

¿SE PUEDE PREVENIR EL CÁNCER DE CÉRVIX?

SCREENINGVACCINE
VACCINESCREENING
SCREENINGVACCINE
VACCINESCREENING
SCREENINGVACCINE
VACCINESCREENING



Entre Nous



REVISTA EUROPEA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

EUROPA

NÚM. 64 - 2007

Entre Nous es una publicación de:

Programa de Investigación y Salud Reproductiva.
Oficina Regional Europea de la OMS
Schersfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Dinamarca
Tel.: (+45) 3917 1602
Fax: (+45) 3917 1818
Correo electrónico: entrenous@euro.who.int
www.euro.who.int/entrenous

Editora Jefe

Dra. Gunta Lazdane

Editora

Jacqueline Bryld

Ayudante de edición

Dominique Gundelach

Maquetación

Sputnik Reclame Aps, Dinamarca.
www.sputnikreclame.dk

Imprenta

Central tryk Hobro a/s

Entre Nous está financiada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Nueva York, y apoyada por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud en Copenhague, Dinamarca.
Se publica tres veces al año. La tirada actual es de: 3000 ejemplares en inglés, 2000 en español, 2000 en portugués, 1000 en búlgaro, 1500 en ruso y 500 en húngaro.

Entre Nous se edita:

En búlgaro: por el Ministerio de Sanidad de Bulgaria, en el marco de un proyecto del FNUAP.

En húngaro: por el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Escuela Universitaria de Medicina de Debrecen. Apartado de Correos 37, Debrecen, Hungría.

En portugués: por la Dirección General de Salud, Alameda Afonso Henriques 45, P-1056, Lisboa, Portugal.

En ruso: por la Oficina Regional de la OMS para Europa, Rígas, Komerfirma S & G.

En español: por el Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Condesa de Venadito, 34, ES-28027 Madrid, España.

Las versiones española y portuguesa se distribuyen directamente por la representación del FNUAP y las Oficinas Regionales de la OMS en los países de lengua española o portuguesa de África y América del Sur.

Entre Nous puede traducirse a cualquier lengua nacional y ser reproducida en publicaciones, periódicos y revistas, así como en páginas web, siempre que se indique la fuente de información Entre Nous, FNUAP y Oficina Regional Europea de la OMS.

Los artículos publicados en Entre Nous, no representan necesariamente el punto de vista del FNUAP o de la OMS. Toda solicitud de información debe ser remitida a las personas firmantes de cada artículo.

Para más información sobre las actividades respaldadas por la OMS y los correspondientes documentos, dirigirse a la unidad de Salud Comunitaria y de la Familia en la dirección señalada arriba.

La solicitud de publicaciones de la OMS deberá dirigirse directamente a la agencia de ventas de la OMS en cada país o a Distribución y Venta, OMS, CH-1211, Ginebra 27, Suiza.

Editorial

Por Gudjón Magnússon

3

Plan de acción de la OMS contra el cáncer de cérvix

Por Andreas Ullrich, Paul Garwood, Patricia Clayes

4

Virus del papiloma humano, cáncer de cérvix y vacunas contra el VPH: cuestiones de salud pública

Por Felicity Cutis, Natalie Broutet, Gunta Lazdane

7

Prevención del cáncer de cérvix en Europa

Por Marc Arbyn

10

Inclusión de la vacuna contra el virus del papiloma humano en los programas de vacunación

Por Matti Lethinen

12

La Asociación Europea contra el Cáncer de Cérvix y su prevención en Europa

Por Magdalena Grce, Alexandra Bogdanovic-Gillion, Imelda Read, Philip Davies

14

Eficacia del programa de cribado del cáncer de cérvix y consecuencias de las vacunas contra el VPH en Islandia

Por Kristján Sigurdson

16

Programa de cribado del cancer de cérvix en Lituania

Por Daiva Vaitkiene

19

Situación actual sobre el control del cáncer de cérvix en Polonia

Por Marek Spaczyński, Jan Kotarski, Andrzej Nowakowski, Witold Kedzia

22

Puesta en marcha del Programa Nacional para el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención del Cáncer de Cérvix en Armenia, 2006-2015

Por Gayane Avagyan, Razmik Abrahamyan

24

El cribado del cáncer de cérvix es eficaz. Caso de Finlandia

Por Ahti Antilla

26

Preguntas y respuestas - Preguntas frecuentes relacionadas con la prevención del cáncer de cérvix y la vacuna contra el VPH

Por Gunta Lazdane

29

Recursos

Por Jacqueline Bryld

30

CONSEJO EDITORIAL DE ENTRE NOUS

Dra. Assia Brandrup-Lukanow

Consejera de la Red Sanitaria
Sede de la OMS, Ginebra.

Mr. Bjarne B. Christensen

Jefe de Secretariado
Asociación Danesa de
Planificación Familiar.

Ms. Vicky Claeys

Directora Regional de la Red
Europea de la Federación
Internacional de Planificación
Familiar, Bruselas.

Jane Nottingham

Coordinadora, Género, Derecho
Reproductivo, Salud sexual y
Adolescencia
Sede de la OMS, Ginebra.

Dra. Helle Karro

Jefa del Departamento de
Obstetricia y Ginecología de la
Facultad de Medicina.
Universidad de Tartu,
Estonia.

Dr. Evert Ketting

Escuela de Salud Pública de los
Países Bajos
Amsterdam, Países Bajos.

Ms. Nell Rasmussen

Directora del Centro Danés de
investigación de Vulnerabilidad
Social

Dr. Peer Sieben

Director Nacional y
Representante del FNUAP,
Rumania.

Dr. Robert Thomson

Consejero sobre Sexualidad,
Salud Reproductiva y Derechos
Equipo del Servicio Técnico
Nacional del FNUAP para
Europa, Bratislava.



Como cada año, el 2007 nos plantea nuevas expectativas y mucha esperanza. En este año, la revista europea sobre salud sexual y reproductiva *ENTRE NOUS* celebra su 25 aniversario. La revista evaluará los éxitos y fracasos y elaborará nuevos proyectos para el futuro. Esta publicación ha procurado centrarse siempre en temas de actualidad relativos a la salud sexual y reproductiva. Informa a sus lectores sobre las políticas más recientes, los nuevos éxitos y las mejores estrategias o los obstáculos encontrados para alcanzar los objetivos definidos por la comunidad internacional. Por consiguiente, no es de extrañar que el último número de *ENTRE NOUS* se centre en el cáncer de cérvix y su prevención.

El cáncer de cérvix es el segundo cáncer más frecuente en mujeres, en todo el mundo. Cada año se registran alrededor de 500.000 nuevos casos y aproximadamente 250.000 muertes. A pesar de los progresos en la investigación para identificar los factores que provocan el cáncer de cérvix y del esfuerzo realizado por las personas responsables de la formulación de políticas para la puesta en marcha de un programa integral de prevención y lucha contra el cáncer de cérvix, únicamente en la Región Europea de la OMS mueren 300.000 mujeres por esta enfermedad prevenible. Los largos y dolorosos tratamientos que padecen muchas mujeres se podrían evitar si se diagnosticaran precozmente las lesiones precancerosas.

En estos últimos años, varios Estados Miembros de la Región Europea de la OMS han solicitado ayuda y asesoramiento para mejorar la detección sistemática y el tratamiento del cáncer de cuello de útero en sus países. En el encuentro del comité regional del año pasado, los 53 estados miembros han dado el visto bueno a la estrategia europea elaborada por la OMS para la prevención de las enfermedades no contagiosas.

Para el personal proveedor de servicios sanitarios que trabajan en este ámbito, el año 2006 se recordará como aquel en el que se autorizaron las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH). Esta edición de *ENTRE NOUS* tiene como objetivo informar a las y los responsables de la formulación de políticas y de la coordinación de programas sobre la importancia del cáncer de cérvix en Europa. Asimismo, pretende presentar la investigación futura en el

ámbito de las vacunas contra el VPH y su posible utilidad en los programas nacionales de cribado. Por último, presentará algunos ejemplos de países en los que actualmente se lleva a cabo la prevención y lucha contra el cáncer de cérvix.

La sección de «preguntas y respuestas» recoge las preguntas planteadas por las oficinas de los países de la OMS, donde se han presentado cuestiones a nuestras compañeras y compañeros por parte de los ministerios de salud, del personal proveedor de servicios sanitarios o de los medios de comunicación. Todas las dudas no se pueden solucionar puesto que algunas de las cuestiones planteadas se aclararán en los próximos cinco o diez años. Sin embargo, es importante conocer los datos actuales para ayudar a los países a reforzar la toma de decisiones sobre la prevención del cáncer de cérvix basadas en un conocimiento informado.

Además de las cuestiones técnicas y la información actualizada, el cáncer de cérvix es un tema de salud pública que requiere de colaboración eficaz. No podemos esperar resultados satisfactorios si no se unen los esfuerzos e intereses de las mujeres y de las comunidades con los de los gobiernos y organizaciones civiles y profesionales. La puesta en marcha de un programa de cribado del cáncer de cérvix representa una oportunidad y un reto para las personas responsables de las diferentes áreas de la asistencia sanitaria tales como la inmunización nacional, la salud sexual y reproductiva y los programas integrales de control del cáncer. Las diferentes áreas deben trabajar coordinadamente.

Me gustaría aprovechar esta oportunidad para agradecer a Jacqueline Bryld, la editora de las cuatro últimas tiradas de *ENTRE NOUS*, su profesionalidad, colaboración y contribución a este proyecto y para desearle suerte en su futura carrera profesional.

Gudjón Magnússon
Director del Departamento de
Programas de Salud.
Oficina Regional de la OMS para
Europa

PLAN DE ACCIÓN DE LA OMS CONTRA EL CÁNCER DE CÉRVIX

El cáncer de cérvix causa 257.000 muertes y en el año 2005 se produjeron 500.000 nuevos casos.

Aunque es importante el esfuerzo que suponen los avances en la ciencia y la medicina es evidente que éstos pueden evitar gran número de muertes en la población femenina causadas por el cáncer de cérvix. Existen medidas de prevención y de intervención, desde vacunas hasta métodos de detección sistemática que permiten evitar la infección por el virus en las mujeres o identificarlo antes de que aparezca el cáncer. Los cuidados paliativos y el control del dolor son también elementos esenciales para el tratamiento del cáncer de cérvix.

El problema está en que la mayoría de las muertes provocadas por este tipo de cáncer (al menos el 90%) se dan en países de ingresos bajos o medios, donde el acceso a las técnicas de detección o a los cuidados paliativos son nulos o insuficientes.

Los tipos oncogénicos de virus del papiloma humano (VPH), principalmente los tipos 16 y 18, causan el cáncer de cuello de útero. La infección se transmite generalmente por vía sexual. La evolución del cáncer de cervix, en 10 a 20 años, presenta distintas fases: lesiones precancerosas, cáncer invasivo y muerte. Según las proyecciones de las OMS, las muertes por esta enfermedad alcanzarán las 320.000 en el año 2015 y las 435.000 en el año 2030.

Para frenar este crecimiento, la OMS ha elaborado un plan de acción integral contra el cáncer de cérvix que engloba prevención primaria, cribado y detección precoz, tratamiento y cuidados paliativos. Estas medidas se incluyen en el ámbito de los programas nacionales de control del cáncer (1). Diversas resoluciones adoptadas en la Asamblea Mundial de la Salud apoyan la lucha contra el cáncer de cérvix, como la resolución WHA 57.12 y la WHA 58.22. Para alcanzar estos objetivos, la OMS trabajó en colaboración con partes claves interesadas en la materia como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA).

Una nueva guía elaborada por la OMS

La nueva guía denominada Control Integral del Cáncer Cervicouterino: guía de prácticas esenciales realizada por la OMS es una herramienta fundamental para la lucha contra esta enfermedad. Esta guía fue elaborada en el año 2006 por el Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud y el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (véase «recursos» página 30).

El programa, elaborado tras consultar un gran número de entidades internacionales directamente interesadas, ofrece recomendaciones, basadas en pruebas científicas, a las y los proveedores de salud para prevenir, tratar y paliar el cáncer de cérvix.

Métodos para la prevención de la infección por VPH

Una de las recomendaciones clave del programa es que la educación sanitaria forme una parte integral de cualquier estrategia de control del cáncer de cérvix de ámbito nacional. Es fundamental destacar la importancia del preservativo puesto que las personas jóvenes son particularmente vulnerables a la infección por VPH.

Aunque los preservativos ofrecen únicamente una protección parcial frente a la transmisión del virus, su uso de manera correcta y sistemática, permite un aclaramiento más rápido del virus y aumenta la regresión de las lesiones cervicales, por lo que, disminuyen los riesgos de cáncer. Además reduce el riesgo de aparición de verrugas genitales. Los preservativos reducen también el riesgo de padecer otras infecciones de transmisión sexual como la infección por clamidia o por el VHS-2 que son posibles cofactores de riesgo para el cáncer de cérvix. Se desconoce aun si los preservativos femeninos (que cubren parte de la vulva) constituyen igual o mayor protección que los preservativos masculinos.

No obstante, el papel del hombre en la transmisión del cáncer de cérvix no termina con el uso del preservativo. Aunque el cáncer de cérvix es una enfermedad exclusiva de las mujeres, los hombres, en tanto que son portadores, deben estar informados de su papel en las infecciones de transmisión sexual. La OMS recomienda a las organizaciones sanitarias informar a la población masculina sobre la prevención del cáncer de cérvix y la transmisión sexual del VPH, instando a contribuir para que sus parejas acudan a los centros de ginecología para someterse a exámenes regulares y para recibir tratamiento si fuera necesario.

Una nueva vacuna frente a la infección por VPH

Puede ocurrir que el tratamiento forme parte del pasado si se consolida la nueva vacuna contra el VPH. Estas vacunas representan una alternativa muy interesante para la atención primaria, algunas ya están autorizadas y otras se encuentran en fase avanzada de ensayo clínico. Se ha comprobado que la vacuna es capaz de

Andreas Ullrich



Paul Garwood



Patricia Claeys



reducir en un 65-76% las infecciones por VPH en función de la prevalencia local de los tipos oncogénicos de VPH (2). Los ensayos de la vacuna contra el VPH han demostrado una eficacia del 100% frente a lesiones cervicales precancerosas moderadas y graves causadas por los tipos 16 y 18 de VPH incluidos en la vacuna.

Pero la OMS reconoce que la utilización de estas vacunas plantea ciertas dificultades en relación con su investigación y puesta en marcha (3,4). Actualmente, los programas de vacunación sistemática de la OMS se dirigen a lactantes, mientras que la vacuna contra el VPH deben administrarse a niñas preadolescentes, por lo tanto, se deben desarrollar y definir nuevas estrategias de vacunación.

Por consiguiente, el coste de vacunación será muy elevado teniendo en cuenta además el ya alto coste de la vacuna. Se espera que los laboratorios farmacéuticos productores de la vacuna ofrezcan diferentes precios. La vacuna presenta también dificultades culturales dada su relación con el comportamiento sexual, con las infecciones de transmisión sexual y con el cáncer de cérvix. Estos elementos podrían también representar un obstáculo para su puesta en marcha.

La decisión de introducir la vacuna dependerá de la carga del cáncer de cérvix y las prioridades establecidas por las personas responsables de la formulación de políticas en cada país.

Otra consideración consiste en saber si resulta viable financiar los programas de vacunación frente al VPH teniendo en cuenta el coste de los programas de detección. Podrían transcurrir de 10 a 30 años tras la comercialización de la vacuna para poder medir la posible disminución de la incidencia y de la mortalidad del cáncer, lo cual implica la necesidad de continuar ejecutando los programas de cribado.

Cribado del cáncer de cérvix

El cribado juega un papel fundamental en la estrategia de control del cáncer de cérvix elaborada por la OMS. La OMS promueve programas de detección sistemática de lesiones precancerosas e invasivas y determina el tratamiento apropiado.

Entre las técnicas de cribado, la más eficaz y utilizada para identificar lesiones precancerosas del cuello de útero y, a su vez, reducir la proporción de cáncer de cérvix es la citología. El problema radica en que esta técnica necesita una infraestructura sanitaria adecuada, unos recursos técnicos y un sistema bien definido de derivación de las pacientes para su posterior tratamiento. A

menudo, estos elementos no existen o son limitados en los países en desarrollo.

La OMS recomienda que las mujeres se realicen examen ginecológico sistemático a partir de los 25 años de edad. Cuando se implanten nuevos programas de cribado, éstos se realizarán en mujeres mayores de 30 años de edad. Se examinará a las mujeres más jóvenes únicamente cuando las de mayor edad y mayor riesgo hayan sido examinadas.

En relación con la frecuencia, la OMS recomienda realizar las revisiones cada tres años en mujeres cuyas edades oscilan entre 25-45 años, y cada cinco años en mujeres mayores de 50 años de edad. Si sólo se pudiera realizar una revisión, el mejor momento sería entre los 35 y los 45 años de edad. En mujeres mayores de 65 años de edad con las dos últimas citologías negativas, no es necesario realizar más exámenes.

En distintas partes del mundo, se están investigando técnicas de detección alternativas de bajo coste para países de bajos ingresos, por ejemplo, la inspección visual con ácido acético (IVA) seguida de crioterapia. África es uno de los lugares donde el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS y el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) llevan a cabo esta investigación, no obstante, no se aconseja realizar este tipo de técnicas fuera de los programas de investigación.

La prueba de detección de ADN del VPH, junto con la citología y otras técnicas de detección, es otro de los métodos que se están investigando para este fin. La OMS aconseja que, por ahora, estas técnicas se utilicen únicamente dentro de los proyectos experimentales o de forma muy controlada. No se debería realizar la prueba de detección de ADN del VPH como cribado a mujeres de 30 años de edad o menos.

Diagnóstico y tratamiento

La detección posibilita realizar un diagnóstico de lesiones precancerosas o de cáncer de cérvix. El siguiente paso es formular el tratamiento más efectivo para la paciente en cuestión.

Para tratar de manera eficaz un cáncer de cérvix, es muy importante saber el estadio de dicho cáncer en el momento del diagnóstico. La clasificación se realiza en función del tamaño del tumor y la extensión de la enfermedad a la pelvis y otros órganos. Existen diversos sistemas de clasificación de los estadios del cáncer, la OMS recomienda la clasificación de la Federación

Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

Tras evaluar el estadio en que se encuentra el cáncer, el personal profesional sanitario puede determinar cómo tratarlo y presentar un pronóstico.

En el caso de lesiones precancerosas, la OMS recomienda tratar a las pacientes en consultas externas. Tanto la crioterapia como el Procedimiento de Escisión Electroquirúrgica con Lazo (PEEL) se pueden realizar en consultas externas en función de criterios de elegibilidad y disponibilidad de recursos.

Únicamente deberían realizar la intervención necesaria especialistas en cirugía de cáncer ginecológico y sólo en los servicios centrales de un hospital. Se puede realizar la cirugía con intención curativa, para ello se extirpará el tumor primario con sus márgenes. Generalmente, la cirugía paliativa se utiliza para eliminar el dolor.

La radioterapia es muy utilizada en el cáncer de cérvix invasivo, fundamentalmente en casos de grandes masas tumorales y en aquellos en los que al realizar una laparotomía se ven afectados los ganglios linfáticos. También se utiliza en caso de pacientes con cáncer que no toleran la anestesia general. Además de su papel curativo, la radioterapia es también útil para reducir ciertos síntomas como el dolor óseo y la hemorragia vaginal. La disponibilidad de una unidad básica de radioterapia (teleterapia y braquiterapia) permite ofrecer un tratamiento efectivo y paliativo en todos los casos de cáncer invasivo.

La quimioterapia no se considera tratamiento de elección en el cáncer de cérvix aunque se puede utilizar junto con la cirugía o con la radiación para tratar grandes masas tumorales. La sustancia más utilizada es el Cisplatino que está incluido en la lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS (5).

Cuidados paliativos

A pesar de los mejores sistemas de cribado y los grandes esfuerzos realizados para prevenir y detectar el VPH y el cáncer de cérvix, muchas mujeres son diagnosticadas y algunas desarrollarán la enfermedad. Para ellas son necesarios los cuidados paliativos y el control del dolor.

Los cuidados paliativos ayudan a las mujeres con la enfermedad avanzada a vivir con dignidad y paz durante los momentos difíciles y las últimas etapas de su vida. Una amplia combinación de tratamientos médicos y no médicos, controlan de manera eficaz el 90% de los casos de cáncer de cérvix avanzado.

La OMS recomienda que todos los programas nacionales de salud fijen unos objetivos dirigidos a proporcionar un sistema de cuidados paliativos que eviten el sufrimiento innecesario y mejoren la calidad de vida de las mujeres con cáncer de cérvix avanzado. Son claves en este proceso el control de los síntomas y los cuidados paliativos terminales.

