

Situación del cribado de cáncer de cérvix en España

Jose Antonio López García-Asenjo¹, Rosario Granados Carreño²

¹Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Guadalajara;

²Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid)

El cáncer de cérvix es uno de los más importantes problemas de salud en el mundo. Es el segundo más frecuente en las mujeres a nivel mundial, con estimaciones de 585.278 nuevos casos en 2010, de los cuales un 85.5% de éstos se produjeron en países en desarrollo. La incidencia del cáncer de cuello uterino es muy variable de unas regiones a otras y está íntimamente relacionada con el nivel de desarrollo de una población. En España es de 7,6 casos por 100.000 mujeres/año y se estima que en España se diagnostican aproximadamente unos 2.103 casos de cáncer de cuello uterino por año. Representa el séptimo tumor maligno más frecuente a nivel global, y el segundo cáncer más frecuente en mujeres de entre 15 y 44 años. Estos datos nos sitúan como uno de los países con menor incidencia de la Unión Europea, con una incidencia ligeramente superior a Finlandia y Malta y similar a la de Holanda y Grecia. También la tasa de mortalidad se encuentra entre las más bajas de Europa, similar a la de Holanda, Italia y Grecia y un poco más elevada que la de Finlandia y Malta.

A esto hay que añadir que la mortalidad del cáncer de cérvix podría cambiar en el futuro en España, debido a la inclusión en el calendario vacunal, en el año 2008, de la vacuna frente a dos serotipos del Virus del Papiloma Humano (VPH), agentes etiológicos de esta enfermedad.

Aun teniendo en cuenta la baja incidencia del cáncer de cérvix en España, no se puede obviar que afecta a mujeres jóvenes dando lugar a una morbilidad y a una mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable, que pone en evidencia la efectividad de nuestro sistema sanitario.

El cribado de cáncer de cérvix basado en la citología ha funcionado muy correctamente en los países en los que se ha aplicado. En el Reino Unido – con estrategia poblacional desde 1988 – se considera ha evitado 1 muerte de cada 65 mujeres británicas nacidas a partir de 1950. En los países que han adoptado políticas de cribado la reducción del impacto sobre la mortalidad en cáncer de cérvix se valoran en un 75% de reducción.

Los programas de cribado de cáncer de cérvix presentan, sin embargo, efectos indeseados, especialmente en forma de sobrediagnósticos y sobre-tratamientos en las lesiones intraepiteliales de bajo grado. Es aconsejable que los recursos diagnósticos y terapéuticos se centren en las lesiones de alto grado (CIN II – III) auténtica lesión preneoplásica. El diagnóstico de CIN I es 80-90% banal y no tiene impacto sobre la mortalidad. Sin embargo, 2 de cada 5 dólares que se gastan en USA en la prevención secundaria del cáncer de cérvix se destinan a diagnosticar, tratar y seguir CIN I. En España

se estima que el gasto anual producido por tratamientos de los 40.530 CIN I que se diagnostican suponen 45.212.380 €

PLANES DE CRIBADO

La estructura del cribado en España es mayoritariamente oportunista, salvo en la rioja y Castilla León. Estudios llevados a cabo en España como el del Instituto de Salud Carlos III a través de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en el 2002, el conocido como estudio "Afrodita" realizado por Puig-Tintoré y cols, y la experiencia de países de nuestro entorno en situaciones parecidas indican que a una parte de la población femenina se le somete a pruebas de cribado bastante o muy frecuentemente, mientras que a otro sector de la población jamás o muy ocasionalmente se le ha realizado una citología. Los datos sugieren además que el sector de menor riesgo es el que se somete a una frecuencia de cribado citológico superior a la recomendada.

TÉCNICA

En cuanto a la técnica mediante la que se realiza el cribado, la citología de Papanicolaou es la técnica de elección en prácticamente todas las Comunidades, si bien en algunas se combina la citología de Papanicolaou con la citología en fase líquida.

DETERMINACIÓN DE VPH

En cuanto a la determinación del VPH, en 5 Comunidades se está introduciendo la determinación del VPH en caso de mujeres cribadas inadecuadamente.

En 8 Comunidades se hace el test del VPH en función de los resultados de la citología (en caso de ASCUS) o en postratamiento quirúrgico.

En algunas Comunidades se incluye la determinación del VPH en poblaciones de riesgo, o a partir de los 35 años.

