la infección del virus del papiloma humano (VPH). Se conocen más de 150 tipos de VPH, de los cuales alrededor de 40 infectan el área genital y anal, atribuyéndose capacidad oncogénica a los tipos 16, 18, 33, 35, 39, 45, 52, 56, 58 y 59, siendo el paradigma de los de alto riesgo los tipos 16 y 18. Cuando en este artículo hablamos de prueba VPH-AR hacemos referencia a la detección de los serotipos 16 y 18 presentes en más del 99 % de los tipos de cáncer en el área anogenital, tanto epiteliales como adenocarcinomas. Pero a pesar de ser un factor necesario del cáncer de cérvix, no es un factor suficiente y se requiere la presencia de cofactores de riesgo para el desarrollo y progresión de este cáncer. Como ejemplo de cofactores de riesgo podemos destacar: un estado de inmunosupresión, la multiparidad, el tabaquismo y el uso prolongado de anticonceptivos orales. En concreto, el tabaquismo sumado a la infección por el VPH ocasiona un aumento del riesgo del 80% respecto a las mujeres no fumadoras, mientras que el uso de anticonceptivos orales comporta un aumento del riesgo del 60% frente las mujeres que no realizan este tratamiento (International Collaboration

FECHA DE RECEPCIÓN: 15/02/2023

FECHA DE ACEPTACIÓN: 18/03/2023

Correspondencia: Carmen Mejías Paneque

Correo electrónico: maricarmenmejias80@gmail.com

Tabla 1. Diferencia entre citología y prueba de VPH.

| CITOLOGIA TRADICIONAL | PRUEBA DE VPH |
|--|--|
| Detecta células anormales. | Detecta VPH AR. |
| Sensibilidad para detectar HSIL (47-62%). Algo más en medio líquido. | Mayor sensibilidad para lesiones CIN2 / CIN 3. Mayor valor predictivo negativo (alarga el tiempo entre cribados). |
| Especificidad 90%. | Menor especificidad, sobre todo en mujeres jóvenes. |
| Necesidad de repetir por baja sensibilidad cada 3 años. | Su realización cada 5 años (en comparación con citología) reduce mortalidad. |
| Resultados más subjetivos. | Resultados más objetivos (prueba automatizada) pero precisa validación. |
| Posibilidad de detectar VPH-AR si es en medio líquido. | En medio líquido, permite hacer posteriormente citología reflex. |

of Epidemiological Studies of Cervical Cancer, 2007). Otros posibles cofactores a tener en cuenta son las infecciones cérvico- vaginales concomitantes por Chlamydia y el virus del herpes simple.

El objetivo fundamental del cribado es reducir la incidencia y la mortalidad puesto que la larga fase preclínica de la infección por VPH desde la transformación del epitelio cervical hasta su invasión (10-15 años) permite la identificación y tratamiento de las lesiones.

En los últimos años, la evidencia científica ha demostrado que, el cribado primario con una prueba VPH tiene mayor sensibilidad que la citología convencional para la detección de lesiones premalignas y mejor rendimiento en la prevención del cáncer de cuello de útero.

Según establece la Guía 2022 de prevención secundario del cáncer de cuello de útero⁴.

- Edad de inicio del cribado: 25 años con independencia de la edad de inicio de las relaciones sexuales, del estado vacunal u otros factores de riesgo.
- Edad de finalización del cribado: 65-70 años con la condición de que el cribado haya sido negativo durante los 10 últimos años (dos pruebas de VPH o tres citologías negativas).
- Estrategia de cribado:
 - 1.ª Mujeres con edades comprendidas entre 25 y 34 años: Citología cada tres años.
 - 2.ª Mujeres con edades comprendidas entre 35 y 65 años: Determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR). En las mujeres con antecedentes de patología cervical, la finalización del cribado se puede realizar tras un periodo mínimo de cribado de 20 años desde la resolución de la patología y con pruebas de cribado negativas⁵.
 - Si VPH-AR es negativo, repetir prueba VPH-AR a los cinco años.
 - Si VPH-AR es positivo, triaje con citología. Si la citología es negativa, repetir VPH-AR al año

Ver tabla 1 (Diferencia entre citología y prueba de VPH)⁶.