Dado que la familia se encuentra emocionalmente afectada por el sufrimiento de la paciente, los y las profesionales de la salud deberán prestar apoyo emocional y espiritual a la familia próxima ante la pérdida. Es preciso enseñar, ofrecer apoyo y proporcionar, tanto a las pacientes como a quienes las cuidan, todo lo necesario para el tratamiento en casa.

La OMS considera que es urgente introducir medidas de control del dolor para reducir el sufrimiento producido por la enfermedad, pero aun quedan muchos países donde no se toman este tipo de medidas. La OMS recomienda a los servicios nacionales de salud que aseguren la administración de analgésicos tanto opiáceos como no opiáceos y adyuvantes, especialmente morfina oral, a las enfermas de cáncer de cérvix avanzado. Para permitir el control del dolor es necesario modificar las leyes restrictivas de regulación de sustancias.

Consideraciones sobre el tratamiento

A pesar de la implantación de tratamientos y técnicas de cribado, existen problemas relacionados con normas culturales y sociales que impiden que las personas acudan a estos servicios. La OMS reconoce este hecho y recomienda que los servicios sanitarios aseguren total privacidad y confidencialidad a la hora de realizar cualquier asesoramiento, proceso de cribado o tratamiento para garantizar así la privacidad y dignidad de la paciente.

El cáncer de cérvix se relaciona con infecciones de transmisión sexual y con la sexualidad. Este hecho puede influir en la divulgación de información para su prevención y puede impedir que las mujeres acudan para la detección sistemática o al tratamiento.

Si la paciente cree que la consulta no tiene privacidad o que el personal sanitario desaprueba su situación o puede transmitir la información a otras personas, es posible que decida omitir información importante sobre su situación o acudir a una consulta alejada de su lugar de residencia y, de esta manera, perder un tiempo valioso.

Es muy importante proporcionar privacidad y confidencialidad, especialmente en

los servicios sanitarios que suelen ser lugares concurridos y de encuentro. El acceso a los datos de la paciente debe estar restringido al personal pertinente y se deben tomar medidas para asegurar la confidencialidad de los tratamientos, para que no se hagan públicos.

Siguiente paso

Está claro que se puede prevenir y curar el cáncer de cérvix, para ello es necesario un compromiso decidido de las y los profesionales de la salud, los gobiernos y las partes interesadas para asegurar un acceso universal a los objetivos de la prevención. Únicamente se puede conseguir este objetivo si se implantan programas nacionales de control del cáncer de cérvix orientados a la prevención, la detección precoz, el tratamiento y los cuidados paliativos de dicha enfermedad. Estos programas deben incluir también un sistema de seguimiento que tenga en cuenta los casos de cáncer registrados. La 120^a Junta ejecutiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2007) reconoce la importancia de este tema y se ha propuesto promover el control del cáncer de cérvix (6). La OMS, presta una atención cada vez mayor en relación al cáncer de cérvix, una enfermedad absolutamente prevenible.

Referencias bibliográficas

1. Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) y Organización Mundial de la Salud. *Cervical cancer screening*. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 10. Lyon. Prensa CIIC, 2005
2. *Cancer control knowledge into action. WHO guide for effective programmes*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 2006
3. *Preparing for the introduction of HPV vaccines*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
4. *Human Papillomavirus and HPV vaccine: key information for policy makers*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006
5. www.who.int/medicines/services/es-smedicines_def/en/
6. *Executive Board 120th session Progress reports*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007
http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB120/B120_35_Add1-en.pdf

Andreas Ullrich

[ullricha@who.int]

Oficiala Médica de las Alianzas
contra el cáncer

Departamento de Enfermedades
Crónicas y Promoción de la Salud

Paul Garwood

[garwoodp@who.int]

Departamento de Enfermedades
Crónicas y Promoción de la Salud

Patricia Claeys

[patricia.claeys@ugent.be]

Universidad de Gent Internacional
Centro de Salud Reproductiva

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, CÁNCER DE CÉRVIX Y VACUNAS CONTRA EL VPH: CUESTIONES DE SALUD PÚBLICA

El cáncer de cérvix es el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres de todo mundo.

Los datos sobre la incidencia del cáncer de cérvix en Europa pueden verse en la base de datos de la salud para todos (<http://data.euro.who.int/hfad/>) (HFA DB). La mayoría de estos datos se han obtenido de los Registros Nacionales del Cáncer (Figura 1). No obstante, los métodos de registro y/o estimaciones varían entre los Países Miembros de la Región Europea de la OMS de manera que se necesita más información para realizar un análisis exhaustivo.

Prácticamente todos los casos de cáncer de cérvix (99%) están provocados por la infección genital del virus del papiloma humano (VPH). Este tipo de infección es la más frecuente en el sistema reproductor. Existen 40 genotipos distintos del VPH capaces de infectar los órganos genitales de mujeres y hombres, como la piel del pene, la vulva (parte externa de los genitales femeninos) y el ano, así como las paredes de la vagina, el cuello de útero y el recto. Dos genotipos de «alto riesgo» (VPH 16 y 18) son los causantes de la mayoría de los carcinomas de cuello de útero, vulva, vagina, ano y pene que se registran en todo el mundo. Dos genotipos de «bajo riesgo» (VPH 6 y 11) provocan un elevado número de displasias cervicales leves (es decir anomalías celulares) diagnosticadas en programas de cribado y más de un 90 % de verrugas genitales. La incidencia máxima de las infeccio-

nes por VPH se sitúa entre los 16 y 20 años. Generalmente, las infecciones por VPH remiten espontáneamente, pero pueden persistir y provocar lesiones precancerosas del cuello uterino. Si no se tratan, estas lesiones pueden evolucionar y en 20 o 30 años dar lugar a un cáncer de cérvix. Durante el periodo de infección persistente por VPH, se pueden observar en el cuello uterino lesiones precancerosas. La detección precoz de estas constituye una estrategia eficaz contra el cáncer de cérvix (Figura 2).

El VPH es altamente transmisible, tiene su máxima incidencia poco después del comienzo de la actividad sexual y una gran mayoría de las personas contraen el virus en algún momento de su vida. Los factores que contribuyen al desarrollo del cáncer de cérvix tras la infección por el VPH son la supresión del sistema inmunológico, los partos múltiples, el primer parto en la adolescencia, el tabaquismo, el uso de anticonceptivos orales durante un largo periodo de tiempo y las infecciones de transmisión sexual como Chlamydia trachomatis y virus del herpes simple tipo 2.

Un enfoque integral para la prevención y el control del cáncer de cérvix incluye intervenciones en todo el proceso de atención continuada, desde la prevención primaria hasta la detección precoz, el tratamiento y los cuidados paliativos. En países de ingresos elevados, se han reducido enormemente las muertes por cáncer de cérvix gracias a una amplia cobertura de los programas de detección mediante citología, que permite una detección precoz de lesiones precancerosas y su posterior tratamiento. Incluso si se detecta el cáncer de cérvix en la primera etapa del estadio invasivo, se puede tratar

mediante cirugía o radioterapia obteniendo un alto porcentaje de curación.

Uno de los objetivos de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Región Europea de la OMS (<http://www.euro.who.int/document/e74558.pdf>), es reducir la incidencia de cáncer de cuello de útero. Los resultados esperados son la puesta en marcha de «los programas de detección para la detección y tratamiento precoces de las lesiones precancerosas y para el tratamiento del cáncer invasivo». Este documento insta a los países a:

- proporcionar métodos de cribado poblacional para la detección precoz del cáncer de cérvix,
- mejorar la calidad del método de cribado y el tratamiento precoz,
- formar a profesionales de medicina de atención primaria y a especialistas de obstetricia, ginecología y dermatología así como a otras profesiones.
- fomentar el uso de métodos de detección y de protección ante las infecciones de transmisión sexual,
- subrayar la responsabilidad del hombre en todas las actividades de prevención y
- realizar sistemáticamente un seguimiento para la mejora de los programas de cribado y de los tratamientos de cada caso.

Figura 1. Incidencia del cáncer de cérvix en la Región Europea de la OMS (HFA DB)

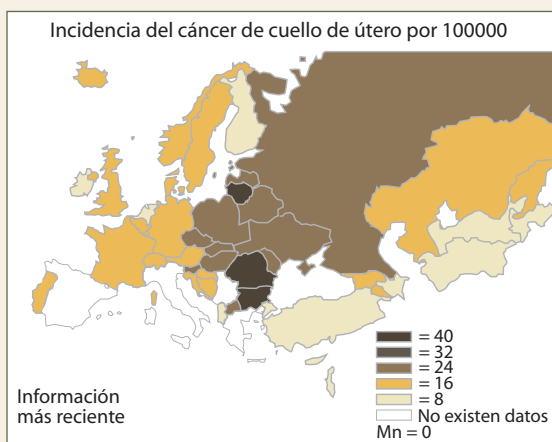
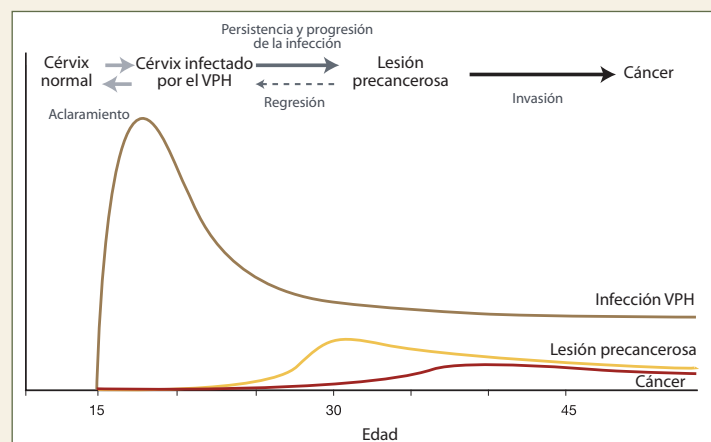
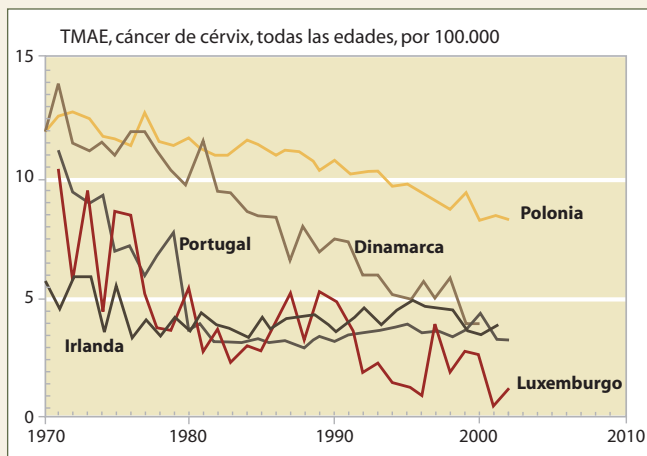


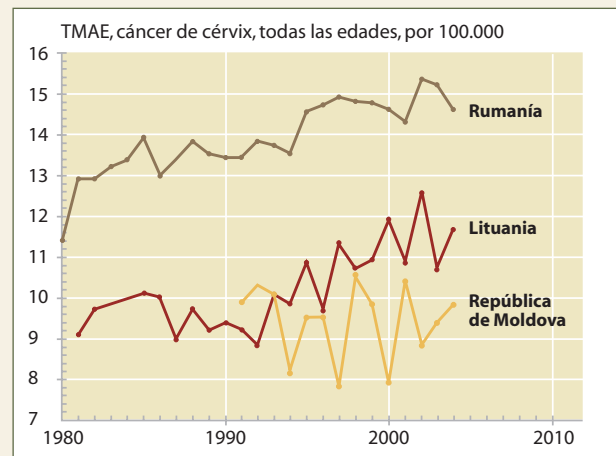
Figura 2. Prevalencia de la infección por VPH, lesiones precancerosas y cáncer de cérvix por edad.





Fuente: Base de datos de la salud para todos/as.

Figura 3. Cambios en la tasa de mortalidad ajustada por edad (código C53 de la CIE-10) para todas las edades por 100.000 desde el año 1970 en Dinamarca, Irlanda, Luxemburgo, Polonia y Portugal (HFA DB, 2006)



Fuente: Base de datos de la salud para todos/as.

Figura 4. Cambios en la tasa de mortalidad ajustadas por edad (código C53 de la CIE-10) para todas las edades por 100.000 desde el año 1980 en Lituania, República de Moldova y Rumanía (HFA DB, 2006)

En los países más desarrollados, la principal carga económica de la infección por VPH está ligada a la detección precoz y al tratamiento de las lesiones precancerosas. Sin embargo, no todos los países desarrollados han logrado controlar el cáncer de cérvix con los programas de cribado y tratamiento precoces existiendo una gran diversidad de tasas de mortalidad ajustadas por edad en los países de la UE (Figura 3). La vacuna como prevención ofrece una herramienta complementaria para mejorar el control de esta neoplasia. Gracias a que muchos países han mejorado su registro de morbilidad y mortalidad por cáncer de cérvix, es posible observar un aumento de la mortalidad por esta enfermedad, lo cual muestra la necesidad evidente de modificar esta situación (Figura 4).

La vacuna como prevención ofrece una herramienta complementaria para mejorar el control del cáncer de cérvix. Las vacunas contra el VPH se elaboran a partir de partículas similares a virus, siguen un método de fabricación recombinante. Recientemente se ha autorizado una vacuna tetravalente (Gardasil™) y otra bivalente se encuentra en fase avanzada de ensayo clínico (Cervarix™). Estas vacunas contra el VPH están diseñadas para prevenir la infección por los tipos 16 y 18 del VPH. La vacuna tetravalente protege también contra los genotipos de bajo riesgo 6 y 11. Las vacunas no están diseñadas para tratar a personas infectadas por estos genotipos. Se presentan en series de tres inyecciones intramusculares de 0,5 ml que se administran durante un

periodo de seis meses. Las vacunas contra el VPH inducen la producción de altas concentraciones de anticuerpos séricos en prácticamente la totalidad de las personas vacunadas. Se ha observado una mayor aparición de efectos adversos (dolor, eritema, y edema) que con la administración de placebo, pero en ninguno de los ensayos clínicos realizados tuvieron gran importancia.

Ambas vacunas han mostrado una protección de más del 90% frente a infecciones, por los genotipos de VPH presentes en ellas, en mujeres que no muestran indicios de infección (pasada o actual) por dichos genotipos. En estudios de fase III multicéntricos, de grandes dimensiones, con la vacuna tetravalente, realizados en cuatro continentes, prácticamente la mitad de las mujeres participantes procedían de países europeos. La vacuna tetravalente mostró una protección del 100% (95% de intervalo de confianza: 92,9%, 100) frente a lesiones precancerosas moderadas o graves causadas por los tipos 16 o 18 del VPH. Los resultados de un ensayo de fase II de la vacuna bivalente en el que participaban 1.113 mujeres, mostró una eficacia del 100% (95% de intervalo de confianza: -7,7, 100) frente a lesiones precancerosas moderadas. Se espera obtener pronto los datos procedentes de ensayos de mayores dimensiones de la vacuna bivalente. Los datos sobre los efectos de la vacuna tetravalente en mujeres que ya están infectadas por el VPH no muestran ninguna protección frente a lesiones precancerosas moderadas o graves. Próximamente se conocerán estos datos

acerca de la vacuna bivalente. Debido a que muy pocas mujeres están infectadas inicialmente por los cuatro tipos VPH presentes en las vacunas contra el VPH, todas las mujeres vacunadas podrían beneficiarse de dicho tratamiento puesto que se ha demostrado la eficacia frente a los genotipos del VPH susceptibles de infectar a las mujeres.

Se observa que la vacuna contra el VPH posee una eficacia clínica muy alta en mujeres que no muestran indicios de infección por los genotipos del VPH presentes en la vacuna, en cambio la eficacia resulta mucho menor en mujeres ya infectadas por alguno de estos genotipos. Debido a esto, se concluye que si se administra la vacuna a mujeres antes de la exposición al VPH (o sea, en mujeres jóvenes) ésta puede resultar muy eficaz. Aun no se conoce la duración del efecto de la vacuna, pero es al menos de cinco años. Se están realizando estudios de grandes dimensiones en los países nórdicos para evaluar la protección a largo plazo.

Para la vacunación, el elemento coste-efectividad es un factor determinante. También son importantes los costes de vacunación porque en muchos lugares se necesitarán nuevos métodos para llegar hasta las adolescentes jóvenes. Una forma de reducir los costes de vacunación y de fabricación sería lograr una protección adecuada con la administración de dos dosis y conseguir vacunar a edades más tempranas (por ejemplo en la infancia o incluso en la lactancia) para de este modo incluirla en los programas de vacunación actuales. Por lo tanto, analizar estas opciones tiene gran

Nathalie
Broutet



Gunta
Lazdane



importancia y se están diseñando estudios para ello.

Las vacunas contra el VPH pueden mejorar los programas integrales de control del cáncer de cérvix, así mismo, impulsar la puesta en marcha de nuevas alianzas dirigidas a la sensibilización, la información y la comunicación así como las prestaciones sanitarias, la administración y la financiación. Las vacunas contra el VPH que protegen de los genotipos 16 y 18 tienen la capacidad de reducir pero no eliminar el riesgo de cáncer de cérvix (puesto que las mujeres siguen expuestas a ser infectadas por otros genotipos de riesgo) por lo tanto, es necesario mantener las revisiones ginecológicas para el examen del cuello de útero. En conjunto, la vacunación precoz de adolescentes junto a técnicas de detección y a un tratamiento adecuado basado en datos probados, podrían ser elementos de una estrategia integral que tendría como objetivo a largo plazo la eliminación del cáncer de cérvix.

Existen importantes problemas de equidad asociados a la comercialización de estas nuevas vacunas. Las organizaciones internacionales, los gobiernos y las asociaciones privadas deben estudiar, muy detenidamente, cómo reducir al mínimo el tiempo necesario para introducir las vacunas en los países pobres y asegurar una distribución equitativa. Debido a la escasez de medios económicos disponibles para sanidad pública en estos países donde la proporción de cáncer es mayor, es necesario subvencionar su compra mediante una ayuda externa. De acuerdo con los datos del Banco Mundial (<http://devdata.worldbank.org/wdi2006/contents/index2.htm>) el ingreso nacional bruto en siete países de la Región Europea de la OMS es menor de 1000 US\$ per capita (Azerbaiyán, Georgia, Kirguistán, República de Moldova, Tayikistán, Ucrania y Uzbekistán). Teniendo en cuenta este dato, la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (<http://www.gavialliance.org/>) asesora sobre las subvenciones para comprar vacunas. De acuerdo con las estimaciones realizadas por la OMS (HFA DB) en estos países, el porcentaje de gastos en salud pública con respecto al gasto total del gobierno es muy bajo (2,9% en Azerbaiyán, 4,6% en Tayikistán y 4,7% en Georgia). Comparados con la media europea, 12,29% en el año 2004, vemos que son muy inferiores.

El conocimiento de las cuestiones científicas y sociales permite elaborar estrategias de prevención realistas. Sin embargo, la dificultad de este programa de vacunación deriva de las características de

su población diana. Para que la vacuna puede prevenir una infección de transmisión sexual y un tipo de cáncer en la población adolescente, es necesario informar y educar no sólo a las adolescentes, sino también a sus padres y madres y a los y las profesionales sanitarias. No existe información fidedigna para las personas proveedoras y usuarias de salud respecto al cáncer de cérvix. La encuesta sobre salud reproductiva llevada a cabo en el año 2005 proporciona información sobre las principales razones por las que las mujeres en edad de tener una vida sexual activa no desean participar en los programas de cribado de cáncer de cuello de útero, éstas son las siguientes: falta de indicación médica de la prueba (44%); falta de información (35%) y la creencia de que la prueba de cribado es innecesaria (17%) (1). El aspecto positivo, es que teniendo en cuenta la educación de las adolescentes sobre los riesgos y la salud en general se puede mejorar el problema. Los programas actuales de vacunación en adolescentes contemplan únicamente vacuna de refuerzo en el caso del tétanos y de la difteria. Por lo tanto, la serie de tres inyecciones que comprende la vacunación contra el VPH, aunque supone una gran dificultad, es también una oportunidad para mejorar los servicios de vacunación en adolescentes. La comunidad relacionada con el VIH/SIDA reconoce que la puesta en marcha del programa de vacunación contra el VPH proporciona una plataforma para introducir una vacuna contra el sida, pues probablemente sea necesario vacunar a la misma población diana.

