

La implantación del cribado poblacional del cáncer de cuello uterino en Castilla-La Mancha

María del Campo Giménez^a y Alejandro Villarín Castro^b

^aMédico Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Miembro del Grupo de Trabajo de Actividades Preventivas de la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria (SCAMFYC)

^bEspecialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Coordinador del Grupo de Trabajo de Actividades Preventivas de la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria (SCAMFYC)

El cáncer de cuello uterino (CCU) es el décimo cáncer más frecuente entre las mujeres en España, y el segundo más frecuente entre las mujeres de 15 a 44 años¹, con una supervivencia relativa a los 5 años estandarizada por edad de las pacientes diagnosticadas de CCU del 63,9 %².

La principal causa del CCU es la infección persistente por el Virus del Papiloma Humano (VPH)³. En el ámbito mundial, los genotipos 16 y 18 explican el 63,1 % de los CCU invasivos. A pesar de que el VPH es un factor necesario para el desarrollo y progresión del CCU, no es un factor suficiente, y otros cofactores que aumentan la probabilidad de padecer un CCU son el tabaco, la tasa de fertilidad o el uso prolongado de anticonceptivos orales¹.

Aproximadamente el 80 % de la población femenina está expuesta al VPH a lo largo de su vida, pero la infección suele ser transitoria, desapareciendo a los 12-24 meses, persistiendo en una pequeña proporción y desarrollando lesiones precancerosas de cuello uterino que pueden progresar a cáncer. La respuesta inmunológica a la infección por VPH desempeña un papel crucial en esta progresión³. Por tanto, las pruebas de detección del VPH constituyen un marcador muy sensible y precoz del riesgo de cáncer o lesiones precursoras, especialmente en mujeres mayores de 30 años⁴.

La vacunación profiláctica frente a la infección por VPH es la forma más eficaz de prevenir el CCU, pero solo protege frente a los genotipos incluidos en ellas y parcialmente frente a algunos VPH de alto riesgo (VPH-AR) (especialmente el 31, 33, 45 y 52), debido a la protección cruzada⁵.

Actualmente se dispone de tres vacunas inactivadas frente a los genotipos más oncogénicos: la vacuna bivalente, frente a los genotipos 16 y 18 con pauta de administración a los 9-14 años; y la vacuna tetravalente, frente a los genotipos 16, 18, 6 y 11, con pauta de administración a los 9-13 años, ambas financiadas por el Sistema Nacional de Salud. Existe otra vacuna nonavalente, cuya comercialización fue autorizada en 2015, que añade los genotipos 31, 33, 45, 52 y 58 a la tetravalente⁶, con pauta de administración a los 9-14 años.

Aunque la vacuna está cada vez más extendida entre la población, el cribado sigue siendo de gran importancia: las mujeres adultas no se han vacunado, la cobertura es incompleta, no confiere protección para todos los serotipos oncogénicos y los posibles beneficios de las vacunas se conseguirán cuando las niñas lleguen a una edad adulta.

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 CCU. El beneficio es debido a la detección de lesiones premalignas asintomáticas cuyo diagnóstico y tratamiento evita su progresión a carcinoma invasor⁴.

Las recomendaciones emitidas por el Grupo de Trabajo de Prevención del Cáncer del Programa de Actividades de Promoción y Prevención de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), en su última actualización de 2018, son las que se citan a continuación⁵ :

- Los profesionales sanitarios deben proporcionar consejo sobre protección en los contactos sexuales (evidencia moderada, recomendación fuerte a favor).
- Mujeres menores de 25 años: no se recomienda ningún tipo de cribado (evidencia moderada, recomendación fuerte a favor), independientemente de la edad de inicio de las relaciones sexuales. A aquellas mujeres que no se ha administrado la vacuna frente al VPH se les debe aconsejar vacunación⁴.
- Mujeres de 25-30/35 años que hayan iniciado actividad sexual y se encuentren asintomáticas: citología de cribado cada 3 años, en caso de resultado negativo. No se debe realizar prueba del VPH-AR, dada la elevada prevalencia de infección por VPH clínicamente irrelevante y el riesgo de sobrediagnóstico y sobretratamiento de lesiones destinadas a regresar de forma espontánea (evidencia alta, recomendación fuerte a favor).
- Mujeres asintomáticas de 30/35 a 65 años: se recomienda la prueba de VPH cada 5 años (evidencia

alta, recomendación fuerte a favor) o la citología de cribado cada 3 años (nivel de evidencia moderada, recomendación débil a favor). En este grupo de edad existe una menor prevalencia de infección por VPH y mayor porcentaje de infección persistente, es decir, mayor riesgo e incidencia de lesiones precursoras de CCU.