Visto la tabla anterior, lo recomendable en mujeres con edades superior a 35 años es la prueba de VPH en medio líquido para poder hacer en laboratorio citología de la muestra obtenida en aquellas donde el resultado sea positivo a VPH, de esta manera evitamos doble visita a la mujer a la consulta para repetir citología tras VPH positivo.

Antes de citar a la mujer se le debe informar que el día de la cita no debe estar con la regla. Debe haber finalizado la menstruación al menos cinco días antes de la prueba. Llame al centro de salud para cambiar la cita si se encuentra en esta situación. Abstenerse de relaciones sexuales 48 horas previas a la toma. No hacer lavados vaginales ni con desodorantes vaginales en las últimas 24 horas. No usar tratamientos tópicos (óvulos, cremas, etc..) en 5-7 días antes de la prueba. El uso de anillo vaginal no interfiere en la prueba

PREVENCIÓN

Como el VPH es factor de riesgo de otro tipo de cánceres y no exclusivamente del cáncer de cérvix se recomienda la vacunación tanto a niños como a niñas a partir de los 12 años. El Plan Vacunal de Andalucía incluye este año por primera vez a los varones para la vacuna del VPH, se hace a la edad de 12 años con el objetivo de alcanzar la máxima inmunogenicidad al administrarse habitualmente antes de las primeras relaciones sexuales. La pauta vacunal actual son 2 dosis separadas con un intervalo de 12 meses y con el tipo Gardasil 9 (protege frente a los serotipos 6 y 11 (causantes de verrugas genitales) 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58 de VPH)

La inclusión de los varones para la vacuna del VPH supone un hito a remarcar porque⁷:

- Teniendo en cuenta toda la patología oncológica relacionada con el VPH, un tercio se produce en varones, sobre todo de cabeza y cuello, de ano, de pene, de escroto.
- A nivel mundial, se observa una tendencia creciente de la incidencia de carcinoma de células escamosas de ano y de cánceres de localizaciones en cabeza y cuello relacionados con el VPH, sobre todo en varones.

DERRIBANDO MITOS

A continuación, se exponen algunos de los mitos/barreras más frecuentes que podemos encontrar en la población, estos obstaculizan que la mujer acuda a hacerse la prueba de cribado. Una adecuada respuesta sanitaria o incluso adelantarnos a las dudas es una eficaz herramienta para derribar estas barreras y asegurar una buena cobertura poblacional.

Mito: ¿Se puede coger usando baños públicos sucios? ¿qué es el vph? ¿yo no he mantenido relaciones de penetración puedo tenerlo? ¿qué síntomas produce?

“Es un virus que se transmite en las relaciones sexuales, aumentando el riesgo a mayor número de parejas y relaciones. El VPH es la ITS más frecuente, el 80% de las mujeres sexualmente activas se infectan por algún tipo. La mayoría tendrán una infección transitoria Existen más de 150 tipos, pero algunos como el 16 y 18 son responsables del 70-80% de los cánceres Casi todas las personas infectadas no tienen síntomas por tanto puede transmitirse sin saberlo No es necesario el coito ya que también puede transmitirse a través del contacto de las zonas genitales”.

Mito: Prefiero no hacérmelo no vaya a ser que mi marido/pareja me engañe y prefiero no saberlo...

“No hay forma de saber con Certeza cuándo contrajo el VPH o quién se lo transmitió. Se puede tener durante muchos años. Por tanto tener VPH no significa necesariamente que usted o su pareja estén teniendo una relación sexual con otra persona. El virus puede permanecer en un estado latente e indetectable reactivándose años después”.

Mito: Yo uso siempre preservativo, así que no necesito hacerme esa prueba.

“Aunque es cierto que el uso correcto del preservativo reduce notablemente las posibilidades de infección: reduce el riesgo de progresión de las lesiones y favorece el aclaramiento del virus NO elimina las lesiones ni supone contagio 0 ya que el VPH puede afectar a las zonas que no están protegidas por él”.

Mito: Mi hija tiene 20 años y va ya por el tercer novio conocido, yo estoy muy preocupada por esto del VPH y quiero que le haga la prueba aunque me diga que no está dentro del cribado.

“El cáncer de cuello uterino es muy raro en mujeres de menos de 25 años. En la adolescencia el cuello se encuentra aún en desarrollo pudiendo dar resultados anormales. En muchas ocasiones el virus será eliminado por la propia mujer, si hacemos pruebas innecesarias será más perjudicial que beneficioso La evidencia científica demuestra que es a partir de los 25 años cuando es eficaz el cribado”.