La vacuna contra el VPH atiende una necesidad vital para la salud pública y forma parte de las estrategias integrales de control del cáncer de cérvix. La garantía del acceso universal a los servicios de prevención, detección y tratamiento de esta neoplasia, será un factor clave para reducir el cáncer de cérvix en todo el mundo. Existen problemas esenciales de equidad asociados a la introducción de estas nuevas vacunas que no deben dejar de estudiarse detenidamente. Si no se realiza el esfuerzo necesario para que la vacuna llegue a las mujeres en situación de pobreza, se corre el riesgo de que la vacuna aumente las diferencias sanitarias entre las poblaciones en lugar de contribuir a la consecución de una salud sexual y reproductiva adecuada y universal. El reto para los y las responsables de formular políticas y de adoptar decisiones radica en aprender de lo ocurrido en iniciativas precedentes para la introducción de vacunas y garantizar que

esta enfermedad que afecta a las mujeres, tiene la prioridad necesaria en la agenda de la salud pública. Es necesario un alto nivel de sensibilización y la formación de diversas alianzas entre los sectores responsables de la inmunización, el control del cáncer y la salud reproductiva para garantizar la puesta en marcha de las iniciativas adecuadas de manera rápida y prevenir así esta enfermedad que hoy pone en cuestión la equidad sanitaria.

Referencias bibliográficas

1. Serbanescu, F., Imnadze, P., Bokhua, Z. y col. (Eds). *Reproductive Health Survey Georgia, 2005*. Informe preliminar. Departamento de Salud y de Servicios Humanos, CDC, Atlanta. Diciembre 2005.

Para más información sobre el VPH y las vacunas contra el VPH, véase: www.who.int/reproductive-health www.who.int/vaccine-research

Pollack A, Balkin M.S., Edouard L, Cutts F, Broutet N. Garantizar el acceso a las vacunas contra el virus del papiloma humano. Optimizar la contribución de la comunidad en la salud sexual y reproductiva. *Boletín de la OMS*, en prensa.

Cutts FT, Franceschi S, Goldie S, Castellsague X, de Sanjose S, Garnett G, Edmunds WJ, Claeys P, Goldenthal K, Harper DM, Markowitz L. El virus del papiloma humano y las vacunas contra el VPH: una revisión. *Boletín de la OMS*, presentado.

Felicity Cutts

[cutts@who.int]

Iniciativa para la Investigación de Vacunas

Nathalie Broutet

[broutetn@who.int]

Salud Reproductiva e Investigación

Gunta Lazdane

[gla@euro.who.int]

Salud Reproductiva e Investigación

PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX EN EUROPA

Carga de enfermedad por cáncer de cérvix

A pesar de existir un método de detección bien estructurado (con la citología como técnica de cribado) que reduce la incidencia y la mortalidad por cáncer de cérvix (CC) en un 80%, esta enfermedad se considera un problema de salud pública importante (1). El cáncer de cuello uterino afecta principalmente a mujeres jóvenes, la mayoría de los casos se dan en mujeres de entre 35 y 50 años de edad. A esta edad, las mujeres están en pleno desarrollo tanto profesional como personal. De acuerdo con los datos obtenidos en los primeros años del siglo XXI, aproximadamente 65.000 mujeres de la Región Europea de la OMS padecen cáncer de cérvix y casi 32.000 mueren de esta enfermedad cada año (2, 3). Se observa un claro gradiente este-oeste en el cáncer de cérvix (véase Tabla 1). Finlandia, Suiza, Islandia e Italia son los países con la tasa de mortalidad más baja (tasa de mortalidad ajustada por edad (población mundial) ? 2) mientras que la ex República Yugoslava de Macedonia, la República de Moldova, Letonia, Kazajstán, Kirguistán, Bosnia y Herzegovina y Bulgaria tienen una alta mortalidad (oscila entre 7,5-9,0 coloreado en rojo en la Figura 1). Por último la mortalidad más alta (coloreado en marrón) se da en Albania (9,8), Lituania (10,0), Serbia y Montenegro (10,1) y Rumania (13,9).

En las últimas décadas, se ha observado una reducción sustancial de la incidencia y la mortalidad en los países nórdicos, este hecho se debe a la puesta en marcha de nuevos programas normalizados de despistaje. Si a finales de los años 1980 se hubieran mejorado la calidad y cobertura de los métodos de detección en el RU, la tendencia al aumento en los grupos de jóvenes se hubiera podido invertir. En Noruega, sólo se introdujo un programa de cribado que incluía el registro nacional de todas las pruebas de Papanicolaou en el año 1995. La cobertura aumentó a pesar del reducido número de pruebas de Papanicolaou efectuadas y, como consecuencia, se redujo un 20% la incidencia del CC. En Italia, se observó que, mediante un programa de cribado, se podría reducir la incidencia de CC aun más en zonas que ya disponen de detección oportunista. La detección oportunista provocó también una reducción del CC en otros países del oeste de Europa. No obstante, en Irlanda, España y Portugal se observa una tendencia ascendente de la

mortalidad. Este hecho se puede explicar por la inexistencia de un programa de cribado de alta calidad o porque la detección oportunista efectuada en el pasado era poco eficaz. El contraste tan grande que se observa hoy en día entre la zona oeste y la zona este de Europa puede incluso elevarse en un futuro próximo pues en países como Rumania, Bulgaria y Lituania la tendencia es creciente. Esto continuará a menos que se pongan en marcha programas efectivos de prevención en todos estos países.

Sistemas de detección en Europa

En el año 2003, el Consejo Europeo adoptó la recomendación de introducir en los estados miembros de la Unión Europea la detección poblacional para el cáncer de cérvix y el cáncer de mama en las mujeres y para el cáncer colorrectal en hombres y mujeres (4). El examen citológico se debe realizar por primera vez entre los 20 y 30 años y debe repetirse cada tres o cinco años hasta la edad de 60-64 años. Las mujeres mayores de esta edad que nunca se han realizado un examen citológico deben someterse a la prueba. Además, el Consejo Europeo recomienda que se asegure una alta calidad en todos los pasos realizados en el proceso de cribado (la cita, la detección, la confirmación del diagnóstico, el tratamiento de las lesiones y su posterior seguimiento). Por lo tanto, propone que los exámenes de detección se realicen en centros adecuados desaconsejando la detección oportunista. Se deben implantar sistemas de vigilancia correlacionando las bases de datos para poder comprobar su eficacia y sus resultados. Es muy importante el llegar a toda la población. Se debe informar a las mujeres de manera precisa sobre las ventajas, pero también sobre las limitaciones de los sistemas de cribado y de los tratamientos de las lesiones identificadas. Dentro de poco la Comisión Europea publicará la segunda edición de las Directrices Europeas sobre Control de Calidad en el Cribado del Cáncer De Cérvix acordes con las recientes directrices y recomendaciones de la OMS (5, 6).

Sólo existen programas normalizados de cribado en nueve países europeos, éstos son: Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega, los Países Bajos, el RU y gran parte de Italia. Se están introduciendo programas de cribado en los países del Mar Báltico y en Hungría. En la mayoría de los otros países, la detección continúa siendo oportunista, dependiendo de la iniciativa de la mujer en

particular y de la médica o médico que la atiende. Esta detección oportunista se caracteriza a menudo por: alta cobertura en determinados sectores poblacionales donde las mujeres se ven sometidas a demasiadas pruebas de detección; baja cobertura en otros grupos de población socio económicamente menos desarrollados y una calidad heterogénea. Se tiene poca información sobre la situación en el este de Europa, la zona del Cáucaso y las repúblicas de Asia central pero se estima que, en general, la cobertura y la calidad son bajas.

Nuevas tecnologías

La seguridad de que la infección por los tipos de VPH de alto riesgo es condición necesaria pero no suficiente para desarrollar CC ha impulsado la investigación de una serie de pruebas y vacunas contra el VPH. Los resultados obtenidos de metaanálisis actualizados que compararon el valor diagnóstico de las pruebas del VPH con la citología, muestran que existen indicios suficientes para recomendar pruebas de VPH a las mujeres seleccionadas con una citología atípica y mantener una vigilancia tras el tratamiento de las lesiones NIC (7). No existe acuerdo acerca de la prueba de cribado de primera elección. Está claro que las pruebas del VPH validadas son más sensibles y más reproducibles que la citología cervical, pero también son menos específicas. Si la prueba del VPH da un resultado negativo, en este caso, los intervalos de tiempo entre cada prueba pueden ser mayores. Pero para que estas ventajas teóricas se puedan aplicar, es necesario un marco de referencia bien establecido con protocolos de gestión adecuados y con asesoramiento para las mujeres con la prueba del VPH positiva. En EEUU está aprobado, como método de cribado en mujeres mayores de 30 años de edad, la combinación de la citología y la prueba del VPH con el ensayo de captura híbrida 2. Sin embargo, en Europa, la citología sigue siendo el método de cribado estándar. Se va a revisar la política de métodos de cribado de la Unión Europea basada en los resultados de ensayos poblacionales aleatorios que se realizan actualmente. Se esperan estos resultados para el año 2007 o 2008.

La citología en medio líquido (CML) reduce la proporción de muestras no procesables y facilita la observación microscópica por lo que disminuye el tiempo de interpretación si se compara con la prueba de Papanicolaou tradicional. También permite análisis moleculares de diagnóstico inme-



diato (por ejemplo la prueba del VPH si hay células atípicas o de resultado incierto). No obstante, la CML es más cara y no resulta ni más sensible ni más específica para la identificación de lesiones precancerosas de alto grado histológicamente confirmado.

Vacunación frente al VPH

Mientras tanto, los ensayos han demostrado que las vacunas elaboradas con partículas similares a la proteína L1 del virus (PSV) son seguras e inducen la producción de anticuerpos específicos de cada tipo. Su acción se prolonga durante al menos cinco años. La vacuna ofrece una excelente protección frente a la infección persistente por los tipos del VPH correspondientes y frente a lesiones precancerosas causadas por estos mismos tipos de VPH en mujeres jóvenes que no estén infectadas por los tipos de VPH presentes en la vacuna.

La vacuna no protege ante infecciones ya establecidas, por esta razón, debe administrarse preferiblemente antes del inicio de la actividad sexual, por ejemplo a niñas de entre 11 y 13 años de edad. Los criterios de los programas de cribado no deben modificarse para mujeres que tienen actualmente más de 25 años de edad. Dado que la vacuna no es efectiva frente a todos los tipos oncogénicos del VPH, se debe continuar con cribado poblacional aunque pueda iniciarse más tarde y realizarse de manera menos frecuente.

Actualmente, las agencias nacionales de regulación están definiendo las recomendaciones para el uso de la vacuna y su financiamiento. Se deben poner en marcha sistemas de seguimiento activo para comprobar la eficacia, seguridad y frecuencia de sustitución del tipo de VPH de la vacuna a largo plazo. Dentro de unos 10 o 20 años, se deberán definir diferentes criterios de vacunación de grupos basados en los nuevos datos obtenidos de estudios de fase IV (ensayos y vigilancia) que analizarán los costes y beneficios de la combinación de vacuna y cribado.

Conclusión

El mayor nivel de protección frente al cáncer de cérvix se alcanzará si se logra implantar un programa de detección bien estructurado basado en una política satisfactoria, fundada en hechos probados y económicamente asequibles. Se debe descartar la detección oportunista por su ineficiencia. Se debe maximizar la cobertura poblacional y la calidad así como realizar una vigilancia activa de las mismas.

Tabla 1. Mortalidad por cáncer de cérvix en 49 países de la Región Europea de la OMS: número de defunciones, tasa de mortalidad ajustada por edad a la población mundial (TMAEM, por 100.000 mujeres). Las estimaciones derivan de un estudio reciente sobre el cáncer de cérvix en los estados miembros de la Comunidad Económica Europea en el año 2004 (3) y de GLOBOCAN 2002 (2) para los otros países. Las cifras se ajustan a la mortalidad causada únicamente por el cáncer uterino.

País	Defunciones	TMAEM (por 100.000 mujeres)	País	Defunciones	TMAEM (por 100.000 mujeres)
Estados miembros de la Unión Europea (estimaciones para el año 2004)					
<i>Anterior a enero del año 2007</i>					
Austria	253	3,3	Letonia	166	7,9
Bélgica	367	3,8	Lituania	283	10,0
Chipre	25	5,6	Luxemburgo	12	3,0
República Checa	495	5,8	Malta	9	2,7
Dinamarca	178	3,9	Países Bajos	305	2,3
Estonia	83	6,9	Polonia	2.216	7,4
Finlandia	61	1,1	Portugal	376	4,3
Francia	1.562	3,0	Eslovaquia	225	5,8
Alemania	2.582	3,4	Eslovenia	70	4,0
Grecia	210	2,1	España	775	2,3
Hungría	555	7,2	Suecia	248	2,7
Irlanda	75	3,0	RU	1.430	2,9
Italia	1.090	2,0			
Tres estados miembros de la Comunidad Económica Europea (estimaciones para el año 2004)					
Islandia	4	2,0			
Noruega	107	3,1	Suiza	105	1,6
Otros 21 países de la Región Europea de la OMS Europea (estimaciones para el año 2002)					
Albania	146	9,8			
Armenia	130	5,6	Macedonia	99	7,6
Azerbaiyán	113	2,8	República de Moldova	220	7,8
Belarús	436	5,2	Rumania	2.094	13,0
Bosnia Herzegovina	227	8,0	Federación de Rusia	7.784	6,5
Bulgaria	506	8,0	Serbia y Montenegro	815	10,1
Croacia	209	5,0	Tayikistán	70	3,5
Georgia	225	5,9	Turquía	726	2,4
Israel	82	2,3	Turkmenistán	96	5,2
Kazajstán	729	7,9	Ucrania	2.578	6,4
Kirguistán	186	7,9	Uzbekistán	379	3,9

Únicamente se introducirán las nuevas tecnologías una vez probada su eficacia y su rentabilidad. La vacuna contra el VPH ofrece nuevas posibilidades en la prevención primaria, pero sigue siendo necesario la detección en las dos décadas siguientes.

Directrices de la OMS y la Unión Europea pueden ayudar a las personas responsables de la salud pública nacional y regional en la definición de normas de actuación y de políticas racionales para la prevención del cáncer de cérvix. Deberían prestar una particular atención a la alta carga de enfermedad del CC en Europa del Este.

Referencias bibliográficas

- IARC. Cervix Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 10. Lyon: 2005.
- Ferlay, J., Bray, F., Pisani, P., and Parkin, D. M. GLOBOCAN 2002. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. Base de datos del cáncer del CIIC No. 5, versión 2.0. Lyon: Prensa CIIC, 2004.
- Arbyn M, Raifu AO, Autier P, Ferlay J. Burden of cervical cancer in Europe: estimates for 2004. (presentado) 2007; 1-18.

- El Consejo de la Unión Europea. Council Recommendation 2 December on Cancer Screening. Off J Union Eur 2003; 878: 34-8.
- OMS. Control integral del cáncer cervi-couterino: guía de prácticas esenciales. Ginebra: OMS, 2006.
- La Comisión europea. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Eds: Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, Wiener H. Luxemburgo: Oficina de publicaciones oficiales de las comunidades europeas, 2007.
- Arbyn M, Sasieni P, Meijer CJ, Clavel C, Koliopoulos G, Dillner J. Capítulo 9: Clinical applications of HPV testing: A summary of meta-analyses. Vaccine 2006; 24 S3: 78-89.

Marc Arbyn

[m.arbyn@iph.fgov.be]

Unidad de epidemiología del cáncer
Instituto científico de salud pública

INCLUSIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN LOS PROGRAMAS DE VACUNACIÓN

El virus del papiloma humano causa la infección de transmisión sexual más común, estando presente en un 35% de jóvenes. La infección por los genotipos de alto riesgo del VPH evoluciona en 10 o 20 años hacia cánceres anogenitales en una de cada 100 personas afectadas. Es la causa de mortalidad por cáncer, conocida en mujeres, más frecuente con 270.000 defunciones anuales debidas sólo al cáncer de cérvix.

Desde el punto de vista del valor comercial y del impacto en la salud pública, los hechos son: 1. Se autorizarán, a finales del año 2007, dos vacunas contra los tipos 16 y 18 del VPH, llamados de alto riesgo, fabricadas con partículas similares a virus, que no presentan ADN, y que están formadas por una proteína estructural vírica denominada L1. 2. La mayoría de las neoplasias causadas por el VPH de alto riesgo se pueden prevenir con la vacunación. 3. Posiblemente se podrán erradicar, en breve, los tipos del VPH denominados de alto riesgo gracias a la vacunación sistemática de jóvenes adolescentes. ¿Cómo poner en marcha la vacunación profiláctica de jóvenes adolescentes, útil tanto contra el cáncer como contra la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente?. Esta es la pregunta del año en los sistemas de salud pública. Para garantizar que se alcanzan beneficios para la salud de las jóvenes, los programas nacionales de vacunación deberán administrar las vacunas contra el VPH a las adolescentes de manera gratuita.

La infección por los tipos de VPH oncogénicos (16, 18, 31 y 45), así como otros tipos de VPH de alto riesgo (33, 35, 52, 58, 66), son factores causantes del cáncer de cérvix y muchos otros cánceres anogenitales que aparecen más de diez años después de la exposición al virus. En sociedades prósperas, debido a un aumento del comporta-

miento sexual de riesgo desde los años 70, ha aumentado en un 35% la prevalencia de la infección por VPH de alto riesgo en mujeres menores de 25 años (1). No existen datos en países en desarrollo, pero se observa que la tendencia va probablemente en la misma dirección. Son frecuentes a la edad de 30 años o más, las co-infecciones de tipos de VPH de alto riesgo (2) y las co-infecciones de un tipo de VPH de alto riesgo y Chlamydia trachomatis (Lehtinen y col. inédito). Probablemente, facilite el inicio de la carcinogénesis, la infección persistente por VPH de alto riesgo. Ensayos de fase II con vacunas fabricadas con partículas similares a virus (PSV), han mostrado una eficacia superior al 95% en la prevención de nuevas infecciones, de las persistentes y de lesiones precancerosas causadas por los tipos de VPH presentes en la vacuna, durante cinco años. (3, 4) Sin embargo, puesto que los siguientes pasos de la carcinogénesis están fuera del alcance de los anticuerpos inducidos por las PSV, estas vacunas profilácticas deben administrarse antes del inicio de la actividad sexual.

Las vacuna tetravalente (PVH6/11/16/18, Merck & Co. Inc) y la bivalente (VPH16/18, GlaxoSmithKline Biologicals) (ya autorizadas o que se autorizarán próximamente), se administran por vía intramuscular (como la primera vacuna elaborada por ingeniería genética contra el cáncer, la vacuna contra la hepatitis B), en tres dosis, durante un periodo de seis meses. Los análisis provisionales de ensayos multinacionales de fase III han mostrado o se espera que muestren una alta eficacia de la vacuna contra las manifestaciones clínicas de la infección persistente por VPH 16/18, por ejemplo la neoplasia intraepitelial cervical (NIC2+). No obstante, las lesiones NIC2 tienen una alta probabilidad de regresión y es, desde el punto de vista ético, imposible sacar conclusiones de los datos del ensayo de fase III que se está realizando. De manera que no es posible saber si la vacuna tiene la misma eficacia contra las infecciones por los tipos 16/18 del VPH y las NIC2 que han evolucionado hasta el cáncer que contra las infecciones por los tipos 16/18 del VPH y las NIC2 que han remitido.

En este contexto, 6.600 mujeres de entre 16 y 17 años de edad (que suponen el 20% de las mujeres de entre 15 y 25 años de edad y la gran mayoría de las mujeres menores de 18 años de edad) participan en un estudio poblacional que se está realizando en Finlandia. Estas mujeres, recibieron aleatoriamente, en ensayos de fase III, la vacuna tetravalente contra el VPH, la bivalente o un

placebo. (1) Para valorar de manera completa la eficacia de las vacunas directa, indirecta y a largo plazo, también se han inscrito 17.000 mujeres de entre 18 y 19 años que no se han vacunado.

Un porcentaje de las mujeres a las que se administró placebo y las que no se han vacunado, recibirán al finalizar el estudio, la vacuna autorizada contra el VPH de manera gratuita o comprarán la vacuna en un futuro, pero todas podrán estar localizadas a través de la Agencia Nacional Finlandesa para los Medicamentos. Sin embargo, no se espera administrar a la mayoría de las mujeres del grupo control la vacuna contra el VPH, sino que asistan a los programas de cribado del cáncer de cérvix. Además, para la mayoría de estas mujeres a las que se vacuna de forma oportunista, la vacuna se administra demasiado tarde. Por ejemplo, después de ser infectadas por el VPH de alto riesgo. Por lo tanto, el seguimiento pasivo de estas 23.600 mujeres por el Registro del Cáncer Finlandés, aportará la verdadera eficacia de la vacuna de PSV contra los tipos 16/18 del VPH para el carcinoma cervical localizado (carcinoma in situ, CIS) en el año 2015.

Ya se sabe que la vacuna contra el VPH protegerá a las mujeres que no han sido aún infectadas por el VPH, pero además ofrecerán un beneficio indirecto a aquellas mujeres no vacunadas, pues reducirán el riesgo de transmisión y la posibilidad de estar expuestas a la infección. Este efecto de inmunidad de grupo, significa que la cobertura de la vacuna que en un principio era del 90% resulta ser mayor del 90% lo que puede conducir a la posibilidad de erradicación en un corto periodo de tiempo (Figura 1). Incluso con una cobertura que no supere el 50%, la contribución de la inmunidad de grupo es importante. No obstante, es difícil conseguir la erradicación completa de una ITS debido a la heterogeneidad de los comportamientos sexuales. Esto sugiere la posible utilidad de programas de control dirigidos y además aumenta la importancia de la función de la vacunación de repesca (5).

