

Comunicación Científica Internacional

APLIQUEMOS NUESTRAS HERRAMIENTAS PARA PREVENIR EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO.



DRA CARMEN MARTÍNEZ SANTOS.

- Gineco-Obstetra Colposcopista
- Maestra en Gerencia de Salud para el desarrollo local UDIMEF 2
- "PRESIDENTA DE LA SOCIEDAD DE PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR Y COLPOSCOPIA GUAYAS, ECUADOR"
- Adscrita al Hospital Militar de Ecuador

www.colposcopia.guayas.com

RESUMEN

Las herramientas con las que contamos actualmente son las vacunas como prevención primaria, se está incorporando como una implantación fundamental y lo mas tempranamente posible de acuerdo a la disponibilidad y experiencias de cada región o países inmersos en programas de inmunización de acuerdo a la carga y coste beneficio para lograr la inmunidad esperada, el tamizaje diagnostico y tratamiento basado en la continuidad seriada de citologías con fuerte sesgo que seguirá siendo la piedra angular con o sin vacuna es la estrategia de control y prevención como programa de diagnostico precoz mejorando técnicas y abordajes a toda la población femenina con sexualidad activa, las herramientas tecnológicas como la colposcopia, biopsia y procedimientos mini invasivos nos ayudará a diagnósticos preventivo, predictivo y curativo dependiendo de la capacitación y entrenamiento de los colposcopistas. La tipificación que nos alerta la presencia del papiloma virus de bajo y alto grado es de valiosa ayuda biológica para la prevención, en la actualidad a tomado valoración diagnostica importante.

Palabras Claves: herramientas, primaria, secundaria, prevención

ABSTRAC

The tools with which they have currently are vaccines as primary prevention, is incorporating as a fundamental implementation and more early possible according to the availability and experience of each region or countries immersed in immunization programmes according to the burden and cost benefit to achieve expected immunity, screening diagnosis and treatment based on the serial of PAP with strong continuity bias will remain the cornerstone with or without vaccine It is the strategy of control and prevention program of early diagnostic improving techniques and approaches to all the female population with active sexuality, digital tools as the colposcopy, biopsy and procedures mini invasive help us preventive, predictive and healing diagnoses depending on the qualification and training of the colposcopistas. The criminalization that alerts us to the presence of papilloma virus of low and high grade is of valuable biological assistance for the prevention, currently taken valuation diagnosed with important

INTRODUCCIÓN.

En este siglo XXI estamos reforzados para prevenir el cáncer de cuello uterino, tenemos la prevención primaria y la secundaria.

La primaria desde hace 7 años en el Ecuador las vacunas están a nuestra disposición a sido un logro sin precedentes, sin embargo no estamos dando completa utilidad, será por su ingreso poco convencional debido al costo beneficio no todos los grupos sociales tienen el alcance para vacunarse y solo para quienes están en condiciones económicas. Actualmente no se dispone de cifras sobre la cobertura en la población vacunada, tampoco sabemos si se está realizando un seguimiento a este grupo, y el porcentaje de morbilidad y mortalidad esta en relación directamente proporcional.