Mito: Si estoy vacunada. ¿Tengo que hacerme la prueba?

“Sí, es necesario, aunque las vacunas protegen de forma eficaz frente a los principales tipos de VPH la efectividad puede verse afectada si la mujer ya está infectada previa a la vacunación. El cribado sigue siendo esencial porque no se vacuna sistemáticamente a todas las mujeres adultas sexualmente activas y no todas las niñas se vacunarán aunque esté en calendario vacunal (12 años). Además la vacuna actual no confiere protección frente a todos los tipos oncogénicos pero sí ante los más prevalentes”.

Fuente: Elaboración propia.

- No existen medidas de cribado del cáncer relacionado con VPH en varones (pene, ano, cabeza y cuello).
- Impacto de las verrugas genitales, la patología asociada a VPH más prevalente, y que algo más de la mitad de todos los casos se dan en varones.
- Para que exista igualdad-equidad sexual en el acceso a la salud en cuanto a esta medida los varones deben tener el mismo derecho que las mujeres para poder prevenir cáncer.
- La vacunación del varón mejora la inmunidad de grupo, ayudando al objetivo global de la erradicación del VPH. Los varones son los mayores transmisores del VPH a nivel mundial.
- Aquellas personas que no estén vacunadas, pueden estar protegidas de forma indirecta con la vacunación del varón.

CONCLUSIONES

El cambio de cribado oportunista a sistemático en Andalucía supondrá un reto a nivel asistencial porque somos una de las comunidades autónomas con mayor densidad poblacional, enfermería (generalista y especializada) debe estar capacitada para asumir este reto además de convertirse en elemento clave para informar y tranquilizar a las mujeres ya que muchas vivirán con gran ansiedad el que reciban un resultado anómalo de la citología y otras tendrán diferentes mitos/barreras (ver tabla) que harán que no acudan al cribado, lo cual puede suponer un fracaso del mismo. Debemos formarnos y capacitarnos para ser líderes en este cambio de estrategia poblacional contribuyendo a la mejora de la salud de la mujer al poder usar el momento de la citología como consulta “llave” para atender otras necesidades de la mujer invisibilizadas en el sistema: atención a su salud sexual, reproductiva o premenopáusicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Juan A, Redondo A, Rubio MJ, García Y, Cueva J, Gaba L, et al. SEOM clinical guidelines for cervical cancer (2019). *Clinical and Translational Oncology*. 2020 Jan 24;22(2):270–8.
2. Bladé AT, Saladrígues M del P, Gimferrer MC, Quillet FA, Ortiz DA, Piqué XC, et al. Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España, 2014. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2014 Sep;57:1–53.
3. Castillo M, Astudillo A, Clavero O, Velasco J, Ibáñez R, de Sanjosé S. Poor Cervical Cancer Screening Attendance and False Negatives. A Call for Organized Screening. *Consolaro MEL*, editor. *PLOS ONE*. 2016 Aug 22;11(8):e0161403.
4. Torné A. et al. Prevención secundaria del cancer de cuello del útero, 2022. Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado [Internet]. *Guías AEPCC*, editor. 2022. Disponible en: https://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2022/05/AEPCC-Guia_Prevencion-cancer-cervix_2022_v05.pdf
5. Smith M, Keech S, Perryman K, Soutter W. A long-term study of women with normal colposcopy after referral with low-grade cytological abnormalities. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2006 Nov;113(11):1321–8.
6. Marzo-Castillejo M, Vela-Vallespín C. [Overdiagnosis in cancer]. *Atencion Primaria [Internet]*. 2018 Nov 1 [cited 2021 Nov 19];50 Suppl 2:51–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30268494/>
7. Ordenación Farmacéutica DG de SP, Editor. Calendario de Vacunaciones de Andalucía 2023 [Internet]. 22AD [cited 24AD Feb]. Disponible en: https://www.andavac.es/wp-content/uploads/2022/12/Instruccion_DGSPyOF-12_2022_Calendario_Vacunaciones_Andalucia_2023.pdf

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Mejías Paneque C. Del cribado oportunista al cribado sistemático del cáncer de cérvix. ¿Qué implicaciones prácticas tiene en nuestra actividad asistencial? *Hygia de Enfermería*. 2023; 40(1): 29-32