EDAD DE COMIENZO Y FINALIZACIÓN DEL CRIBADO

No existe acuerdo sobre la edad a la que las mujeres deben comenzar a someterse al cribado. El Consejo de Europa recomienda no comenzar antes de los 20 años, organizaciones como United States Preventive Task Force, American Cancer Society¹⁵ y American Congress of Obstetricians and Gynecologists a los 21 y el Consenso Español propone tres años después del inicio de las relaciones sexuales o a los 25 años. Incluso, como las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix son muy bajas por debajo de los 30 años y las desventajas de iniciar el cribado en mujeres más jóvenes son importantes (diagnóstico de lesiones intrascendentes expresión de infecciones por VPH, comunes a estas edades con un alto potencial de regresión espontánea) algunos autores comienzan a proponer un inicio del cribado más tardío. En España, en las Comunidades con cribado oportunista la forma más habitual de contacto entre las mujeres y el ámbito de realización de la prueba (atención primaria, planificación familiar y atención especializada) es mediante la solicitud de una revisión ginecológica por parte de la mujer o del ginecólogo. Existe variabilidad entre CC.AA. en las recomendaciones sobre los grupos de edad en que la mujer debe ser cribada mediante citología. La mayoría de programas incluyen mujeres de entre 25 y 65 años. Algunos protocolos recomiendan empezar en edades más tempranas, como los de Andalucía y Canarias.

La finalización del cribado parece ampliamente aceptado que se debe producir a los 65 años.

PERIODICIDAD DEL CRIBADO

La periodicidad del cribado es un tema igualmente muy relevante desde el punto de vista de costos y controvertido, así la International Agency for research on Cancer informó en 2005 de la suficiente evidencia de que la citología cervical realizada en un intervalo que oscile entre 3 y 5 años disminuye en un 80 % la incidencia de cáncer de cuello uterino en las mujeres de 35 a 64 años. Igualmente concluyó sobre la falta de evidencia para la recomendación del cribado anual. El Consenso Español 2006 opta por una citología anual los 2 primeros años y posteriormente cada 3 años, si estas son valorables y negativas.

IMPACTO DE LA VACUNACIÓN FRENTE A VPH

Las estimaciones actuales respecto a al impacto de la vacunación frente a HPV, orientan hacia un inicio más tardío del cribado, con intervalos más largos y con tasas de detección mucho más bajas, al disminuir los resultados citológicos anómalos de bajo grado.

REVISIÓN DE LOS PROGRAMAS DE CRIBADO

En 11 de las Comunidades Autónomas existen propuestas de cambio en el cribado a medio/corto plazo, algunas de ellas con intención de incluir la prueba de detección del VPH bien asociada a la citología o como técnica de cribado primario.

SITUACIÓN ACTUAL DEL CRIBADO

A fin de obtener un análisis de la situación actual del cribado en las diferentes CCAA desde el punto de vista de los profesionales de Anatomía Patológica, con motivo de la edición de este Libro Blanco 2013, se ha planteado una encuesta con datos básicos y que se ha distribuido entre patólogos de las diferentes Comunidades Autónomas.

1. En todas las CCAA se realiza cribado de cáncer de cérvix aunque no siempre hay un plan establecido y ordenado de cribado.
2. Existen solamente dos CCAA con programa de cribado poblacional, Castilla León y La Rioja. El resto en el momento actual sigue un cribado oportunista. En el Principado de Asturias se puede considerar un cribado mixto. Varias comunidades están valorando la instauración de programas poblacionales.
3. No hay registros verdaderamente fiables que nos permitan conocer el nivel real de cobertura. La respuesta de los participantes en la encuesta refleja cifras muy dispares entre 27,1 % hasta el 80%.
4. La forma mayoritaria de realización de cribado, en el momento actual es citología convencional. En Castilla-León, La Rioja, Catalunya se realiza citología líquida o no + test de HPV. En la mayor parte de las comunidades se realiza un test de detección de HPV de alto riesgo en casos de ASC-US. En el principado de Asturias se incluye esta determinación en mujeres con cribado inadecuado.
5. La determinación del test de HPV sólo se realiza siempre en los servicios de Anatomía según los datos de la encuesta en Castilla La Mancha, Catalunya, Extremadura. El resto de CCAA tienen diferentes plataformas que dependen de Anatomía Patológica o de Microbiología.

PREGUNTA	RESPUESTA	COMENTARIOS
Existe un plan de cribado de cáncer cervical en tu comunidad?	Si / No	
Es un plan de cribado oportunista o poblacional?	Oportunista/Poblacional	
Cobertura aproximada		
Cómo se realiza el cribado	a. Citología convencional b. Citología Medio Líquido c. Sólo test de HPV d. Citología+HPV e. HPV como cribado primario y citología en casos de alto riesgo	
El test de HPV se realiza en Anatomía Patológica?	Si/No/No siempre	
Edad de comienzo del cribado		
Edad de finalización del cribado		
Con qué periodicidad se repiten las citologías negativas		
Se realiza de forma centralizada:	Si/No	
En caso de centralización se realiza en centro públicos o privados		
En el programa se especifica si la paciente está vacunada o no, y que tipo de vacuna?	NO	