Recientemente se ha descrito una reacción cruzada entre los tipos 16/31 y 18/45 (3). Con estos datos, se calcula que el índice de prevención del cáncer de cérvix gracias a la vacuna contra el VPH 16/18 es, en los países desarrollados, del 80-85% y del 70-75% en los países en desarrollo. Estos últimos se verán especialmente beneficiados por la inclusión en las vacunas de otros de los tipos de alto riesgo del VPH (33, 52, 58 y 66). También podría ser importante evitar la sustitución de los VPH de alto riesgo. Es

decir, la aparición de nuevos tipos de VPH de alto riesgo, en los nichos ecológicos creados por la vacunación, que no estén presentes en la vacuna. En este contexto, es importante tener en cuenta que probablemente, la feroz competición entre los dos productores de la vacuna (Merck & Inc. y GSK biologicals) garantizará, la introducción en el mercado, de una serie de vacunas multivalentes contra el VPH en los próximos años.

También es importante, para la eficacia de la vacunación frente a los VPH de alto riesgo, conocer la duración de la protección contra el cáncer de cérvix en las adolescentes tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo, especialmente para las mujeres que, más adelante, puedan sufrir nuevas infecciones. En el escenario más pesimista, la duración de la inmunidad de cinco años reduciría poco o nada la incidencia de cáncer de cérvix debida a la vacunación. Por otro lado, si se asume una protección de 10 a 30 años gracias al tratamiento combinado de vacunación contra el VPH 16/18 a la edad de 12 años y exámenes de detección de por vida, se reduciría de manera rentable la incidencia de cáncer de cérvix si se compara con el cribado tradicional.

Por último, incluso las sociedades ricas ofrecen pocos servicios sanitarios reconocidos por las adolescentes como útiles para su salud personal y su calidad de vida. En este contexto, la técnicas de detección para *Chlamydia trachomatis* (infección que aparece en el 30% de las personas afectadas por cáncer según un reciente metanálisis) (Lehtinen y col., inédito) en adultas jóvenes podría tener un efecto sinérgico con la inmunidad de grupo inducida por los programas de vacunación frente al VPH. El objetivo final consiste en erradicar las infecciones por los VPH de alto riesgo, en la nueva generación, antes de que comience su actividad sexual. Para ello, es necesario determinar la eficacia, la eficacia de la vacuna en niñas y niños y la tolerancia en la población de las vacunas (por ejemplo, las sustituciones de tipos del virus). Un ensayo comunitario aleatorio que se está realizando en Finlandia aportará estos datos. Al introducir el primer modelo de vacuna para las ITS se identificarán una variedad de medidas frente a las ITS en los adolescentes¹. Lógicamente, la edad adecuada para comenzar la vacunación frente al VPH varía según los países. Además, una de las dificultades radicarán en asegurar un compromiso por parte de las diferentes personas interesadas directas para promover una educación para la salud sexual en adolescentes y jóvenes.

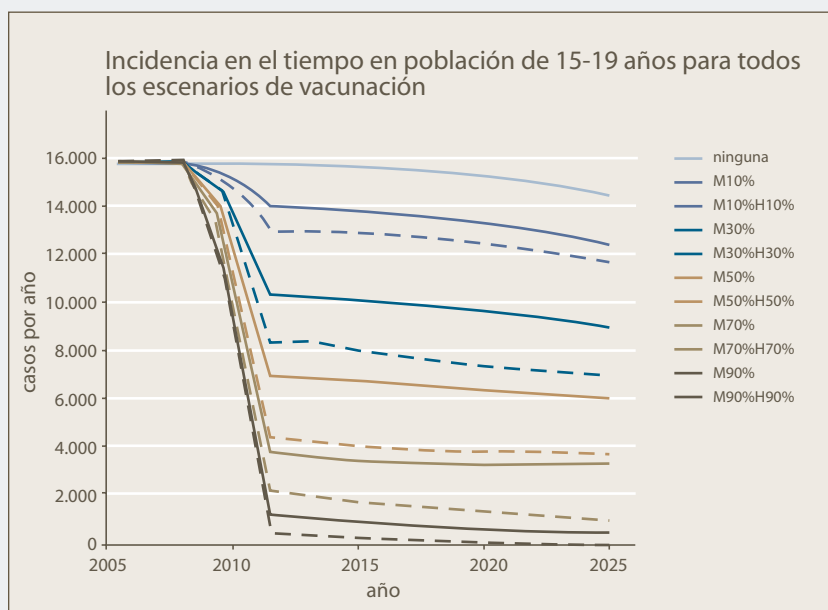


Figura 1. Modelo de reducción de personas infectadas por el tipo 16 del VPH tras la vacunación de adolescentes de 13 a 15 años en Finlandia con distintas coberturas de la vacuna frente al VPH16.

Referencias bibliográficas

1. Lehtinen M, Herrero R, Mayaud P, y col. *Studies to assess long-term efficacy and effectiveness of HPV vaccination in developed and developing countries.* *Vaccine* 2006; 24:233-241.
2. Lehtinen M, Kaasila M, Pasanen K, et al. *Seroprevalence atlas of infections with oncogenic and non-oncogenic HPVs in Finland in the 1980's and 1990's.* *Int J Cancer* 2006; 119:2612-2619.
3. Harper DM, Franco EL, Wheeler CM, y col. *Sustained efficacy up to 4-5 years of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus type 16 and 18 follow-up from a randomized controlled trial.* *Lancet* 2006; 367:1247-1255.
4. Villa LL, Costa RLR, Petta C, et al. *High sustained efficacy of a prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6,11,16 and 18) L1 virus-like particle vaccine through five years of follow-up.* *Br J Cancer* 2006; 95:1459-1466.

5. French K, Barnabas R, Lehtinen M, y col. *Strategies for the introduction of human papillomavirus vaccination: modelling the optimum age- and sex-specific pattern of vaccination in Finland.* *Br J Cancer* 2007, en prensa.

Matti Lehtinen
[matti.lehtinen@uta.fi]
Instituto Nacional de Salud Pública,
Finlandia

Katherine French
Imperial College London,
Reino Unido

LA ASOCIACIÓN EUROPEA CONTRA EL CÁNCER DE CÉRVIX Y SU PREVENCIÓN EN EUROPA

El cáncer de cérvix es el segundo cáncer más frecuente en el mundo después del cáncer de mama. Alrededor de 500.000 mujeres lo padecen y 250.000 mueren por su causa cada año. La mayoría de estos casos se dan en países donde no existe el cribado o éste no es eficaz (1). En toda Europa, alrededor de 50.000 mujeres padecen cáncer de cuello de útero y casi 25.000 mueren por esta causa cada año (2). Sin embargo, estas estadísticas no muestran la dramática diferencia que existe en Europa, donde la tasa de cáncer de cérvix es mucho mayor en grupos socio económicos bajos. La falta de información y la urgencia de otras necesidades provocan en estos grupos escasa asistencia a los programas de cribado. En ciertos países del este de Europa la eficacia de los programas de detección es muy baja.

Aún cuando las estadísticas del cáncer de cérvix son deplorables, quizás la mayor tragedia, sea, que actualmente se conoce la forma de prevenirlo y, sin embargo, sigue siendo una causa importante de enfermedad y muertes en Europa y en el mundo. Se ha comprobado que con un programa de cribado eficaz se pueden prevenir hasta el 80% de los cánceres de cérvix (3). Los beneficios de estos

programas se han demostrado claramente en Finlandia, el RU y otros países o regiones donde se han implantado. Por lo tanto, se podrían obtener los mismos resultados en otros países si las personas responsables en la materia decidieran ponerlo en práctica. Además, si se introducen de forma adecuada en los programas de prevención, las nuevas técnicas como la prueba del VPH y la vacuna frente a este virus ofrecen la posibilidad de un mayor impacto en las tasas de cáncer de cérvix. Así pues, la batalla principal contra el cáncer de cérvix ha pasado del ámbito de la investigación al de la política donde se debe instar, a las personas responsables de la asignación de fondos a los programas de salud pública y a quienes deciden ponerlos en marcha, a que prioricen los programas de prevención del cáncer de cérvix.

Gracias a estos cambios la Asociación Europea contra el Cáncer de Cuello Uterino (ECCA) se consolidó en el año 2002, con el objetivo de informar a los grupos implicados sobre el cáncer de cérvix y las razones por

las cuales se puede prevenir. Se consideran grupos implicados:

- Mujeres en general que deben entender los beneficios de los programas de prevención para garantizar su acceso a los servicios disponibles,
- Profesionales de la salud responsables de ofrecer consejos precisos a sus pacientes

y promover los cambios necesarios en los sistemas sanitarios donde trabajan,

- El personal técnico de salud pública que debe entender la importancia de los programas de educación y de prevención del cáncer de cérvix para que éstos tengan la prioridad necesaria en la definición de las políticas sanitarias.

El inicio de las actividades de la ECCA se centra en programas de educación sobre el cáncer de cérvix coordinados a nivel europeo a través de una red que engloba actualmente a más de 60 asociaciones médicas, departamentos universitarios y grupos de pacientes en Europa. Juntas, estas organizaciones aportan importantes conocimientos especializados en todos los aspectos del cáncer de cérvix y están todas involucradas en la documentación y en los programas elaborados por la ECCA. Posteriormente, estas organizaciones se encargan de que la documentación se adapte a los requisitos de cada país y de traducirla al idioma local. De esta manera, la ECCA puede desarrollar documentación de consenso general, realizando una revisión científica externa por personas destacadas, expertas europeas sobre cáncer de cérvix, para posteriormente traducirla y adaptarla a las demandas locales. Este proceso asegura que el contenido concreto de los informes resulte coherente con cada país y por lo tanto, minimiza la probabilidad de divulgación de mensajes conflictivos o incongruentes que puedan dañar el proceso educacional.

El material educativo incluye:

- Tres folletos introductorios sobre: 1) cribado del cáncer de cérvix; 2) el virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer de cérvix; y 3) el seguimiento tras pruebas de Papanicolaou anómalas. Estos folletos se han diseñado para una fácil lectura (menos de cinco minutos) por lo que, aunque presentan únicamente conceptos básicos, proporciona diversas fuentes de información para las personas más interesadas.
- Dos cuadernillos que constituyen una de las fuentes de información adicional con un texto más completo sobre: 1) prevención del cáncer de cérvix con información sobre la responsabilidad del VPH en el desarrollo de la enfermedad, la prueba del VPH y la vacuna contra el VPH; y 2) el seguimiento tras pruebas de Papanicolaou anómalas con información sobre los diversos estadios



**Imelda
Read**



**Aleksandra
Bogdanovic-
Gillion**



**Magdalena
Grce**



**Philip
Davies**

del cáncer de cérvix junto con los diferentes tratamientos posibles.

- Una página web que ofrece información exhaustiva desde lo más básico hasta lo más avanzado para que quienes lo leen encuentren lo que buscan.

La ECCA utiliza diversos métodos para divulgar esta documentación. Para el público general la técnica principal es trabajar con las asociaciones contra el cáncer, las asociaciones médicas y otras organizaciones, a menudo junto con promotores locales, para hacer llegar la documentación a los y las profesionales sanitarias. Este proceso es importante también para educar al personal sanitario puesto que tienen disponible esta información a través de la página web. Asimismo, toda la documentación creada por la ECCA está disponible para descarga y uso de forma gratuita para fines no comerciales. Actualmente, los folletos están disponibles en diez idiomas, los cuadernillos en cuatro y la página web en cinco y se están preparando versiones de todo el material en otros idiomas.

Para la comunicación con la clase política y el personal técnico de salud pública, es importante recordar que la ECCA es una organización europea, por lo tanto, se centra lógicamente en desarrollo de políticas europeas. En Bruselas, la ECCA trabaja estrechamente con el grupo de interés de parlamentarios y parlamentarias europeas contra el cáncer de cuello de útero (CCIG) actuando como secretaria del grupo, creado el 31 de mayo del año 2006 y actualmente consta de 36 miembros del Parlamento Europeo. Junto con el CCIG, el primer proyecto emprendido fue la preparación de una serie de ocho folletos explicativos sobre la prevención del cáncer de cérvix en Europa distribuidos cada mes entre los miembros del Parlamento Europeo. Estos folletos están disponibles actualmente en la página web de la ECCA y están traducidos por miembros de la ECCA para su distribución a políticos y políticas y funcionarios de la salud en su propio país.

Para extender la información a las personas interesadas, la ECCA acaba de crear la semana europea de prevención del cáncer de cuello uterino (ECCPW) que se celebrará cada año durante la tercera semana de enero (la semana del 21 al 28 de enero del año 2007). El objetivo principal de este evento es llamar la atención de los medios de comunicación y, de esta manera, facilitar la divulgación de los mensajes claves de prevención entre las mujeres europeas. El grupo de interés del

parlamento europeo contra el cáncer de cuello de útero inaugurará la ECCPW junto con un evento en el Parlamento Europeo que se celebrará el 23 de enero y en el que estarán implicados miembros del Parlamento, funcionarios y funcionarias de la Comisión Europea y representantes de asociaciones contra el cáncer, asociaciones médicas, grupos de pacientes, etc. Además, la ECCA celebrará en Bruselas el taller «trabajar juntos para DETENER el cáncer de cérvix» y miembros de la ECCA organizarán diversos actos nacionales en toda Europa.

La ECCA está muy interesada en trabajar con cualquier organización o persona particular implicada en la prevención del cáncer de cérvix en Europa. Si desea más información sobre la ECCA o participar en nuestros programas, diríjase a la página web o contacte con el o las autoras nombradas más adelante.

Recursos

1. J. Ferlay, F. Bray, P. Pisani and D.M. Parkin. GLOBOCAN 2002: *Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. Base de datos del cáncer del CIIC No. 5. versión 2.0*, Prensa CIIC, Lyon, 2004
2. Boyle P and Ferlay J. Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. *Ann Oncol.*, 2005;16:481-8. Epub 2005 Feb 17
3. Detección del cáncer de cérvix. Grupo de trabajo del CIIC para la evaluación de las estrategias de prevención del cáncer. *IARC Handbooks of Cancer Prevention*. Volume 10, Prensa CIIC, Lyon 2005

Imelda Read

[imelda.read@ecca.info]
Presidenta de la ECCA

Aleksandra Bogdanovic-Guillion

[aleksandra.bogdanovic-guillon@ecca.info]
Especialista educacional de la ECCA

Magdalena Grce

[magdalena.grce@ecca.info]
Directora de la ECCA
Directora del laboratorio de virología molecular y bacteriología
Departamento de medicina molecular
Rudjer Boskovic Institute
Zagreb, Croacia

Philip Davies

[philip.davies@ecca.info]
Director General de la ECCA

EFICACIA DEL PROGRAMA DE CRIBADO DEL CÁNCER VACUNAS CONTRA EL VPH EN ISLANDIA

El cáncer de cérvix ha estado siempre relacionado con el estilo de vida y el comportamiento sexual. Los factores de riesgo más frecuentes son la multiparidad, la edad de inicio de la actividad sexual, el uso de anticonceptivos orales, el tabaquismo y las infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, la incidencia ajustada a la población mundial varía según el país en función de la eficacia de las técnicas de cribado mediante citología de cada país.

Cribado mediante citología

La eficacia de los métodos de cribado del cáncer de cérvix se determina de acuerdo con la tendencia en el tiempo de las tasas de incidencia y mortalidad en países con programas de cribado consolidados. Los países nórdicos, excepto Noruega, iniciaron el programa de cribado alrededor de los años 1962-1964 (1). En Islandia se puso en marcha el programa más ambicioso donde el grupo diana eran mujeres de entre 20 y 69 años de edad y los intervalos entre exámenes eran de 2 a 3 años. Por el contrario, Finlandia fue el país con el grupo diana menos amplio y los mayores intervalos entre exámenes (véase tabla 1). A pesar de estas diferencias la reducción de la tasa de mortalidad en los años 2000-2004 fue similar en ambos países, alrededor del 82-83%, lo que indica que las mujeres islandesas han sido sometidas a exámenes demasiado frecuentes y están sobretratadas (2).

El caso de Islandia

Tras el inicio del programa de detección en Islandia en el año 1964, tanto los índices de incidencia como de mortalidad disminuyeron considerablemente. Sin embargo, la incidencia aumentó temporalmente y la tasa de mortalidad se estabilizó entre los años 1981 y 1985, principalmente entre las

mujeres más jóvenes. Una nueva evaluación del programa de cribado (3) confirmó una lenta pero regular tendencia al aumento de la tasa de incidencia en el grupo etario diana (25-69) junto con un aumento de enfermedad preinvasiva de grado moderado a alto (citología: lesión escamosa intraepitelial de alto grado; histología: NIC 2-3/AIS). Se revisó el programa de cribado y se puso en marcha un sistema de citas informático, se fijaron los intervalos de las pruebas en dos o tres años y se intensificó el seguimiento de las mujeres con resultados anómalos.

Otra nueva evaluación realizada en el año 1987 confirmó que la prevalencia de la enfermedad preinvasiva continuó en aumento iniciándose a los 20 años de edad. Debido a esto, en el año 1988 se decidió disminuir el límite mínimo de edad para realizar un examen de cribado a los 20 años (4). La última evaluación del programa se realizó en el año 2005 (5, 6) y mostró que la tasa de enfermedad preinvasiva de grado moderado y alto siguió en aumento hasta el año 1998, pero luego se estabilizó. El análisis de la incidencia acumulada de las lesiones a un nivel de riesgo fijo mostró que el número de visitas previas con resultados normales no llevó a la decisión de prolongar los intervalos de detección hasta después de los 35 años, lo que apoya la idea de fijar los intervalos de detección en dos o tres años antes de los 35 años de edad.

Tabla 1. Programa de cribado del cáncer de cérvix en los países nórdicos en los años 2000-2004

	Islandia	Finlandia	Suecia	Dinamarca	Noruega
Inicio del programa normalizado de detección	1964	1963	1964	1962	1995
Grupos diana en el año 1985	20-69	30-55	23-49	23-50	
Intervalo de tiempo entre cada examen (años)	2-3	5	4	4	
Grupos diana desde el año 1985	20-69	30-60	23-60 ⁽¹⁾	23-75	25-69
Intervalo de tiempo entre cada examen (años)	2-3	5	3-5 ⁽²⁾	3-5 ⁽³⁾	3
Periodo de cinco años con la mayor tasa de incidencia ⁽⁶⁾	1966-70	1961-65	1961-65	1961-65	1971-75
Reducción de la tasa de incidencia ajustada a la población mundial					
Entre el año 1981 y el 1985	45%	66%	46%	45%	26%
Entre el año 2000 y 2004	64%	72%	60%	64% ⁽⁴⁾	50%
Periodo de cinco años con la mayor tasa de mortalidad ⁽⁶⁾	1966-70	1966-70	1961-65	1961-65	1956-60
Reducción de la tasa de mortalidad ajustada a la población mundial					
Entre el año 1981 y el 1985	62%	60%	46%	37%	33%
Entre el año 2000 y el 2004	83%	82%	71% ⁽⁵⁾	68% ⁽⁴⁾	63% ⁽⁵⁾

(1) Suecia: edades de 20 a 60 años con tres años entre cada examen en los años 1985 y 1997.

(2) Desde el año 1998 cinco años entre cada examen en el grupo de 51 a 60 años de edad.

(3) Dinamarca: grupo de entre 60 y 75 años de edad, examen cada cinco años; 4) tasas de incidencia y de mortalidad entre los años 1997 y 2001.

(5) Suecia y Noruega: tasa de mortalidad entre los años 2000 y 2003.

(6) tasas de incidencia y mortalidad basadas en los datos obtenidos de los registros del cáncer de los países nórdicos.



La incidencia específica por edad de la enfermedad invasiva, en mujeres menores de 35 años, fue considerablemente mayor después del año 1980, pero se redujo de manera importante tras los 40 años de edad. El aumento de la incidencia en mujeres menores de 35 se produjo por el aumento de los carcinomas de células escamosas y de los adenocarcinomas diagnosticados precozmente, mientras que la tasa de enfermedad más avanzada (estadio IIA+) disminuyó considerablemente en todos los grupos de edad.

En las edades de entre 20 y 34 años, la incidencia de enfermedad microinvasiva (estadio IA) aumentó a una tasa considerablemente mayor que la de estadio IB. La incidencia acumulada del estadio IA ya había empezado a aumentar en los tres años posteriores a la última prueba con resultado normal. Los resultados se pueden interpretar como un éxito en la reforma del programa, puesto que el diagnóstico de la enfermedad microinvasiva permite tratar a estas mujeres jóvenes sin que afecte a su fertilidad.