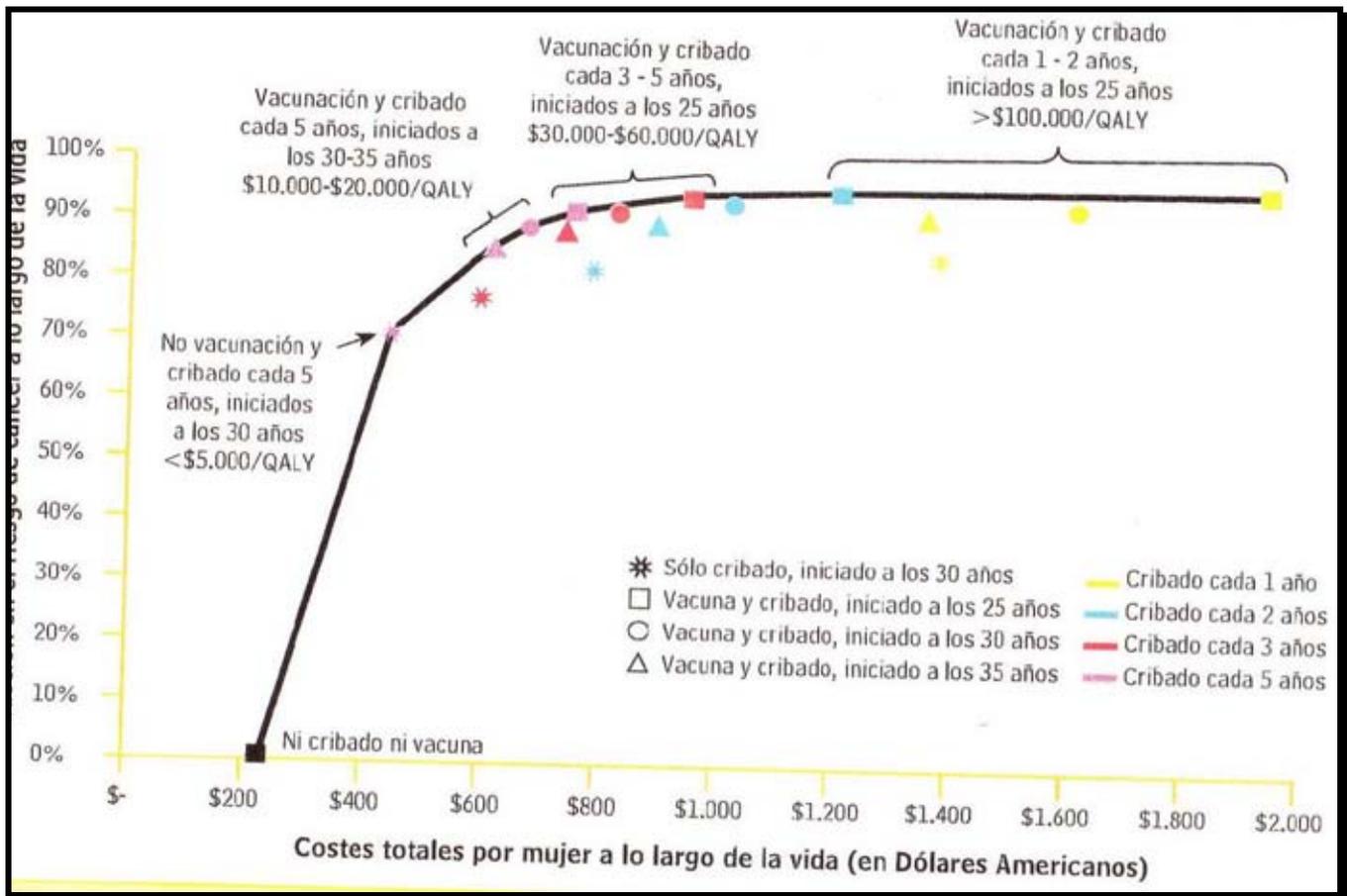
Prevención secundaria está a nivel y conocimiento de todo el personal médico y para médico inmerso en esta patología, no se está realizando los cribados convencionales adecuadamente en la población y la más afectada es la población rural, además no siempre las tomas citológicas son bien realizadas, sabemos a que edad debemos dar más atención, y controles adecuados, estamos trabajando también con colposcopias, biopsias, tipificaciones, todo esto es un verdadero enjambre, tenemos todas las herramientas de trabajo pero sin una directriz gubernamental no es posible trabajar adecuadamente no pudiendo obtener cifras fidedignas que nos ayude a mejorar, corregir algoritmos. Es el momento de realizar protocolos consensuados para optimizar todas nuestras herramientas de trabajo.

LA VACUNACIÓN COMO HERRAMIENTA PRIMARIA.