6. Edad de comienzo del cribado. Sólo seis comunidades se ajustan a las recomendaciones de la SEGO. La edad de comienzo del cribado se extiende desde el comienzo de las relaciones sexuales (Castilla La Mancha) ,los 20 años en Comunidad Valenciana y Andalucía hasta los 30-33 años en Catalunya y Extremadura.
7. Prácticamente todas las comunidades fijan el final del cribado a los 65 años. Algunas comunidades no establecen edad concreta de finalización del cribado.
8. Periodicidad. En este punto hay también grandes variaciones aunque el patrón que se adopta con más frecuencia es hacer dos citologías cervicales con un intervalo de un año y, si estas son negativas, la periodicidad entre las pruebas sucesivas será de tres años hasta los 35 años. Entre los 36 y 65 años si las citologías han sido normales y se dispone de test de HPV negativo, cada 5 años.
9. Centralización. Castilla León gestiona el programa a través de su consejería de Sanidad. Según los datos de la encuesta, en el momento actual no existe un plan de centralización aunque se contempla en planes futuros de cribado como refleja el País Vasco.
10. No hay datos muy significativos. En la comunidad de Castilla León, la determinación centralizada de HPV se realiza en centros públicos, mientras que la citología convencional se adjudica a centros privados por concurso.

11. En ninguna de las CCAA se especifica si la mujer ha sido vacunada y con qué tipos de vacuna.

CONCLUSIONES

A pesar de que hay suficientes argumentos desde el punto de vista puramente sanitario para favorecer el cribado poblacional frente al oportunista, habría que evaluar desde un punto de vista de economía sanitaria si existen las bases para la implantación de un cribado poblacional en España.

La situación actual del cribado es tremendamente heterogénea desde la población diana, las formas de cribado etc., y no parece lógico que en España coexistan 17 Guías de Recomendaciones, además de las de consenso y las importadas de otros países. La Sociedad Española de Anatomía Patológica y la Sociedad Española de Citología debería impulsar un estudio bien diseñado de la situación actual. Una vez concluido, deberían liderar una nueva guía de consenso de alto nivel científico y que aglutine nuestra realidad social, económica, administrativa y cultural y el estado actual del cribado de cáncer cervical.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Uso de la mamografía y de la citología de Papanicolaou para la detección precoz del cancer de mama y de cervix uterino en España. Madrid: AETS-Instituto de Salud Carlos III; Noviembre 2002.
2. Anttila A.: Description of the national situation of cervical cancer screening in the member states of the European Union. *Eur J Cancer*. 2009; 45: 2685 - 708. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15545969>)
3. Arbyn M.: European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second edition—summary document. *Ann Oncol* 2010; 21: 448 - 58.
4. Bray F.: Trends in cervical squamous cell carcinoma incidence in 13 European countries: changing risk and the effects of screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005; 14: 677 - 86.
5. Brinkmann, D.: Why do women still develop cancer of the cervix despite the existence of a national screening programme? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 119: 123 – 24.
6. Castellsagué X, Albero G, Martí D, Plà MJ, Fernández P, Bellovi C, et al. Prevención primaria: vacunas frente al virus del papiloma humano (VHP) para la prevención del cáncer de cuello uterino. En: de Sanjosé S, García, editores. *Virus del Papiloma Humano y Cáncer: Epidemiología y prevención*. Madrid: Sociedad Española de Epidemiología; 2006. p. 107-30.
7. Cortés J.: Estrategias de cribado del cancer de cuello uterino. *Prog Obstet Ginecol* 2005; 48 Supl 1: 228 – 30.
8. Dirección General de Atención Primaria. Mortalidad general y por causas en la Comunidad de Madrid, 2009. *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 2012; 18(3):3-39 Disponible en: (http://www.madrid.org/cs/Satellite?boletin=Si&c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142690618104&language=es&pageid=1265797458663&pagename=PortalSalud%2FCM_Publicaciones_FA%2FPTSA_publicacionServicios&site=PortalSalud&volver=Si)
9. Dirección General de Atención Primaria. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid. *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, año 2010; 17(10):4-36 Disponible en: (http://www.madrid.org/cs/Satellite?boletin=Si&c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142677793959&language=es&pageid=1265797458663&pagename=PortalSalud%2FCM_Publicaciones_FA%2FPTSA_publicacionServicios&site=PortalSalud&volver=Si)
10. IARC. Cervical cancer and screening. In: IARC: Cervical cancer screening. IARC Handbook of Cancer Prevention, Volume 10. Lyon (France):IARC Press; 2005. p. 1-57.
11. Instituto de Salud Carlos III, Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia de la Mortalidad por cáncer y otras causas. Disponible en: (<http://cne.isciii.es/morta/fTend.php>)

12. Pérez-Gómez B, Martínez C, Navarro C, Franch P et al.: The moderate decrease in invasive cervical cancer incidence rates in Spain (1980-2004): limited success of opportunistic screening?. *Ann Oncol* 2010; 21 Suppl 3: 63 – 68.
13. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid. Procedimiento para la normalización del cribado de cáncer de cérvix en Atención primaria. Madrid, 2010.

AGRADECIMIENTOS

Han colaborado en la encuesta: Mercedes Santamaría, Lucía González, Julio Velasco, Francesc Alameda, Mireya Prieto, Manuel Remezal, Javier Esquivias, Javier Sáenz de Santamaría, José Santos, José Ramón Antúnez, Irune Ruiz y Rosario Granados.