Las conclusiones extraídas de la experiencia en Islandia son que el programa de cribado debería iniciarse a los 20 años o poco después (la recomendación del CIIC (7) es que comience a los 25 años), con un intervalo de tres años entre cada prueba, aunque estos intervalos se pueden alargar hasta cinco años a la edad de 40 años y ya no son necesarios a la edad de 65 años si las mujeres han sido controladas de manera adecuada.

Mujeres más jóvenes

Las recomendaciones en Islandia se apoyan en sus datos. En Finlandia la incidencia específica por edad en mujeres menores de 50 años aumentó a partir del año 1995. Este hecho se relacionó con los cambios en el estilo de vida y el comportamiento sexual. También se observó un aumento de las infecciones por VPH (8). En algunas zonas del RU se observó un aumento de la incidencia específica por edad de casi cuatro veces más en mujeres de entre 25 y 29 años de edad a partir del año 1970. A continuación se observó un aumento de la tasa de mortalidad del 40% en este grupo de edad entre el año 1977 y el 1988 (9). En el grupo de edades de entre 20 y 24 años aumentó la tasa de enfermedad preinvasiva con histología de alto grado a más del 60% desde el año 1993 al 2000. Al mismo tiempo el índice de mujeres con relaciones sexuales antes de los 16 años aumentó del 1% al 24%, el índice de mujeres que estuvieron con más de cuatro

parejas aumentó del 11% al 26% y la frecuencia de gonorrea, clamidia y sífilis aumentó más del doble.

EIVPH

El VPH se transmite por vía sexual y es el principal factor causante del cáncer de cérvix (10). El VPH es causa necesaria pero no suficiente para desarrollar la enfermedad. Para ello es necesaria la existencia de algunos cofactores como otras infecciones de transmisión sexual, ser fumadora, los anticonceptivos orales, etc. Existen más de 200 tipos, subtipos y variantes del VPH y alrededor de 40 se clasifican como anogenitales. De estos 40, unos 15 o 18 se consideran oncogénicos entre ellos los más comunes son el 16 y el 18 que se encuentran en aproximadamente el 70% de los casos de cáncer de cérvix (11). Parece que los tipos oncogénicos actúan de manera independiente y estadísticamente conllevan un riesgo similar de desarrollar cáncer de cérvix (12). No obstante, aun no se tiene clara la evolución natural de los distintos tipos de VPH y los factores determinantes de la respuesta inmunitaria.

Vacunas contra el VPH

Se han realizado estudios en el RU utilizando la prueba de la captura híbrida 2 que han confirmado una prevalencia del 33% en edades de entre 20 y 29 años (9). Estos valores son incluso mayores con los análisis de PCR. La prevalencia disminuye con la edad y se estabiliza entre los 30-35 años de edad. Se ha observado que las partículas L1 no oncogénicas de la cápside del VPH se unen entre sí formando partículas similares a virus (PSV) en sistemas de cultivos de levadura y baculovirus. Los ensayos con PSV han mostrado que éstas activan la producción de anticuerpos capaces de neutralizar al virus. Existen dos vacunas aun no autorizadas, una creada por Merck (Gardasil™) formada por PSV del VPH 16/18 y 6/11 y otra creada por Glaxo Smith Kline (Cervarex™) formada por PSV del VPH 16/18.

Estudios de fase I-III

Los estudios de fase I y II confirman que estas vacunas son bien toleradas, inducen una buena respuesta inmunológica y ofrecen una alta protección frente a las infecciones persistentes por el VPH (13). Aunque se ha notificado la presencia de una pequeña reacción cruzada entre algunos tipos de VPH, datos recientes procedentes de los

ensayos realizados por GSK indican una posible reacción cruzada entre los VPH 16/31 y los VPH 18/45, pero esto aún no está confirmado.

Los estudios de fase III aún se están realizando, pero un análisis provisional del ensayo de fase III realizado por Merck (Future II, con 12.167 mujeres participantes de edades comprendidas entre 15 y 26 años, entre ellas 710 islandesas) confirmó una eficacia del 100% para prevenir el VPH 16/18 causante de las NIC 2-3/AIS en los resultados obtenidos en mujeres no infectadas por este virus al entrar en el estudio. La FDA ha autorizado la vacuna elaborada por los laboratorios Merck (Gardasil™) para las mujeres con edades comprendidas entre los 9 y 26 años, el proceso de comercialización se inició inmediatamente después de su autorización.

Cuestiones sin resolver

Edad de vacunación: las vacunas no tienen efecto si la paciente ya ha sido infectada por el virus. Por lo tanto, el grupo diana en los programas de vacunación de la sanidad pública debería ser niñas que aun no han iniciado su actividad sexual. No obstante, la edad óptima aún no se tiene clara.

Duración del efecto de la vacuna: todavía no ha quedado claro si es necesaria y cuánto sería necesaria una dosis de refuerzo.

Vacunación de niños jóvenes: la inclusión de niños jóvenes en los programas de vacunación depende del impacto de la enfermedad causada por este virus en los hombres y de su eficiencia.

Se estima que las vacunas frente a múltiples tipos de VPH como los VPH 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 reducen aun más la incidencia del cáncer del 70% al 87% (11). Aun no está claro si el añadir más tipos a las vacunas actuales, mejoraría la rentabilidad.

Inclusión en los programas de cribado ya existentes

Los estudios de coste-eficacia (C-E) de las vacunas contra el VPH se realizan mediante programas de ordenador con modelos de simulación matemática que tienen en cuenta varios factores como edad de vacunación, coste de vacunación, duración del efecto de vacunación, historia natural de la carcinogénesis cervical, etc. Todos estos modelos son muy sensibles al cambio de estas variables. Las conclusiones del estudio tienen en cuenta que los programas de detección actuales pueden reducir en un 85% el riesgo de cáncer de cérvix durante la vida y que un cociente coste-eficacia menor de 56.000 € se

considera un valor correcto para los recursos de EEUU.

Algunos estudios apuntan a que la estrategia más eficaz sería la vacunación a los 12 años de edad junto con un control citológico, cada 2-3 años, desde los 24-25 años de edad. Se calculó que esta estrategia reduciría el riesgo de cáncer en un 83-94% con un aumento del cociente coste-eficacia de <45.000 € por año de vida ganado ajustado por calidad. No se consideró coste-eficaz la inclusión de varones jóvenes (14,15).

Consecuencias de las técnicas de cribado actuales

Sin duda, las vacunas contra los VPH 16/18 serían una gran ventaja para aquellos países que no dispongan de la posibilidad de realizar un programa de cribado citológico eficaz. Sin embargo, los costes de la vacunación pueden ser un problema, especialmente en los países en desarrollo. No obstante, las autoridades sanitarias de los países con programas de detección sistemática bien organizados o que estén planificando estos programas, deberían evaluar detenidamente la repercusión futura de los programas de cribado unidos a las vacunas VPH 16/18.

Las vacunas reducirán la prevalencia de la enfermedad y, por lo tanto, el valor predictivo positivo del cribado. La reducción de la prevalencia de frotis anormales llevará a una disminución de la vigilancia por cribado citológico, por lo tanto se estimula así la incorporación de técnicas de cribado más onerosas. Esto puede reducir el cociente coste-efectividad de la estrategia combinada y presionar a las y los responsables de la toma de decisiones a variar los límites de edad y prolongar los intervalos de tiempo entre cada prueba de cribado para equilibrar el aumento de costes.

Estas consecuencias, junto con la posible reducción de la atención sanitaria a mujeres vacunadas (falsa seguridad), pueden dar como resultado un aumento de la tasa de enfermedad invasiva entre las mujeres más jóvenes. No obstante, puede que estos riesgos se vean contrarrestados por un mantenimiento de los precios de las vacunas al nivel rentable más bajo posible, el aumento de la eficacia de las vacunas al añadir múltiples tipos de VPH a las actuales y ofreciendo información y educación a la población, al personal sanitario y a quienes son responsables de la formulación de políticas.

Referencias bibliográficas

1. Sigurdsson K. The Icelandic and Nordic cervical screening programs: Trends in incidence and mortality rates through 1995. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78:478-85.
2. Miller AB. The (in)efficiency of cervical screening in Europe. Editorial comment. *Eur J Cancer* 2002; 38:321-26.
3. Sigurdsson K. Effect of organized screening on the risk of cervical cancer: Evaluation of screening activity in Iceland, 1964-1991. *Int J Cancer* 1993;54:563-70.
4. Sigurdsson K. Trends in cervical intra-epithelial neoplasia in Iceland through 1995: Evaluation of targeted age groups and screening intervals. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78:486-92.
5. Sigurdsson K, Sigvaldason H. Longitudinal trends in cervical histological lesions (CIN 2-3+). A 25-year overview. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006; 85:359-365.
6. Sigurdsson K, Sigvaldason H. Effectiveness of cervical cancer screening in Iceland, 1964-2002: A study on trends in incidence and mortality and the effect of risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006; 85: 343-349.
7. CIIC. Cervix cancer screening: Recommendations for public health implementation and further research. In: *Handbooks of Cancer Prevention*. Volumen 10. Lyon, prensa del CIIC; 2005, 239-41.
8. Antilla A, Pukkala E, Söderman B, Kallio M, Nieminen P, Hakama M. Effect of organised screening on cervical cancer incidence and mortality in Finland, 1963-1995: Recent increase in cervical cancer incidence. *Int J Cancer* 1999;83:59-65.
9. Peto J, Gilham C, Fletcher O, Matthews F. The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK. *Lancet* 2004; 364:249-56.
10. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002;55:244-65.
11. Muñoz N, Bosch FX, Castellsague X et al. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. *Int J Cancer* 2004; 111:278-85.
12. Bosch XF, Sanjosé. Human papillomavirus and cervical cancer-burden and assessment of causality. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003; 31; 3-13.
13. Harper DM, Franco EL, Wheeler CM et al. Sustained efficacy up to 4-5 years of a bivalent L1 virus-like particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: Followup from a randomised control trial. *Lancet* 2006;367:1247-55.
14. Kulasingam SL, Myers ER. Potential health and economic impact of adding a human papillomavirus vaccine to screening programs. *JAMA* 2003;290:781-789.
15. Goldie SJ, Kohli M, Grima D et al. Projected clinical benefits and cost-effectiveness of a human papillomavirus 16/18 vaccine. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96:604-15.

Kristjan Sigurdsson
[kristjan@krabb.is]
Director medico del centro de detección del cáncer
La sociedad islandesa contra el cáncer

PROGRAMA DE CRIBADO DEL CÁNCER DE CÉRVIX EN LITUANIA



Daiva Vaitkiene

A pesar de los amplios y costosos esfuerzos de cribado, cada año se diagnostican 27.000 nuevos casos de cáncer de cérvix en la Unión Europea y, cada año 11.000 mujeres mueren de esta enfermedad. En Europa, se calculan casi 50.000 casos de cáncer de cérvix y 25.000 muertes por esta enfermedad cada año. El número de mujeres que viven con cáncer de cérvix asciende a más de 175.000 (1).

Lituania presenta una de las mayores tasas de incidencia de cáncer de cérvix de los países del Mar Báltico y de Europa. En los últimos cinco años, la incidencia de cáncer de cérvix oscila entre 23,6 y 31,1 por 100.000. La incidencia de esta enfermedad en Lituania es cinco veces mayor que en Finlandia, tres veces mayor que en Suecia y 2,5 veces mayor que en Noruega. En el año 2000, la mortalidad debida al cáncer de cérvix en Lituania era la segunda más alta de Europa. La tasa de mortalidad oscilaba entre el 11,5 y el 13,6 por 100.000. En los últimos cinco años, la incidencia y la mortalidad han seguido aumentando. Estas cifras son considerablemente más altas que las observadas en Letonia y Estonia, los otros países del Mar Báltico con estándares de vida similares. La alta mortalidad está asociada al diagnóstico tardío. Alrededor de un 50% de los casos se diagnostican en un estadio avanzado (III-IV) (2).

Qué ocurrió con el programa de cribado del cáncer de cérvix entre los años 1993 y 2003

La detección de la patología de cérvix en la última década del siglo XX fue desorganizada, caótica y completamente oportunista. Según las recomendaciones de las instituciones sanitarias de Lituania, todas las mujeres mayores de 18 años de

edad, sexualmente activas, deberían realizarse anualmente un examen de cribado mediante la prueba de Papanicolaou. Algunas mujeres eran examinadas más de una vez al año y en cambio otras (generalmente las que pertenecían a grupos de alto riesgo) nunca se realizaban esta prueba. Era muy frecuente que las mujeres no supieran que la muestra para examen citológico procedente de su cuello de útero había sido obtenida durante su visita a la consulta de ginecología. De manera frecuente, no se las informaba de los resultados y no se las citaba para repetir la prueba si era necesario. En el año 1993, el Ministerio de Sanidad aprobó el Programa Nacional contra el Cáncer de Cérvix (PNCC). De acuerdo con este programa, se llevó a cabo en los años 1993 y 1999 el cribado del cáncer de cérvix en seis distritos del país bajo la supervisión de especialistas en oncología de alta cualificación del Centro de Oncología de Lituania. Aun no se ha publicado ningún dato sobre la organización, la metodología, la cobertura de la población diana y los resultados de este programa. No obstante, de acuerdo con los datos estadísticos obtenidos de la base de datos del Registro del Cáncer, parece que ni el sistema de cribado diseñado como parte del PNCC ni las detecciones oportunistas, realizadas por recomendación del Ministerio de Sanidad en el resto del país, funcionaban adecuadamente. Esto se debe a la falta de recursos, de pruebas sistemáticas, de calidad del sistema, de información del sistema y del posterior seguimiento.

El programa nacional de control del cáncer se preparó en el año 1990. Los resultados de diversos estudios epidemiológicos muestran una tendencia creciente de los casos de cáncer de cérvix en Lituania. En el año 1990 se calcularon 370 casos de neoplasia de cuello de útero, en cambio esta cifra asciende a 468 en el año 2000. El registro del cáncer en Lituania indica que un 48,4% de los casos de cáncer de cérvix se encontraban en el estadio I y II y un 51,6% en estadio III y IV. Está claro que con esta alta proporción de enfermedad avanzada, la mortalidad también aumenta. Según datos de la OMS, Lituania es uno de los países con la tasa de mortalidad por cáncer de cérvix más alta de Europa. En los Estados Miembros de la Unión Europea y otros países del este de Europa la tasa de mortalidad por cáncer de cérvix se ha reducido, en cambio, en Lituania, Letonia y Estonia tiene tendencia a aumentar. Muestra de que estos países no cuentan con una estrategia adecuada de medidas de prevención secundaria.

Los proyectos del PNCC en Lituania se

centraban en llevar a cabo un estudio piloto del programa de cribado del cáncer de cérvix durante los años 1998 a 2000. A partir del año 2000 pensaban basarse en la experiencia acumulada del cribado en las regiones piloto y ampliar el cribado a todo el país cubriendo así el 80% de las mujeres mayores de 20 años de edad. Estos proyectos del PNCC prácticamente no se llevaron a cabo. La finalidad del PNCC desde el año 2001 fue mejorar continuamente los programas de cribado del cáncer de mama, de próstata y de cérvix en todo el país. Sin embargo, no se proporcionó una descripción detallada ni se fijó un régimen de implantación o un criterio mensurable para la evaluación.

Teniendo en cuenta los cambios que se están produciendo en el ámbito de la oncología y la reestructuración evidente que tuvo lugar en el año 2000, las y los profesionales de la medicina en los centros de atención primaria juegan un papel muy importante. La principal responsabilidad respecto a la prevención del cáncer de cérvix recae sobre la población y sobre las y los proveedores de salud en la atención primaria ya que desempeñan una importante función en la educación de la población. El cáncer de cérvix no es sólo un problema médico. El conocimiento de las mujeres sobre la enfermedad es insuficiente, por lo tanto, es necesario aunar esfuerzos para divulgar información sobre este problema a la población en general a través de medios de comunicación como la televisión y la radio.

Programa nacional de cribado del cáncer de cérvix: experiencia desde 2004

En el Nuevo Programa Nacional de Control del Cáncer para el periodo comprendido entre los años 2003 y 2010, se otorgó prioridad al cribado de la patología del cuello de útero. El conjunto de profesionales responsables de elaborar el programa de cribado de cáncer de cérvix fue elegido por el Ministerio de Sanidad de Lituania e incluía: personal de medicina de atención primaria, especialistas en diversos ámbitos y representantes de organizaciones públicas. Este grupo de profesionales desarrolló a principios del año 2004 las «directrices para la puesta en marcha del programa de cribado del cáncer de cérvix» y el Ministerio de Sanidad lo autorizó. En todo el país el método de detección sistemática para esta neoplasia se llevó a cabo a través del sistema público de salud, lo que parece un enfoque razonable para el

cribado del cáncer de cérvix. El Gobierno proporciona la dotación económica al Fondo Nacional para Pacientes (FNP) que a su vez se responsabiliza del reembolso por los servicios. Cinco Fondos Territoriales para Pacientes son los responsables de gestionar los contratos con los Centros de Atención Primaria (CAP). Existen más de 350 CAP en todo el país, ellos son los responsables de asumir los programas de cribado y ejecutar los protocolos. La visita a los CAP en Lituania es gratuita si la paciente está inscrita en el centro. El FNP vigila el sistema y no permite que una misma mujer se inscriba en varios centros a la vez. Cada profesional de medicina de cabecera debe atender entre 1.500 y 2.500 pacientes. Según las directrices nacionales sobre el cribado, el personal de medicina de cabecera o de ginecología que trabaja para los CAP es responsable de dar la cita, tomar las muestras y evaluar los resultados de la prueba de Papanicolaou. Las y los profesionales de medicina de cabecera informan a las mujeres sobre los programas de cribado en sus visitas al centro o en casa. Existen diez laboratorios de anatomía patológica certificados en el país que examinan los frotis de Papanicolaou.

El programa nacional de cribado del cáncer de cérvix se inició el 1 de julio del año 2004. La meta de este programa es reducir la mortalidad por cáncer de cérvix en un 15% y la morbilidad en un 30%. Los objetivos de este programa son:

- Informar de forma activa a la sociedad y a la comunidad del problema;
- Diagnosticar y tratar a las mujeres con lesiones cervicales preinvasivas;
- Asegurar un acceso fácil y un tratamiento eficaz de las lesiones precancerosas y del cáncer de cérvix;
- Recoger la información necesaria para determinar la eficacia del programa y los efectos de sus componentes por separado sobre los resultados y los inconvenientes;
- Asegurar un control de calidad de los exámenes citológicos realizados.

Tras la experiencia extraída de Finlandia, que fue el primer país de Europa que llevó a cabo un programa normalizado de cribado en el año 1963, solo pueden esperarse resultados del programa después de unos 10 o 15 años. En Noruega, el programa de cribado empezó hace diez años y se observa también una reducción de la incidencia del cáncer de cérvix.

El grupo diana de este programa son mujeres de entre 30 y 60 años de edad. Este grupo lo forman alrededor de 750.000 mujeres. El intervalo entre pruebas es de

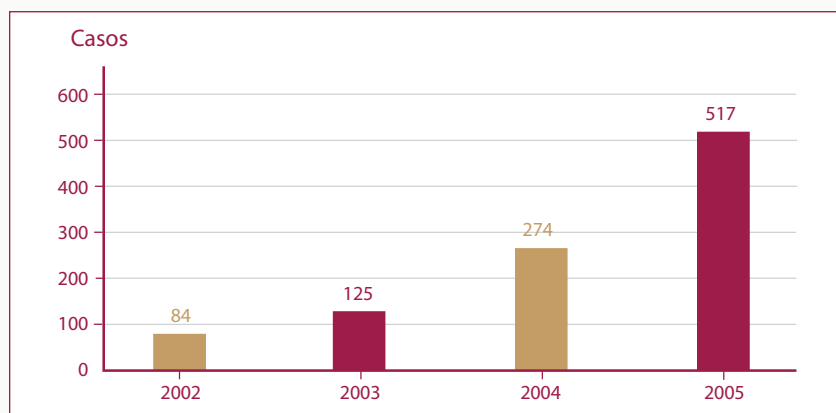


Figura 1. Evolución del carcinoma in situ



Figura 2. Evolución del carcinoma in situ y el cáncer invasivo

tres años y se espera examinar al 80% (unas 600.000) de las mujeres del grupo diana. La puesta en marcha del programa incluye una invitación a participar, una toma de frotis y una evaluación de los resultados de la prueba de Papanicolaou. La cita a las mujeres y su examen citológico no están centralizadas lo que proporciona aleatoriedad a este programa. El comité coordinador del cribado de cáncer de cérvix a nivel nacional, fue creado en el año 2004 por el Ministerio de Sanidad y está formado por especialistas en anatomía patológica, ginecología, medicina de familia y epidemiología. La función principal de este comité es revisar los resultados y asesorar para realizar los cambios pertinentes en las directrices si fuera necesario. La puesta en marcha del programa de detección sistemática dentro del sistema sanitario público proporciona un enfoque nuevo y racional para el cribado del cáncer de cérvix en países con bajos ingresos. En un año, el 90% de los centros sanitarios de atención

primaria se han unido al programa. Desde que se inició el programa, 267.000 mujeres han participado, un 38% del grupo diana. Desde el año 2003, se multiplican por dos los casos anuales de carcinoma in situ (figura 1). Es una muestra de la eficacia del programa y aporta cierta esperanza para el futuro. El cociente entre casos de carcinoma in situ y cáncer invasivo era de 0,1 antes del inicio del programa. En los dos últimos años la situación ha cambiado. En el año 2005, el cociente entre casos de detección precoz de cáncer de cérvix y cáncer invasivo superaba la unidad (Figura 2). Esta relación es de cinco o diez en países donde la detección precoz funciona adecuadamente. Desde que se inició el programa, se han diagnosticado 176 casos con signos citológicos de carcinoma (0,07%), 2.865 casos de lesión escamosa intraepitelial de alto grado (H-SIL) y carcinoma in situ (1,07%) y 2.048 casos de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (L-SIL) (0,77%).