- El cribado finalizará a los 65 años, siempre que se den estas 2 condiciones, (nivel de evidencia moderada y recomendación fuerte a favor):
 - a) Cribado previo adecuado y negativo (3 resultados citológicos consecutivos negativos, o bien 2 pruebas VPH negativas en los 10 años previos, el último en los 5 últimos años)
 - b) Ausencia de antecedentes de neoplasia cervical intraepitelial (CIN) o CCU tratado durante los 20 años previos. Una vez finalizado el cribado, no debería retomarse por ningún motivo, incluso aunque la mujer refiera cambio de pareja sexual.
- No se realizará cribado en mujeres que no han tenido relaciones sexuales ni en mujeres que han tenido una histerectomía con extirpación del cuello del útero (nivel de evidencia moderada, recomendación fuerte a favor).
- Los profesionales de Atención Primaria deben realizar una búsqueda activa dirigida a aumentar la participación de la población diana, con especial énfasis en la población con mayor riesgo.

Situación del cribado de cáncer uterino en Castilla-La Mancha

Desde hace más de 25 años, en Castilla-La Mancha existe un cribado oportunista en el que la captación tiene lugar cuando la persona contacta con el Sistema de Salud por otro motivo; de acuerdo a las recomendaciones del PAPPs, los profesionales sanitarios invitan a la persona a la realización del cribado de CCU.

Actualmente, se está instaurando paulatinamente en nuestra Comunidad Autónoma un modelo de cribado del cáncer de cuello uterino mediante un programa de prevención basado en la vacunación frente al VPH de niñas preadolescentes, combinado con un cribado poblacional organizado.

El nuevo programa de cribado poblacional, en fase de pilotaje en algunas Gerencias, tiene como objetivo principal reducir la incidencia y mortalidad, mejorando el pronóstico del cáncer de cuello uterino en Castilla-La Mancha mediante la detección y el tratamiento de las lesiones cervicales precancerosas o cancerosas en estadios precoces trabajando coordinadamente Atención Primaria y Hospitalaria.

La población diana del nuevo programa de cribado serán mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años que cumplan criterios clínicos de inclusión y cuyo médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria esté asignado a uno de los Centros de Salud en los que se esté realizando el programa. Las participantes serán invitadas por carta personalizada con información sobre el programa (en un estudio realizado en Albacete⁷ se llegó a la conclusión de que la información escrita y telefónica es más eficaz para mejorar la participación en la detección del cáncer).

Aunque la detección de la enfermedad en una fase precoz o incluso fase pre-maligna implica un tratamiento menos radical con el consiguiente ahorro de recursos de servicios de salud, cuando se inician programas de cribado el aumento inicial de los costes es evidente, no sólo por la infraestructura y los recursos materiales y humanos que se necesitan, sino también por el aumento de la carga que supone para el Sistema de Salud la confirmación diagnóstica de los casos positivos y el eventual tratamiento de los casos detectados.

Como se expone en la guía del nuevo programa de cribado a implantar⁸, es preciso tener en cuenta que el mismo gasto utilizado en el cribado actual, con un 40 % de cobertura en mujeres entre 25 y 70 años, cubriría el 68 % de la población femenina española con un programa poblacional organizado mediante la prueba del VPH en mujeres entre 30 y 70 años. Si bien, la conversión de un cribado oportunista a un cribado poblacional organizado debe ser gradual para garantizar el menor impacto estructural y económico en el Sistema Nacional de Salud (8 años).

En los programas de cribado, la mayor parte de la actividad asistencial se va a realizar en Atención Primaria, por lo que ante una sobrecarga importante en las consultas de los profesionales que participan en el programa de cribado, con el uso del programa informático específico, la toma de muestras y la explicación del cribado a los participantes, es necesaria su participación activa a la hora de la implantación del programa y para realizar campañas informativas para poder mejorar la captación de las participantes mediante estrategias adecuadas. También, el aumento de realización de pruebas ocasiona una saturación en las consultas y en los laboratorios de análisis de muestras, por lo que se debe tener en cuenta una mejor distribución de los recursos existentes, un incremento de los mismos, o ambos.

Por otra parte, es importante recordar que, aparte de los potenciales efectos adversos asociados a las pruebas y el tratamiento, la detección de resultados de pronóstico incierto o lesiones precursoras puede derivar en un sobre-diagnóstico y sobre-tratamiento.

Además, es importante la coordinación existente entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria para poder llevar un programa de cribado exitoso, con facilidad de comunicación y una mejor atención a los pacientes.