Tabla 1. Cambios en el reembolso realizado por el Fondo Nacional para Pacientes, en euros (€)

	2004	2006
Información /citas	0,43	0,71
Toma de muestras de Pap	1,57	2,11
Análisis de las muestras de Pap	3,49	4,00
Desde septiembre del año 2006:		
Protocolo de realización de la biopsia	–	11,11
Análisis histológico	–	16,69

Los primeros años de experiencia denotan que el programa sigue teniendo un componente oportunista. El éxito del programa depende en gran parte del número de visitas al médico o la médica de cabecera, de su actividad y de la experiencia del equipo. Es necesaria la presencia de una persona cualificada en la toma de frotis para el Papanicolaou. En este último año el Fondo Nacional para Pacientes ha realizado cambios y ha creado dos servicios nuevos, un protocolo para la realización de las biopsias (11,11 €) y los análisis histológicos (16,69 €).

Infección por los tipos de VPH de alto riesgo en mujeres de zonas rurales y urbanas

En Lituania, el programa de cribado del cáncer de cérvix se basa en la citología. Se está considerando, como prevención primaria el uso de las vacunas profilácticas y evitar o reducir los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad.

Los cambios observados en las tasas de incidencia y de mortalidad por cáncer de cérvix en Lituania, muestran la utilidad de la evaluación de la prevalencia de la infección por VPH y sus factores de riesgo en la aplicación de la prevención primaria y secundaria. Durante los años 1998 a 2001 se realizó un estudio de cohorte prospectivo que analizó la prevalencia, la persistencia y los factores de riesgo de las infecciones por VPH. Se examinaron mujeres en edad reproductiva tanto en zonas rurales como urbanas (3). El objetivo de este estudio era determinar la prevalencia, la persistencia y los factores de riesgo de la infección por los VPH oncogénicos de alto riesgo entre las mujeres en edad reproductiva que acuden a la consulta de ginecología tanto en las zonas rurales como en las urbanas. Los datos se obtuvieron de ocho centros de salud. Se analizó el ADN de los VPH mediante el método de hibridación molecular (captura

híbrida II) identificando de esta manera los VPH oncogénicos de alto riesgo. Participaron 1.120 mujeres en el estudio. La prevalencia de VPH de alto riesgo en las mujeres participantes fue del 25,1% y se observó que era mayor entre las mujeres de zonas urbanas que entre las de zonas rurales.

Se observó que la prevalencia de VPH de alto riesgo era mayor entre las mujeres con más de una pareja en los últimos 12 meses (OR-2,81; 95% IC 1,83-4,32), de 19 años de edad o menores (OR- 2,68; 95% IC 1,47-4,91), fumadoras (OR- 1,81; 95% IC 1,16-2,81) y con estudios secundarios o inferiores (OR-1,43; 95% IC 1,01-2,04). Lógicamente, esta infección se asociaba con lesiones escamosas intraepiteliales de grado alto o moderado en el cuello de útero (OR- 1,66; 95% IC 1,08-2,53).

Se comprobó que las mujeres jóvenes y de escasa formación eran el grupo más expuesto al VPH. Por lo tanto, parece que la intervención de los sistemas sanitarios y la educación son indispensables en los programas de reducción del cáncer de cérvix. Como las participantes en el estudio eran mujeres que pedían cita voluntariamente a su ginecóloga o ginecólogo, la prevalencia en toda la población puede ser diferente por lo que es necesario realizar un estudio poblacional. Tras un estudio poblacional de grandes dimensiones que determine la distribución de los tipos de VPH, podría ser útil un programa nacional de cribado para los VPH de alto riesgo o un plan de vacunación nacional. Es muy importante que las mujeres entiendan el problema y se esfuercen por estar sanas para luchar contra esta enfermedad.

Referencias bibliográficas

1. Bray F, Sankila R, Ferlay J, Parkin DM. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 1995. *Eur J Cancer* 2002; 38: 99-166.
2. Aleknaviciene B, Smailyte G, El-Aawar B, et al: Cervical cancer: recent trends of incidence and mortality in Lithuania. *Medicina* 2002; 38(2):223-230.
3. J.Kurtinaitis, G. Smailytė, J. Rimienė, V. M. Cigriejienė, A.Laurinavičius. Detection of cervical cancer and precancerous lesions in 2001 - 2003 in Lithuania. *Medicinos teorija ir practice*. 2005. Nr. 2. P. 99-102.

Daiva Vaitkiene

[daiva.vaitkiene@kmuk.lt]

Profesora asociada en Obstetricia y

Ginecología

Departamento de Ginecología

Oncológica

Dept. de Obstetricia y Ginecología,

Universidad de Medicina de Kaunas

Miembro del Comité de

Coordinación del Control del Cáncer

de Cérvix

SITUACIÓN ACTUAL DEL CONTROL DEL CÁNCER DE CÉRVIX EN POLONIA

Aunque el cáncer de cérvix es una de las pocas neoplasias malignas que se pueden prevenir, sigue siendo uno de los cánceres más frecuentes en las mujeres polacas. A pesar de la disponibilidad de las pruebas de Papanicolaou desde hace ya muchos años, la falta de un programa nacional normalizado de cribado tiene como consecuencia unos resultados epidemiológicos desfavorables. En los programas de detección anteriores, la deficiente cobertura se debía a una falta de información y conocimiento, tanto de las y los profesionales de la sanidad como de las mujeres, sobre la necesidad de los exámenes de cribado. Se espera que la puesta en marcha a finales de 2006 de los programas normalizados de detección junto con la introducción de las vacunas frente a los tipos oncogénicos del virus del papiloma humano (VPH) mejore considerablemente las estadísticas del cáncer en los próximos años.

El problema del cáncer de cérvix

Según los últimos datos (1) obtenidos en 2003, se diagnosticaron 3.439 mujeres y murieron 1.825 de cáncer de cérvix en Polonia. Estos datos indican que el cáncer de cérvix es la quinta enfermedad más frecuente y la séptima más letal entre las mujeres polacas. A pesar de la reducción de la incidencia de la enfermedad en los últimos 40 años, otros países europeos presentan, para este problema, soluciones más eficaces. Polonia y Dinamarca tenían una TMAE por 100.000 mujeres similar en los años 1970, pero las medidas preventivas tomadas en Dinamarca han conseguido reducir los casos de enfermedad en los últimos 35 años. Hoy en día, la TMAE del cáncer de cérvix en Polonia es prácticamente el doble que en Dinamarca. La alta incidencia de cáncer de cérvix y la alta tasa de mortalidad por su causa se deben a una tasa de detección baja de las lesiones precancerosas y a un diagnóstico tardío de los cánceres invasivos.

Los programas de cribado mediante prueba de Papanicolaou en Polonia

En Polonia es fácil acceder a la prueba de Papanicolaou, el problema radica en la escasa afluencia y en la falta de un seguimiento completo. Estas son las principales causas de la alta mortalidad por cáncer de cérvix. Existen tres caminos posibles para someterse a la prueba de Papanicolaou: en centros de ginecología que tienen acuerdo con el Fondo Nacional

de Salud para realizar el programa de cribado, en centros de ginecología que tienen acuerdo con el Fondo Nacional de Salud para prestar servicios ginecológicos en general y, en centros de ginecología privados. Aunque el desarrollo del programa de cribado nacional está totalmente controlado, no se conoce el número de pruebas de Papanicolaou realizadas fuera del programa. Existen además factores que dificultan el control de la frecuencia y calidad del servicio fuera del programa de cribado.

A finales de los años noventa y principios de este siglo, existieron programas esporádicos de cribado locales pero eran ineficaces desde el punto de vista nacional. El programa de cribado nacional se inició en 2004 y se llevó a cabo prácticamente sin cambios hasta finales de 2006, que fue cuando se realizó la gran reforma. En los primeros tres años el programa estaba inactivo (oportunista) y tenía una cobertura muy baja (Tabla 1). A finales de 2005 y en 2006, la Sociedad de Ginecología Polaca dirigida por el profesor Marek Spaczynski modificó el programa, por lo se espera para los años 2012-2014 una mayor eficacia del mismo y una reducción de la incidencia y de la mortalidad del cáncer de cérvix (2). Una vez cada tres años, toda mujer polaca entre los 25 y los 69 años de edad asegurada por el Fondo Nacional de Salud y que no se ha sometido a un examen de detección en tres años, recibirá una cita personal para la prueba de Papanicolaou. El Fondo Nacional de Salud enviará las citas e informará de los centros de ginecología más cercanos donde, a través del programa de cribado, se realizarán las pruebas de Papanicolaou de manera gratuita. Las mujeres con mayor riesgo de padecer cáncer de cérvix (aquellas con antecedentes de infección por VPH, las que están en tratamiento para el cáncer de cérvix o lesiones precursoras o las inmunodeprimidas) deberán visitar a su ginecóloga o ginecólogo al menos anualmente. En el verano de 2006 se elaboró una base de datos general que utilizaron los centros de detección desde principios del año 2007. Esto permite un control del desarrollo del programa. Las pruebas de Papanicolaou se realizan en miles de lugares diferentes del país (3). Los frotis de Papanicolaou se procesan y analizan en laboratorios de anatomía patológica, que cumplen con la función de analizar anualmente un mínimo de muestras y de realizar un control de calidad. Los resultados se presentan según la clasificación de Bethesda y en el sistema de

identificación de Papanicolaou. En caso de resultado positivo en la prueba, las pacientes se derivan para una colposcopia, para comunicarle el diagnóstico final y para el tratamiento. Los resultados de la colposcopia/histología se pueden registrar en una base de datos. El programa de cribado está coordinado por 16 centros regionales y un centro de coordinación central. Además de controlar el programa de cribado, estos centros inspeccionan y auditan al personal del programa. No obstante, la principal función de los centros de coordinación es aumentar la cobertura y la asistencia al programa. La puesta en marcha del programa de cribado viene apoyada por una campaña de promoción realizada por los medios de comunicación sobre la prevención del cáncer de cérvix. La información se divulga a través de anuncios en la radio y la televisión, folletos, carteles y debates en directo con público que participa en el programa y con profesionales de la sanidad.

Por el momento, el mayor problema es la baja cobertura del programa de cribado. Parece que sólo el 10-20% de las muestras de la prueba de Papanicolaou recogidas anualmente en el país se procesan dentro del programa, esto complica la situación. El resto se recogen y analizan en centros de ginecología privados que no tienen acuerdo con el Fondo Nacional de Salud para realizar el cribado. De esta manera, las mujeres examinadas en estos centros no quedan registradas en la base de datos y se desconoce el número, la frecuencia y la calidad de estas pruebas. Además es imposible realizar un seguimiento completo de los resultados positivos. La organización del programa están intentando encontrar una solución a esta situación, esencialmente para que puedan quedar registradas todas las pruebas de Papanicolaou que se realicen.

¿Representará la vacunación contra los tipos oncogénicos del VPH un gran progreso en la prevención de cáncer de cérvix en Polonia?

Desde 2006 está disponible en el mercado farmacéutico polaco (y europeo) la primera vacuna frente al VPH, factor causal del cáncer de cérvix. La vacuna del segundo fabricante estará disponible seguramente en los próximos meses. La administración de las tres dosis de vacuna frente al VPH tipo 16 y 18 a mujeres jóvenes antes del inicio de su actividad sexual, logra una reducción del 70% del riesgo de contraer esta neoplasia en el curso de su vida. Se cree que la administración de la vacuna a mujeres sexualmente activas puede ser beneficiosa, aunque la eficacia sería ligeramente menor.



Marek Spaczyński



Jan Kotarski



Andrzej Nowakowski



Witold Kędzia

Tabla 1. Cobertura del programa de cribado del cáncer de cérvix en Polonia

Año	2004	2005	2006 (primeros ocho meses)
Número aproximado de mujeres elegibles para el cribado	9.000.000	9.000.000	9.000.000
Número aproximado de mujeres sometidas a la prueba de cribado en el programa	160.000	290.000	245.000

Debido a los costes que representa, no parece que la vacuna contra el VPH forme parte del programa de vacunación en Polonia en un plazo breve, aunque se cree que podría ser una de las formas más eficaces de prevenir el cáncer de cuello de útero. Todavía no se ha estudiado la posible respuesta de la sociedad polaca frente a la vacunación contra el VPH. El uso de la vacuna por parte de la sociedad dependerá del conocimiento de sus beneficios y de la aceptabilidad de su precio. Se espera que sean las mujeres de clase socio económica alta, que conocen la necesidad de prevención del cáncer de cérvix y se someten a exámenes regulares de detección, las primeras en beneficiarse de la vacuna puesto que pueden permitirse pagar su precio. Por otra parte, existe el peligro de que las mujeres de clase socio económica baja, que desconocen el problema y acuden poco o nada a las revisiones ginecológicas periódicas, no se vacunen debido al gasto que representa. Es difícil predecir cómo reaccionarán los padres y las madres de niñas de 10 a 12 años ante el coste de una vacuna contra una enfermedad de transmisión sexual para sus hijas. Por lo tanto, pensamos que la vacuna debe ser publicitada y comercializada como una solución contra el cáncer y no contra una infección de transmisión sexual. Si el Sistema Nacional de Salud no subvenciona la vacuna, se deben buscar fuentes de financiación alternativas, principalmente para grupos de clase socio económica baja que son los de mayor riesgo de padecer cáncer de cérvix. En algunas regiones, las instituciones locales intentan encontrar recursos para vacunar a las clases más pobres como por ejemplos las niñas de los orfanatos.

La vacunación frente al VPH se llevará a cabo por tres grupos de especialistas: de pediatría y medicina de familia (que se encargan de la mayoría de las inmunizaciones obligatorias y recomendadas) y ginecología (responsables de la prevención secundaria del cáncer de cérvix en Polonia). Las y los especialistas en pediatría y medicina de familia llevarán a cabo la vacunación de niñas jóvenes mientras que las ginecólogas y ginecólogos

se encargarán de las adolescentes y mujeres mayores. Es primordial informar a estos tres grupos de especialistas de la importancia del problema del cáncer de cérvix y de los posibles beneficios de la vacuna frente al VPH. Se espera una gran demanda de personal experto para orientar a las y los profesionales de salud en cuanto a indicaciones, limitaciones y eficacia del uso de las vacunas. Debido a que la vacuna no proporciona una protección del 100% es muy importante continuar con las pruebas de Papanicolaou en las mujeres vacunadas. Algunos datos procedentes de modelos matemáticos realizados en países más desarrollados, indican que se podría aumentar el intervalo de tiempo entre cada prueba en mujeres vacunadas. La opinión de los autores es que aun es demasiado pronto para introducir estas recomendaciones en Polonia, donde todavía es muy escasa la conciencia de la sociedad sobre la importancia de las pruebas de cribado y la cobertura del programa es baja. La divulgación de la posibilidad de aumentar el intervalo de tiempo entre cada prueba de Papanicolaou podría llevar a engaño y a pensar que las mujeres vacunadas quedan totalmente protegidas frente al cáncer de cérvix. Además, aun se deben extraer conclusiones de la eficacia de la vacuna a largo plazo.

No obstante, tanto la introducción de un programa de detección activo como la campaña de promoción de la vacuna en los medios de comunicación por parte de sus fabricantes, conseguirán que la sociedad polaca esté informada del problema del cáncer de cérvix. Sin embargo, queda por determinar el impacto de la vacunación en la incidencia y la mortalidad del cáncer de cérvix en las próximas décadas y esto dependerá principalmente de la capacidad económica para vacunar a todas las mujeres polacas.

Referencias bibliográficas

1. Wojciechowska U, Didkowska J, Tarkowski W, Zatoski W. *Nowotwory Z?oliwe w Polsce w 2003 rok*. Centrum Onkologii: Warszawa, 2005.

2. <http://www.gpsk.am.poznan.pl/ptg/rekomendacjaszyjka.htm>
3. <http://www.rakszykimacicy-profilaktyka.pl>

Marek Spaczyński

[m.spaczyński@op.pl]
 Jefe de Departamento de Ginecología Oncológica
 Universidad de Medicina de Poznan, Polonia
 Director del Centro Nacional de Coordinación de la Detección Activa del Cáncer de Cérvix
 Primer Presidente de la Sociedad de Ginecología Polaca

Jan Kotarski

[j.kotarski@am.lublin.pl]
 Director del Departamento Principal de Ginecología,
 Universidad de Medicina de Lublin, Polonia
 Director del Centro Regional de Coordinación de la Detección Activa del Cáncer de Cérvix de Lublin
 Presidente de la Sociedad de Ginecología Polaca

Andrzej Nowakowski

[wok@spsk1.lublin.pl]
 Departamento Principal de Ginecología,
 Universidad de Medicina de Lublin, Polonia
 Centro Regional de Coordinación de la Detección Activa del Cáncer de Cérvix de Lublin

Witold Kędzia

[witold.kedzia@poczta.fm]
 Departamento de Oncología Ginecológica
 Universidad de Medicina de Poznan, Polonia
 Director del Centro Regional de Coordinación de la Detección Activa del Cáncer de Cérvix de Poznan

PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA NACIONAL TRATAMIENTO Y LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE

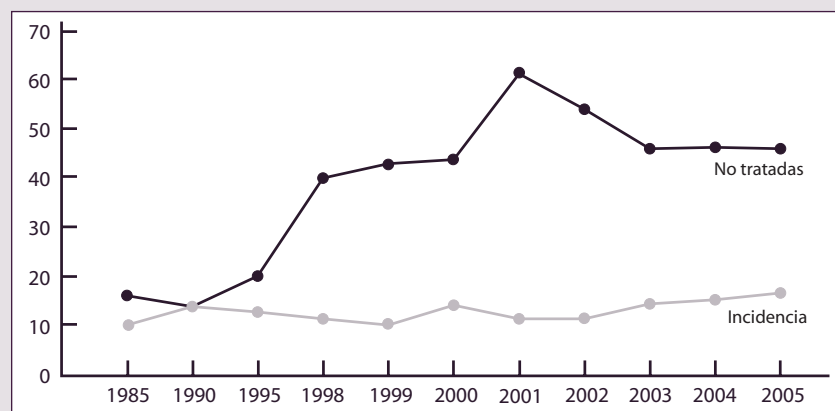
El cáncer es la tercera causa de morbilidad entre las mujeres en Armenia. La prevalencia del cáncer de cérvix está en segundo lugar, entre las neoplasias malignas del sistema reproductor. En primer lugar se encuentra el cáncer de mama. En Armenia, en los últimos diez años, la incidencia del cáncer de cérvix osciló en un rango de 11-14 por 100.000 mujeres. En la Federación Rusa la morbilidad del cáncer de cérvix es 15,94 por 100.000, en Letonia 25,09, en Francia 11,1 y en Finlandia 5,2 (1). Sin embargo, en los últimos años se observa una tendencia al aumento de la mortalidad provocada por cáncer de cérvix. En el año 2001, la incidencia de cáncer de cérvix era 10,9 por 100.000 mujeres, esta cifra aumentó hasta llegar al 13,8 y 14,4 en los años 2004 y 2005 respectivamente (2). Además, se han doblado los casos detectados de enfermedad no tratada en estadio avanzado (véase Figura 1).

También cabe destacar, que en Armenia las neoplasias malignas, y en particular el cáncer de cérvix, se diagnostican, actualmente, entre una población más joven que en años anteriores. De hecho, uno de cada cuatro casos (27% de casos) aparece en mujeres de entre 25 y 35 años, lo que complica aun más el problema. El aumento de la tasa de morbilidad puede ser debido a la alta prevalencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS), al descenso en la utilización de los servicios sanitarios, a la falta de una estrategia médica científica para su prevención y tratamiento y al poco conocimiento del problema por parte de la población.

En 2004, con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP), se llevó a cabo una encuesta a 2.650 mujeres entre 18 y 49 años para conocer la prevalencia del cáncer de cérvix y de las ITS (3). Se concluyó que la prevalencia de gonorrea es muy baja, solo 11 casos del total de las 2.650 mujeres, en cambio, una de cada 10 mujeres presentaba infección por clamidia. La prevalencia más alta de infección por clamidia se observó en el grupo de mujeres entre 29 y 33 años (13,8%) y la más baja en el grupo entre 18 y 23 años de edad (8,8), no observándose diferencia significativa entre mujeres de zonas rurales y urbanas.

La necesidad de la prevención del cáncer de cérvix es bien conocida y se refleja en diversas políticas gubernamentales como el informe de la estrategia para reducir la pobreza, la estrategia de protección de la salud maternoinfantil y el programa nacional para mejorar la posición de la

Figura 1. Incidencia de cáncer de cérvix en Armenia, 1985-2005



Datos procedentes del Ministerio de Sanidad de la República de Armenia

mujer y su papel en la sociedad para los años 2004 a 2010.

En el marco del Acuerdo de Colaboración Bidual de los años 2004-2005 entre el Ministerio de Sanidad Armenio y la Oficina Regional de la OMS, se desarrolló una estrategia nacional y un programa de prevención del cáncer de cérvix. En marzo de 2005 se organizó un encuentro de orientación donde participaron personas expertas de la OMS y durante el cual se presentó un análisis de la situación del cáncer de cérvix, se desarrolló un plan de acción, se elaboraron los principales puntos de las directrices nacionales y se creó un grupo de trabajo.

Programa nacional para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención del cáncer de cérvix en Armenia en los años 2006 a 2015 (4)

Los objetivos del programa son la disminución de la morbimortalidad debida al cáncer de cérvix, el diagnóstico precoz y tratamiento eficaz de las lesiones precancerosas y la mejora de la calidad de vida de las mujeres con cáncer. El programa nacional de control del cáncer de cérvix incluye los siguientes componentes:

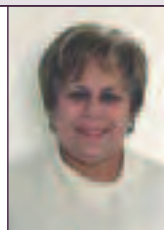
- Prevención primaria.
- Detección precoz gracias a una mejora de la información de las mujeres y a un programa de cribado que funcione correctamente.
- Diagnóstico y tratamiento.
- Cuidados paliativos para los casos no tratados.

En base a las conclusiones del debate con personas implicadas de relevancia y debido

a la situación económica del país, se acordó la puesta en marcha de un programa de detección oportunista mejorado que sentará las bases para introducir en un futuro, en Armenia, un programa de cribado.

- Con la puesta en marcha del programa nacional contra el cáncer de cérvix en 2005, se desarrollaron directrices nacionales y módulos de programación y de formación que fueron revisados y autorizados por personal experto de la OMS. En 2006, el gobierno de Armenia aprobó realizar la prevención del cáncer de cérvix de forma gratuita, subvencionada por el estado como dictan las directrices nacionales.
- Actualmente se recomienda la detección oportunista a todas las mujeres de entre 30 y 60 años una vez cada tres años. Se están llevando a cabo muchas actividades para facilitar el acceso a las pruebas de cribado, como poner estas técnicas a disposición de las mujeres en los ambulatorios cerca de su lugar de residencia y en unidades sanitarias móviles utilizadas para la asistencia prenatal y equipadas para realizar este tipo de pruebas en zonas alejadas.
- En 2005, se adoptaron en Armenia la clasificación de Bethesda para la interpretación de las investigaciones citológicas y la clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) para el cáncer de cérvix. Asimismo, se incorporó formación para personal formador entre especialistas en citología, implicando a especialistas procedentes de Islandia. Se puso en marcha la mejora o la creación de laboratorios de anatomía patológica

PARA EL DIAGNÓSTICO, EL CÉRVIX EN ARMENIA, 2006-2015



Gayane Avagyan



Razmik Abrahamyan

regionales en todo el país para aumentar la calidad de todas las fases de las pruebas de detección del cáncer de cérvix, incluyendo la toma de muestra, su fijación, el transporte al laboratorio y su posterior análisis e interpretación.

El Ministerio de Sanidad de Armenia se encarga de suministrar a todos los ambulatorios el equipo necesario para realizar la detección del cáncer de cérvix y ha realizado una petición a las organizaciones internacionales para que colaboren con el país para lograr su objetivo. Durante los años 2005 y 2006, con el apoyo de la OMS, se preparó a un grupo nacional de personas formadoras, para instruir a los y las profesionales de la sanidad. A finales del año 2006 se completó el ciclo de formación de profesionales en todo el país. Para asegurar una continuidad a los esfuerzos realizados, se llevaron a cabo los cambios pertinentes en los programas universitarios y de postgrado.

Los elementos más importantes del programa de prevención y tratamiento del cáncer de cérvix son el aumentar la concienciación de la población sobre la prevención de esta neoplasia y la necesidad de su detección, facilitar el acceso a los servicios sanitarios, promover un estilo de vida sano y la monogamia mutua, no fumar, practicar el sexo seguro y prevenir las ITS. Sin embargo, en el estado actual, es prioritario involucrar a los y las líderes de la comunidad, a las organizaciones no gubernamentales y a los y las profesionales de la sanidad para que transmitan el mensaje a cada habitante de Armenia.

Seguimiento

El criterio de evaluación y seguimiento sugerido es el siguiente:

- Porcentaje de mujeres que participan en el programa de cribado.
- Porcentaje de mujeres con cáncer de cérvix preinvasivo e invasivo que han sido tratadas y reciben seguimiento posterior.
- Porcentaje de muestras de baja calidad que no ofrecen la información necesaria.
- Porcentaje de muestras con resultado falso negativo (a través del control de calidad interno).
- Porcentaje de muestras con resultado falso positivo (a través del control de calidad interno).
- Correlación entre los porcentajes de análisis citológicos e histológicos.
- Verificación del porcentaje de muestras normales y patológicas con respecto a los datos del país y de otros países.

Tabla 1. Resultados esperados del programa

Indicador	2005	2010	2015
Tasa de incidencia	13,8/100.000	Reducción del 30%	Reducción del 50%
Tasa de mortalidad	8,6/100.000	Reducción del 25%	Reducción del 50%
Porcentaje de pacientes no tratadas	47%	Reducción del 50%	Reducción del 70%
Porcentaje de cobertura del programa de cribado	–	50%	80%
Porcentaje de falsos negativos	–	Reducción del 25% con respecto al año 2006	Reducción del 60%

OJO OJO OJO OJO falta traducir

Se espera que con la puesta en marcha del programa nacional de diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer de cérvix en Armenia (2006-2015) se demuestre que esta enfermedad es prevenible, que se puede realizar un diagnóstico precoz y se puede tratar de manera adecuada y que no debería ser causa de mortalidad en las mujeres del siglo XXI (véase tabla 1).

Dificultades

En el proceso de puesta en marcha del programa se plantearon varios problemas:

- Los fondos aportados por el gobierno para realizar las pruebas de Papanicolaou son todavía demasiado escasos.
- La implicación de las mujeres y su motivación para cuidar de su salud sigue siendo escasa.
- La calidad del análisis de las pruebas de Papanicolaou de algunos laboratorios necesita control y mejora.
- El análisis de las pruebas de Papanicolaou en algunos laboratorios se prolonga demasiado.
- El conocimiento y comprensión sobre la prevención del cáncer de cérvix es insuficiente (tanto en la sociedad como entre los y las profesionales sanitarias)
- Los medios de comunicación (televisión, radio, prensa...) no están suficientemente comprometidos en alcanzar los objetivos del programa nacional para el diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer de cérvix en Armenia
- Continúan siendo insuficientes, en los servicios de atención primaria, las prestaciones médicas de prevención del cáncer de cérvix.

Referencias bibliográficas

1. WHO/Europe, *Health For All Database*, January, 2005
<http://www.euro.who.int/hfdb>
2. Base de datos, Ministerio de Sanidad de la República de Armenia,
<http://www.armstat.am>
3. *A clinical and Epidemiological study of the prevalence of the cervical pre-cancer /cancer and sexually transmitted diseases*. FNUAP, MDS de Armenia, Yerevan, 2005, p.100.
4. *National program on diagnosis, treatment, and prevention of cervical cancer in Armenia, 2006-2015*, Yerevan, 2005, p.15.

Gayane Avagyan

[arm01@netsys.am]

Especialista Principal de la Salud Materno Infantil
Ministerio de Sanidad de Armenia

Razmik Abrahamyan

[arm01@netsys.am]

Miembro de la Academia Nacional de las Ciencias de Armenia,
Consejero del Ministro de Sanidad
Director del Centro Republicano de Perinatología, Obstetricia y Ginecología
Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología
Ministerio de Sanidad de Armenia

EL CRIBADO DEL CÁNCER DE CÉRVIX ES EFICAZ

Caso de Finlandia

El cribado del cáncer de cérvix puede ser muy eficaz. El grupo de trabajo del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) concluye que un programa de cribado bien organizado previene más del 80% de las defunciones y de los nuevos casos de la enfermedad. La finalidad de este artículo es examinar la información disponible sobre los resultados del programa de cribado y sobre cómo se ha organizado, además de estudiar las nuevas técnicas alternativas que están emergiendo para el control del cáncer de cérvix en Finlandia (uno de los países donde mayor impacto ha tenido el programa de cribado poblacional).

Efecto del programa de cribado

En Finlandia (con una población de cinco millones de habitantes), se introdujo el programa de cribado a principio de los años 60, al comienzo de los años 70 se extendió por todo el país con una cobertura muy alta entre los grupos de edad diana. Al comparar las tasas antes y después de la puesta en marcha del programa, se observa una disminución de las tasas de incidencia y de mortalidad ajustadas por edad del 75%-85% (véase Figura 1). Actualmente, la tasa de incidencia ajustada por edad es aproximadamente 4,0/100.000 mujeres por año.

Actualmente aparecen unos 160 nuevos casos cada año y se producen alrededor de 60 muertes debido a esta enfermedad. De acuerdo con las tendencias de años anteriores y los datos poblacionales, se calcula que en la actualidad, en torno a 300 muertes son evitadas cada año gracias al cribado del cáncer de cérvix. Se observa un ligero aumento en las mujeres de entre 25 y 39 años de edad (aunque las cifras se mantienen bajas) (Figure 2).

Cabe destacar, la baja tasa de mortalidad entre las mujeres menores de 50 años de edad.

Gracias al programa de cribado las tasas de cáncer se han reducido considerablemente. Con el seguimiento de las mujeres participantes se ha demostrado que la disminución del riesgo se dio sólo en las mujeres incluidas en el programa. Las tasas de incidencia y de mortalidad se mantienen muy bajas entre las mujeres que han participado en el programa. Actualmente se toman otras muestras además de las analizadas estrictamente en el programa, pero parece que la eficacia final del proceso no es tan alta como en las del programa de cribado normalizado. En total, se calcula que aproximadamente un 98% de las mujeres incluidas en el grupo diana se han sometido al menos una vez en su vida al examen citológico.

Además, hoy en día existen sistemas de auditorías regulares para los estudios de seguimiento a mujeres examinadas y no examinadas en el programa de cribado. Los registros del programa se cruzan regularmente con los registros de cáncer y, en caso de cáncer invasivo diagnosticado tras un resultado negativo en el programa, las muestras, junto con un par de muestras control, se vuelven a analizar. Esta es una herramienta eficiente para localizar y corregir los posibles errores y las posibles dificultades en el diagnóstico. En la

actualidad se recomienda la relectura programada de las muestras (por ejemplo en las directrices sobre garantía de calidad de la Unión Europea).

Puesta en marcha del programa de cribado

Con la ayuda de un registro de población, se cita cada cinco años a mujeres de entre 30 y 60 años de edad para participar en el programa de cribado del cáncer de cérvix. Algunos municipios comienzan la detección en mujeres de 25 años de edad. Las pruebas se realizan de manera gratuita, están financiadas con el fondo de atención primaria de cada municipio. Generalmente, personal de enfermería especializado o matronas toman las muestras en centros de atención primaria u otros centros sanitarios.

Existen alrededor de 15 laboratorios de anatomía patológica en todo el país contratados por los ayuntamientos para formar parte del programa (en el mes de julio se calculó que la población finlandesa ascendía a 5.231.372). Se informa a las mujeres de los resultados mediante correo postal (incluso en caso de resultado negativo). Hay un 72% de participación y de éstas mujeres un 1% son remitidas para una colposcopia u otro tipo de estudio. Cada año se realizan aproximadamente unas 200.000 pruebas a mujeres en el programa y, dependiendo de la región, alrededor del 0,3-0,5% se diagnostican y tratan de lesiones precancerosas. Si el resultado es dudoso, aproximadamente un 7% de los casos, se vuelve a realizar la citología al cabo de un año.

Además de la alta calidad del servicio, cabe destacar del programa de cribado finlandés el elevado cumplimiento y el seguimiento sistemático o el tratamiento para las que lo necesiten. Prácticamente no se producen pérdidas cuando las mujeres son remitidas para confirmación del resultado, lo que se puede controlar utilizando los sistemas de registro del programa.

Dificultades en el cribado

Se ha comprobado que los programas de cribado bien organizados son eficaces. Sin embargo, se observa una gran variación en los métodos en función de los países. Principalmente, los países ricos (también en Finlandia), presentan una gran cantidad de «sobrecarga» oportunista de los servicios mientras que una parte de la población no se ha sometido a ningún examen. Estos



Ahti
Antilla

fallos en la cobertura del programa tienen como consecuencia una menor eficacia. Por otro lado, existen países (por ejemplo entre los nuevos miembros de la Unión Europea o en proceso de serlo) que tienen muchos menos recursos sanitarios y presentan tasas de enfermedad muy altas con escasos o ningún cambio en las tasas de cáncer de cérvix. Estos países tienen una gran necesidad de un programa de cribado. La cuestión es, ¿cuánta igualdad se puede alcanzar entre las mujeres europeas?

Está claro que en Europa se necesita mejorar la organización y el acceso a las pruebas de detección. Esto resulta importante puesto que un programa de cribado bien organizado es rentable. Además de los métodos citológicos tradicionales, están emergiendo técnicas de detección novedosas. Incluso si la citología clásica aporta buenos resultados, los métodos alternativos como la prueba del virus del papiloma humano (VPH) pueden introducir una mayor sensibilidad para identificar cambios precancerosos. La utilización de las pruebas del VPH puede ser beneficiosa en zonas donde la calidad de las pruebas tradicionales presenta dificultades. A pesar de esto, aun no se conocen las tasas de cáncer de cérvix tras realizar este tipo de pruebas. Pronto estarán disponibles los resultados de los primeros estudios de seguimiento de lesiones precancerosas graves o de otras de mayor gravedad (NIC3+) y parecen prometedores.

Actualmente, en Finlandia, aproximadamente el 10% de los exámenes en el programa de cribado son pruebas del VPH primarias. Se han introducido este tipo de pruebas utilizando un diseño aleatorio de evaluación individual. Los primeros resultados han mostrado que la prueba del VPH es muy sensible. Por otro lado, la prueba del VPH identifica una mayor cantidad de lesiones leves que pueden remitir de manera natural sin diagnóstico ni tratamiento, por lo que, se reduce el número de pruebas del VPH realizadas a lo largo del tiempo. Serían suficientes 3 o 4 visitas al centro de ginecología, evitando acciones innecesarias y reduciendo los costes. Quedan por evaluar los resultados a largo plazo de los estudios de seguimiento y determinar la validez de las pruebas del VPH y la frecuencia necesaria para una protección óptima.

La asistencia a los exámenes de cribado ha sido bastante baja en el grupo de mujeres de entre 25 y 35 años de edad. Sigue siendo un reto aumentar la participación de este grupo.

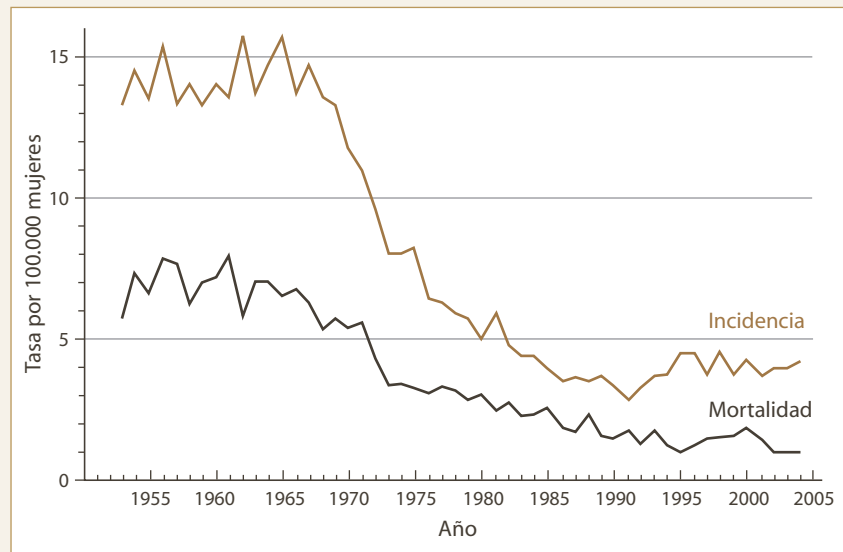


Figura 1. Tasas de incidencia y mortalidad del cáncer de cérvix en Finlandia (1953-2004), ajustada por edad a la población mundial. (Registro finlandés del cáncer).

Aún se desconoce la eficacia de las vacunas contra el VPH

Los primeros resultados sobre la eficacia de las vacunas contra el VPH formadas por partículas similares a virus han sido excelentes. Las vacunas han logrado prevenir casi el 100% de las infecciones persistentes debidas a un tipo específico de VPH y las lesiones NIC2+ causadas por un tipo específico de VPH. Se observó eficacia en aquellas mujeres con resultado negativo en las pruebas de ADN o serológicas para los tipos 16 y 18 del VPH. Se administró la vacuna a niñas y mujeres de entre 16 y 26 años de edad. Posteriormente, se realizó un seguimiento con visitas al centro de ginecología cada seis meses para determinar la presencia de lesiones precancerosas.

Debido a que tanto la nueva infección por VPH como la evolución natural del VPH y de las lesiones son diferentes en función de la edad, la eficacia de las vacunas probablemente, también será distinta dependiendo de la edad de la persona vacunada. En un informe de la agencia de drogas y alimentos de Estados Unidos se calcula que el efecto de las vacunas, sobre las lesiones NIC2+ de tipo específico, fue del 40% en las personas vacunadas en los estudios citados anteriormente, incluyendo las que presentaban resultados positivos para el VPH. No se observaron efectos en las que ya estaban infectadas por el VPH en el momento de la vacunación.

Es importante determinar la eficacia de la vacuna contra el VPH cuando se administra a niñas (posiblemente también a niños) antes del inicio de su actividad sexual. No se conoce de forma precisa la edad óptima para la vacunación y su utilidad en los varones. Actualmente, también en Finlandia, se están realizando estudios de gran amplitud que tienen como finalidad demostrar la eficacia poblacional de las vacunas frente a lesiones NIC3+ o similares. Se espera obtener los resultados de estos estudios en 5 o 10 años. El Instituto Nacional de Salud Pública, encargado de evaluar los programas de vacunación y otros programas dedicados a la salud sexual de adolescentes, empezará pronto a analizar la rentabilidad de estas vacunas.

Escenarios de prevención del cáncer de cérvix

Cuando se pensó estudiar las nuevas técnicas para la prevención del cáncer de cérvix hace aproximadamente diez años, sólo existían dos opciones disponibles y alguna más en fase de investigación. Desde entonces, la disponibilidad de nuevos métodos ha aumentado significativamente. Hoy en día, continúa la investigación biomédica intensiva. Al mirar con perspectiva de, por ejemplo, 10 o 20 años, el futuro para el cáncer de cérvix parece prometedor puesto que disponemos cada vez de más sofisticados marcadores para su diagnóstico y más alternativas de prevención y tratamiento.