En el pilotaje que se está realizando en Castilla-La Mancha se están produciendo problemas similares a los ocurridos con la implantación de otros programas, como el del cribado de cáncer colorrectal⁹: inadecuada formación previa de los profesionales sanitarios, condiciones de trabajo poco apropiadas agravadas por la disminución de personal que se produce en verano al no sustituir todas las vacaciones y bajas laborales, programa informático farragoso... Todos estos problemas deben preverse con antelación y han de establecerse las medidas oportunas para evitarlos si se busca el éxito de la implantación de un nuevo programa.

La Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria (SCAMFYC) está decididamente a favor del desarrollo de programas de cribado como este, pero reclama que se planifique adecuadamente para lograr la mayor satisfacción tanto de los ciudadanos como de los profesionales sanitarios de Castilla-La Mancha. Como en otras ocasiones¹⁰, desde SCAMFYC seguimos dispuestos a participar activamente en el desarrollo y puesta en marcha de actividades que redunden en una mejor calidad de la atención prestada a la población. Por desgracia, nuestra administración sanitaria continúa haciendo oídos sordos a muchas de las demandas que planteamos, en abierto contraste entre sus discursos a favor de la Atención Primaria y la contradicción de los hechos^{11,12}. Es necesario que, de una vez por todas, se cuente con los profesionales, y se realice una política sanitaria que tenga más en cuenta la realidad sociosanitaria de nuestra Comunidad Autónoma que los cálculos electoralistas y los anuncios efectistas.

BIBLIOGRAFIA

1. Institut Català d'Oncologia (ICO), International Agency for Research on Cancer (IARC) Information Centre on HPV and Cancer Spain. Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet 2017 (consultado 20-2-2018). Disponible en: http://hpcvcentre.net/statistics/reports/ESP_FS.pdf
2. Chirlaque MD, Salmerón D, Galcerán J, Amejide A, Mateos A, Torrella A, et al; REDECAN Working Group. Cancer survival in adults patients in Spain. Results from nine population-based cancer registries. *Clin Transl Oncol*. 2018;20:201-11.)
3. Castellsagué, X, Díaz, M, De Sanjosé, S, Muñoz N, Snijders PJ, Vaccarella S, et al. *Worldwide human papillomavirus etiology of cervical adenocarcinoma and its cofactors: implications for screening and prevention*. *J Natl Cancer Inst*. 2006; 98:303.
4. Torne A, del Pino M, Cusido M, Alameda F, Andía D, Castellsagué X, et al. *Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España*, 2014. *Rev Española Patol*. 2014; 47 (Supl 1):1-43.
5. Marzo-Castillejo M, Vela-Vallespín C, Bellas-Beceiro B, Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón E, Vilarrubí-Estrella M, et al. *Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPS 2018 Aten Primaria*. 2018; 50(Supl 1):41-65.
6. Aldaz Herce P, Morató Agustí ML, Gómez Marco JJ, Javierre Miranda AP, Martín Martín S. Moreno Millán N, Sánchez Hernández C, Schwarz Chavarri G. *Prevención de las enfermedades infecciosas*. *Aten Primaria*. 2018;50 Supl 1:66-82.
7. López-Torres Hidalgo J, Sánchez Ortiz M, Rabanales Sotos J, Simarro Herráez M, López-Torres López J, Campos Rosa M. *Effectiveness of three interventions in improving adherence to cervical cancer screening*. *European Journal of Cancer Prevention*. 2016; 25(5):423-29.
8. Programa de detección precoz del Cáncer de Cuello de Útero (Cérvix), 2018. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha – Consejería de Sanidad.
9. Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria. Denuncia de SCAMFYC de la nefasta implantación del programa de despistaje de cáncer colorrectal en Castilla-La Mancha, exigiendo medidas para su puesta en marcha con garantías [Internet]. Cuenca: Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria; 2015 [acceso 13 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.scamfyc.org/documentos/Cribado%20CCR%20SO-CIOS.pdf>
10. Villarín Castro A. El programa de prevención de cáncer colorrectal en Castilla-La Mancha: una importante actividad que requiere una adecuada evaluación. *Rev Clin Med Fam*. 2016; 9 (3): 144-5.
11. Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria. Paciente domiciliario [Internet]. Cuenca: Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria; 2017 [acceso 13 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.scamfyc.org/documentos/Paciente%20domiciliario%20en%20AP%201-17.pdf>
12. Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria. Escasez de sustitutos [Internet]. Cuenca: Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria; 2017 [acceso 13 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.scamfyc.org/documentos/Escasez%20de%20sustitutos%207-17.pdf>



Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).