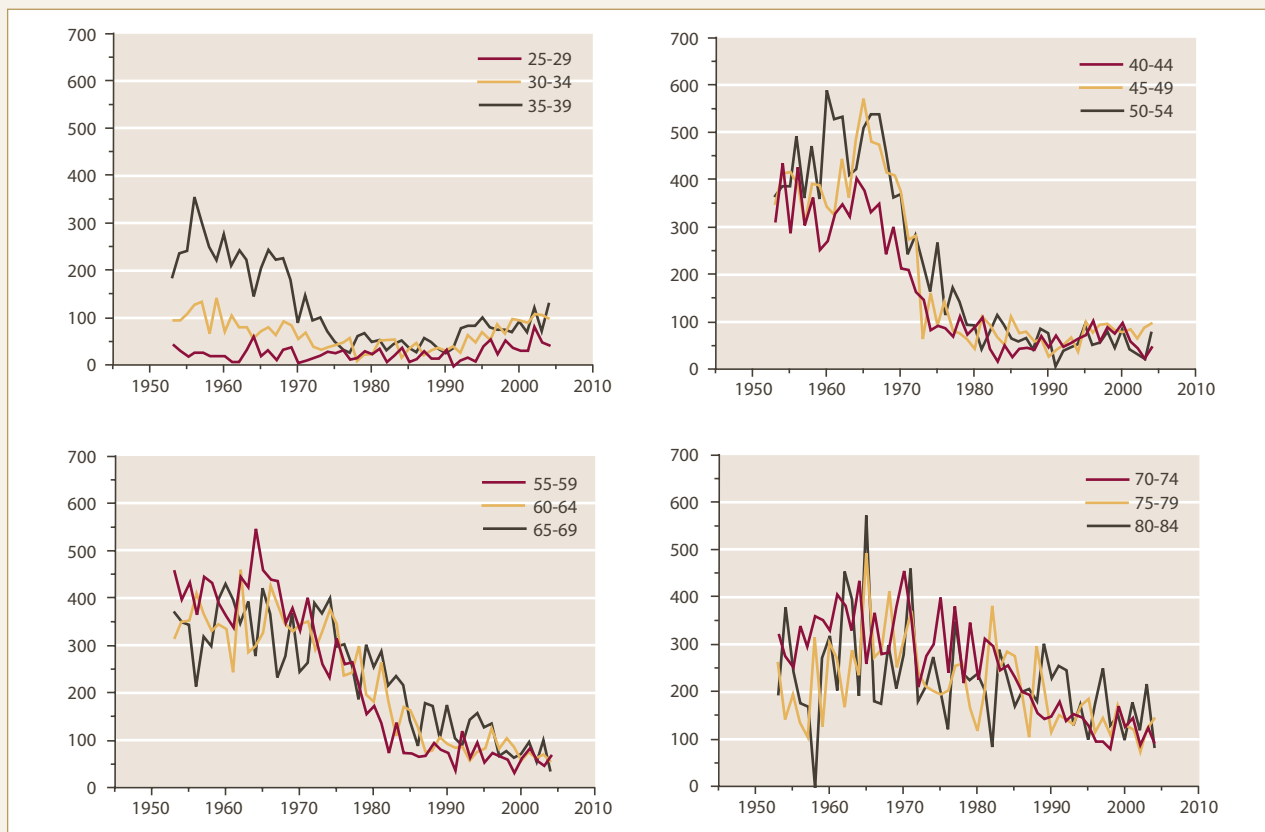


Figura 2. Tasa de incidencia específica por edad del cáncer de cérvix en Finlandia durante los años 1953-2004 (Registro finlandés del cáncer)

Incluso, aunque el método de cribado convencional sea eficaz, es razonable pensar que nuevas técnicas pueden añadirse a la prevención del cáncer. Sin embargo, para cualquier opción elegida, el beneficio adicional que pueda suponer para la prevención del cáncer de cérvix con respecto a otras técnicas es bastante pequeña. Puede que si se mira desde el punto de vista del coste-eficacia y la calidad de vida estas decisiones sean diferentes. Por lo tanto, la comparación entre la rentabilidad teórica y la práctica es imprescindible.

En un país que carece de programa normalizado de cribado, se pueden prevenir una mayor cantidad de cánceres de manera inmediata con la puesta en marcha de un programa normalizado de cribado que incluya tres o cuatro citologías o pruebas del VPH que si utilizan las vacunas preventivas. Las vacunas no sustituyen a las pruebas de cribado, pero pueden reducir su frecuencia y los tratamientos a largo plazo. Además, las vacunas pueden tener efectos sobre otras enfermedades inducidas por el VPH.

El objetivo principal para introducir alguno de los métodos expuestos

anteriormente debería ser la lucha contra el cáncer de cérvix. Por lo tanto, cada método debe ser estudiado independientemente de sus intereses comerciales. La prevención se debe introducir de forma organizada en las zonas donde exista necesidad.

Referencias bibliográficas

1. International Agency for Research on Cancer Cervix *Cancer Screening*. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 10. CIIC. Lyon 2005 (302 p.).
2. Anttila A, Ronco G, Lynge E, y col. Epidemiological guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. In: Arbyn M, Anttila A, Jordan J, y col. (Eds.) *European guidelines for quality assurance on cervical cancer screening*. 2 ed. Bruselas: Comunidad Europea; En prensa.
3. Anttila A, Hakama M, Kotaniemi-Talonen L, Nieminen P. Alternative technologies in cervical cancer screening: A randomised evaluation trial. *BMC Public Health*, 2006; 6: 252 (16 Oct 2006).
4. Lehtinen M, Herrero R, Mayaud P, Barnabas R, Dillner J, Paaonen J, Smith PG. Studies to assess the long-term efficacy and effectiveness of HPV vaccination in developed and developing countries. En: Bosch FX et al., (Eds.). *HPV Vaccines and Screening in the Prevention of Cervical Cancer*. Vaccine 2006; 24 Supplement 3: pp. 233-241.

Ahti Anttila

[ahti.anttila@cancer.fi]

Director de investigación del registro de cribado poblacional Registro de cáncer finlandés Helsinki

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Preguntas frecuentes relacionadas con la prevención del cáncer de cérvix y la vacuna contra el VPH



Gunta Lazdane

1. ¿Cuánto costará la vacuna?

Aunque la vacuna aun no está disponible en todas partes, donde ya se ha autorizado, su precio se sitúa en aproximadamente 75 euros por dosis (se necesitan tres dosis para obtener la protección total). Las empresas fabricantes han declarado su buena voluntad de ofrecer varios precios en función de los recursos económicos de cada país. El precio de la vacuna será prácticamente fijo y es un factor esencial para fijar el coste de los programas y decidir si el país se lo puede permitir.

Los costes de administración variarán probablemente en función del país y de la región. Muy pocos países tienen programas universales de asistencia sanitaria a preadolescentes y adolescentes. Se está estudiando la posibilidad de acceder a alternativas de financiación internacionales (por ejemplo a través de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización) que podrían subvencionar las vacunas en lugares con pocos ingresos hasta que los precios bajen y se estabilicen.

2. ¿Qué ocurre con la detección del cáncer de cérvix en los países donde la vacuna está disponible?

Es muy importante asegurar que permanecen disponibles tanto el cribado del cáncer de cérvix como el diagnóstico y el tratamiento para atender cualquier necesidad sanitaria en mujeres mayores. Las mujeres y niñas vacunadas contra el VPH necesitarán someterse a exámenes de cribado con la frecuencia recomendada por el programa nacional de cribado cervical, por ejemplo, generalmente, unos 10 o 15 años más tarde en mujeres vacunadas en la adolescencia. De la misma manera, las mujeres demasiado mayores para la vacunación o que ya han sido expuestas al VPH, deben someterse a pruebas de cribado de acuerdo con las directrices nacionales.

3. ¿Se debe realizar la citología para diagnosticar la infección por VPH o es suficiente con el cribado del VPH?

Seguramente quien realiza la pregunta quiso decir si es necesario realizar el cribado del cáncer de cérvix mediante citología o es suficiente realizar el cribado mediante la prueba de ADN del VPH. Según los estudios realizados, se recomienda la citología (ya sea la tradicional prueba de Papanicolaou o la citología en medio líquido) para programas de cribado del cáncer de cérvix a gran escala si los recursos son suficientes. Actualmente, sólo se recomienda la prueba del VPH como técnica de cribado primaria en proyectos experimentales o en otros con un seguimiento exhaustivo. Se pueden utilizar junto con examen citológico o de otro tipo donde los recursos lo permitan. No se debe iniciar el cribado mediante la prueba de ADN del VPH en mujeres mayores de 30 años de edad.

4. ¿Qué eficacia tiene la vacuna frente al VPH? ¿toda la vida? ¿Tiene una eficacia limitada?

Los datos publicados sobre la duración de la respuesta inmunitaria han sido de 54 meses para la vacuna bivalente (VPH 16, 18) y 60 meses para la tetravalente (VPH 6, 11, 16, 18). Cabe destacar que aun se desconoce si está o no correlacionado el resultado positivo en suero con la protección clínica. Los resultados preliminares de estudios en los que se ha administrado a las mujeres una cuarta dosis de la vacuna tetravalente cinco años después de la primera dosis, sugieren que la memoria inmunitaria es inducida por la vacuna contra el VPH. Se ha demostrado protección durante cinco años, frente a la infección persistente o, mediante valores ponderados, frente a la combinación de infección persistente y todas las enfermedades genitales. Este es el seguimiento más largo realizado hasta hoy. Se pretende determinar con proyectos futuros la duración exacta de la protección.

5. ¿Qué ocurre con los varones?

Potencialmente ambas vacunas podrían proporcionar beneficios puesto que previenen contra el VPH 16, 18 causantes de cánceres anogenitales. Si bien, en teoría, la vacunación de los hombres podría reducir la transmisión del VPH a las mujeres, los resultados preliminares de los modelos estudiados en Finlandia sugieren que, en contextos donde la cobertura de vacunación en mujeres es elevada, el beneficio adicional en términos de reducción del cáncer de cérvix, respecto del obtenido con la vacunación exclusiva de mujeres, es insignificante. Sin embargo, los modelos de estudio del beneficio de la vacunación masculina donde las coberturas de vacunación son moderadas todavía continúan.

6. ¿La vacunación sólo antes del inicio de la actividad sexual o también después? ¿Hasta que edad?

Para definir la población diana para inmunización, una consideración clave es que la infección por VPH se transmite por vía sexual y que habitualmente, se contrae en los primeros años tras el inicio de la actividad sexual. Por lo tanto, lo ideal sería que la vacuna se administrara antes de iniciar relaciones sexuales, es decir, antes de que se dé cualquier riesgo de exposición.

Está autorizado el uso de las vacunas contra el VPH en niñas y mujeres de entre 9 y 26 años de edad. Se ha observado que la vacunación produce porcentajes de seroconversión elevados en todos los grupos de edad estudiados. Pero la comparación de los estudios de inmunogenicidad de ambas vacunas (Merck, Gardasil y Glaxo Smith Kline, Cervarix) demostró una mayor capacidad inmunógena en jóvenes adolescentes que en mujeres mayores de 15 años. El rango de edad diana se especificará en las directrices nacionales para autorizar la comercialización.

También se están realizando ensayos para determinar los efectos de la vacuna en mujeres mayores de 25 años y en aquellas que están o han estado infectadas por el VPH tipos 16 o 18.

Artículos e informes de interés



Bosch, F.X., Cuzick, J., Schiller, J.T., Garnett, G.P., Meheus A., Franco, Wright, T.C. (Eds.) HPV Vaccines and Screening in the Prevention of Cervical Cancer, Vaccine, Volume 24, Supplement 3, August 2006. (www.elsevier.com/locate/vaccine).

Esta publicación reciente de «Vaccine» trata de manera general el problema de la prevención del cáncer de cérvix. Se divide en siete capítulos: (I) El VPH, un tema de vital importancia para la sanidad pública, (II) Cribado del cáncer de cérvix: qué se ha logrado y qué se puede lograr, (III) Vacunas preventivas contra el VPH, (IV) La integración de las vacunas y los programas de cribado, (V) Aspectos de salud pública relacionados con la introducción de la vacuna contra el VPH, (VI) Necesidades y oportunidades en la investigación para la prevención y vacunación contra el VPH y (VII) resumen.

Anttila, A. y col., Cervical Cancer screening programmes and policies in 18 European countries British Journal of Cancer (2004) Published online 27 July 2004.

El grupo de trabajo sobre epidemiología de la Red Europea de Cribado del Cáncer de Cérvix y el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) realizó una encuesta entre los meses de agosto y diciembre del año 2003 en 35 centros de 20 países europeos, con datos fiables sobre incidencia y/o mortalidad del cáncer de cérvix procedentes de una base de datos del CIIC y de la OMS. En este artículo se muestran los resultados de esta encuesta. 28 centros de 20 países diferentes completaron el cuestionario. Las tablas finales contienen información de 25 centros de 18 países diferentes.

Publicaciones y documentos recientes de la OMS



Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

Esta Guía tiene como objetivo ayudar a las personas responsables de la prestación de servicios destinados a aliviar la carga que el cáncer de cérvix representa para las mujeres, las comunidades y los sistemas sanitarios. Se centra en el conocimiento y las aptitudes que los y las dispensadoras de atención sanitaria de los distintos niveles asistenciales necesitan para ofrecer servicios de calidad para la prevención, cribado, tratamiento y cuidados paliativos del cáncer de cérvix. En ella se presentan directrices y recomendaciones actuales y basadas en la evidencia que abarcan el continuo de la atención. La guía se puede descargar de:

http://www.who.int/reproductive-health/publications/cervical_cancer_gep/index.htm



Preparación para la introducción de las vacunas contra el virus del papiloma humano: orientaciones normativas y programáticas para los países, Organización Mundial de la Salud y Fondo de Población de las Naciones Unidas, Ginebra, 2006.

Este documento de orientación se fundamenta en los resultados de las deliberaciones de una reunión consultiva técnica titulada “programas de salud sexual y reproductiva y de vacunación frente al VPH” organizada conjuntamente por el FNUAP y la OMS, que tuvo lugar en marzo. Su finalidad es informar a quienes tienen interés directo en los numerosos programas de salud sexual y reproductiva, inmunización, salud infantil y adolescente y programas de control del cáncer, sobre algunas cuestiones clave que plantea la próxima introducción de vacunas contra el cáncer de cérvix. El documento está disponible en español en: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/hpvpvaccines/text.pdf>

Human Papillomavirus and HPV vaccine: Key information for policy makers, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, publicado.

Este documento tiene como objetivo proporcionar a los y las profesionales de la sanidad información clave sobre el VPH, las enfermedades causadas por el VPH y las vacunas contra el VPH y reiterar lo publicado recientemente por la OMS y el FNUAP en su documento de orientación.



Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2006.

Invertir en la prevención y en el control de las enfermedades no transmisibles mejorará la calidad de vida y el bienestar de las personas y de la sociedad. En la Región Europea de la OMS, al menos el 86% de las defunciones y el 77% de las enfermedades están provocadas por este gran grupo de afecciones relacionadas a su vez con factores de riesgo corrientes, determinantes subyacentes y posibilidades de intervención. Un reparto más equitativo de los beneficios resultantes de intervenciones eficaces tendría mayor impacto y aportaría beneficios tanto económicos como sanitarios a



los Estados Miembros. Esta estrategia de orientación centrada en la acción y adoptada por el Comité Regional de la OMS para Europa en septiembre de 2006, promueve un enfoque integral e integrado para tratar las enfermedades en la región europea. La estrategia está disponible en:
http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1

Páginas web de interés



La Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU y los institutos nacionales de salud han creado Medline Plus, que contiene, entre otras cosas, una enciclopedia médica en internet. La sección del cáncer de cérvix contiene información de interés sobre el cáncer de cuello de útero y en particular unas excelentes ilustraciones explicando ciertos temas relacionados con esta neoplasia. Puede acceder a esta parte de la enciclopedia en la siguiente página web: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000893.htm>



La página web de la Asociación Europea de Cáncer de Cérvix es extremadamente útil para cualquier persona que necesite información sobre la situación del cáncer de cérvix en Europa. También es una página interesante para las pacientes puesto que contiene asesoramiento sobre la frecuencia de la prueba de cribado, los métodos de cribado, etc. Para más información visite: <http://www.ecca.info/webECCA/en/>



La página web de la OMS "Cánceres del aparato reproductor" proporciona las publicaciones de la OMS más recientes relacionadas con este tema. Para más información, visite: http://www.who.int/reproductive-health/pages_resources/listing_cancer.en.html

Próximos eventos



Taller internacional sobre el virus del papiloma humano y recomendaciones consensuadas para la prevención del cáncer de cérvix y la práctica de la colposcopia, del 18 al 21 de abril de 2007, Hotel Croatia, Dubrovnik-Cavtat, Croacia.

El objetivo de este encuentro es reunir a personas expertas en la prevención del cáncer de cérvix para presentar los últimos resultados de la investigación sobre cribado de esta enfermedad, las pruebas del VPH y las vacunas contra el VPH, comentar cómo estos resultados repercutirán en la prevención del cáncer de cérvix y formular las recomendaciones consensuadas para la puesta en marcha de estas nuevas tecnologías en el marco de los programas normalizados de cribado del cáncer de cérvix, denominados así por el Consejo de la Unión Europea. Para más información visite la página web siguiente: <http://www.irb.hr/hpvccp/>

«Mejorando la prevención del cáncer de cérvix en Europa», del 29 al 31 de Mayo de 2007.

El encuentro de la Región Europea de la OMS entre las personas responsables de la formulación de políticas y las responsables de gestionar los programas, tendrá lugar en los días 29 a 31 de Mayo de 2007 en Copenhagen. Allí, estarán invitadas tanto las personas representantes de los 53 Estados Miembros como los entes asociados internacionales. El objetivo general del encuentro es prestar asistencia a los países para la toma de decisiones en la prevención del cáncer de cérvix. Se prevé presentar y debatir las recientes publicaciones y estrategias de la OMS en relación con la prevención y el tratamiento del cáncer de cérvix así como la introducción de las vacunas en los diferentes países. También se ayudará a los Estados Miembros en el desarrollo de las políticas y programas nacionales relacionados con la introducción de las vacunas del VPH, dentro del contexto más amplio del control del cáncer y de la salud reproductiva.

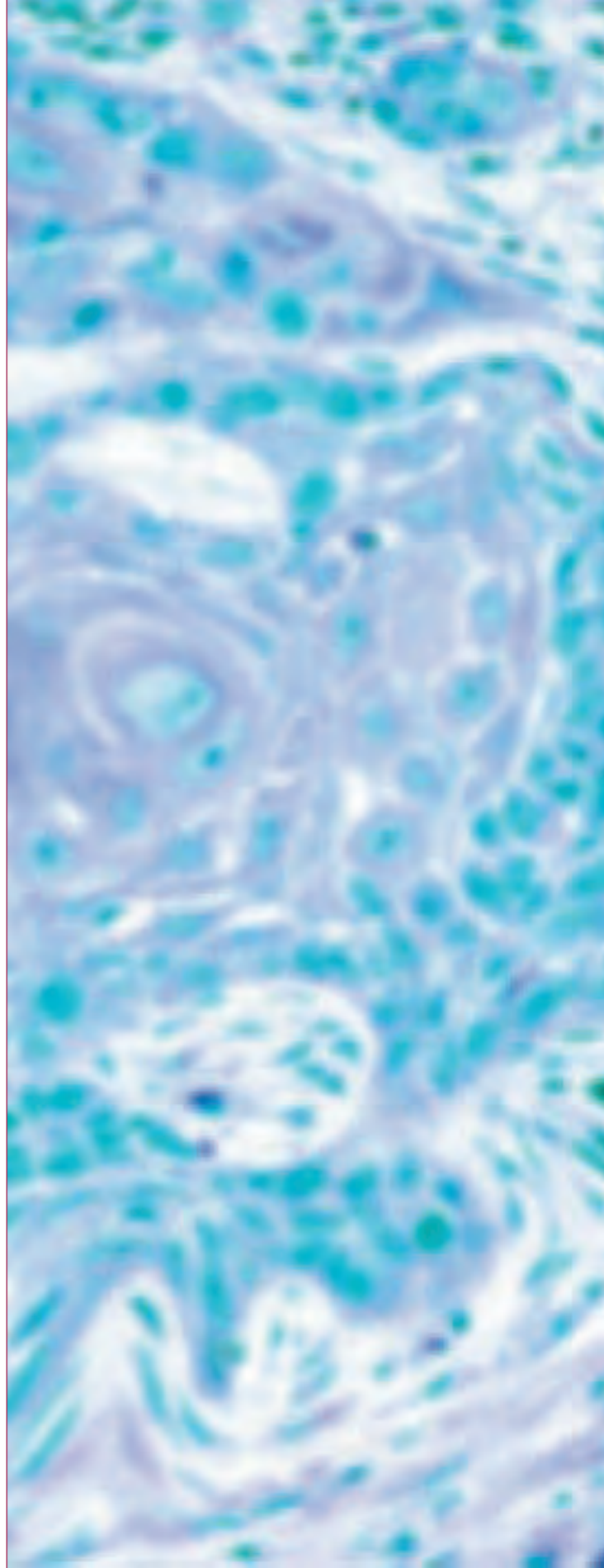


Séptimo Congreso de la Sociedad Europea de Ginecología, 10 de octubre de 2007, París, Francia.

Uno de los temas que se debatirán en el congreso será "Cáncer de cérvix en Europa: la polémica del cribado. Vacunación contra el VPH". Para más información: <http://www.seg-web.org/congseg/>

Entre Nous
Revista Europea
de Salud Sexual y Reproductiva

Oficina Regional Europea de la OMS
Programa de Investigación y Salud Reproductiva
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Dinamarca
Tel: (+45) 3917 1602 ó 1451
Fax: (+45) 3917 1818
[entrenous@euro.who.int]
www.euro.who.int/entrenous



Entre Nous