Las vacunas entraron al mercado en el momento que mas las necesitábamos, e ingresaron con tanto éxito que fueron víctimas de su costo beneficio, con esto queremos decir, que sus precios altos y la necesidad de vacunar a una población femenina tal vez tenía la urgencia de cubrir a toda la población, pero como en todos los países se inició con jóvenes que estaban muy preocupadas de su salud sexual, sin sembrar la necesidad que sean vacunadas las pre adolescentes sin vida sexual activa, jóvenes iniciando su sexualidad y mujeres propensas a contraer el virus, o evitar que el virus dañe el tejido, el abordaje era trabajar conjuntamente con el ministerio de salud, iniciar con las madres haciendo conciencia sobre prevención de cáncer de cérvix para sus hijas menores de edad y jóvenes que necesitaban vacunarse por prevención, con

un programa de cribado constante sin que sea este una herramienta bien manejada en países de recursos económicos bajos, no se puso el interés como de los países nórdicos de rentas altas y que tienen programas de salud bien establecidos, que es posible llevar a cabo seguimientos completos basados en registros de gran tamaño que utilizan número de identificación personal únicos así como programas organizados de cribados cervical por lo tanto los registro de todos los participantes de los ensayos de vacunación VPH a lo largo de muchos años, y análisis más detallados en la investigaciones post vacunación aportará para estadísticas más fidedignas.

Reclutaron 40.000 mujeres jóvenes el 50% en Finlandia, ya que los ensayos de Fase III se iniciaron antes de la implementación de la vacunación, se espera el cohorte centinela.



Con la vacunación no vamos a tener un resultado como se obtuvo después de la vacunación masiva de la rubéola que se realizó en nuestro país, en los países nórdicos tanto a chicas como a chicos fueron inmunizados esto constituye un buen ejemplo de la resistencia colectiva, en las infecciones comunes de transmisión sexual como el HPV, el efecto de la inmunidad colectiva es aún mayor debido al efecto concordante del comportamiento sexual.

Un modelo matemático basado en datos completos sobre el comportamiento sexual de los finlandeses y la ocurrencia de la infección por VPH 16 durante los últimos 20 años indica que la erradicación debería ser posible.

La cobertura del 70% ya lograda con la vacuna ayuda a proteger las nuevas cohortes frente a la infección del HPV16 y se prevé la erradicación por el 16 con cobertura del 90% de la población (típica de los programas nórdicos).

Después de haber sido vacunados los adolescentes 14 -15 años del 16 y 18 del HPV, en el 2008-2009, a partir de este año se evaluará la reducción de la prevalencia de las infecciones 16- 18 de alto riesgo entre los jóvenes de 18 años simultáneamente con un cribado para clamidias comparando a las comunidades que vacunan a las chicas y otras comunidades que vacunan a los chicos, otras que vacunan solo a la hepatitis B y otras hacen vacunación cruzada para que reciban todos los beneficios sanitarios. Más tarde tendrán que monitorizar si se está produciendo una sustitución del HPV 16 y 18 con tipos nuevos de alto riesgo como consecuencia del ensayo de implantación en curso. La protección de adolescentes, jóvenes protegidos será mayor a lo que se hubiera conseguido con la protección oportunista sola. De esta manera han conseguido una evaluación rigurosa de la efectividad de la vacuna debido a la inclusión en el programa de vacunación nacional.

Programa de cribado de la vacuna frente al VPH.

La inclusión en el programa debe ser cuidadosamente planificado y ver si en la práctica sirven para los objetivos fijados que es la erradicación del VPH 16 por ende disminución de morbilidad del 80 a 90%, y podríamos comparar grados de éxitos con los diferentes programas que existen en distintos países, los países nórdicos utilizan una metodología para monitorizar el impacto de la vacuna, en otros posiblemente sea diferente de acuerdo a la metodología y en la fase que se encuentren, y si pensamos en como estamos en nuestro país tendríamos que dar seguimiento primero el número de población de acuerdo a las ventas de los laboratorios y seguimiento pidiendo a las pacientes vacunadas para realizar cribados, misión muy difícil de manejar a nivel nacional por la forma como se ha vacunado a nivel privado y empresarial, no existe un sistema de vigilancia para por lo menos saber el número poblacional vacunado.

Estudio de cribado secundario

En el estudio de cribado secundario con lo que manejamos diariamente es la citología, colposcopia, biopsia que es el triaje ideal y tipificación si el caso lo amerita por su alto costo.

Comparando los países de rentas altas, no son los que tienen mayor cantidad de pacientes con atipias, en cambio la de bajo nivel socio económico siempre llevamos mayor número tanto por la falta de acceso limitado a los servicios de salud, casi el 80% de cánceres de cuello uterino se dan en los países en vías de desarrollo, pero el riesgo también es alto en subgrupos de países industrializados que carecen al acceso de cribado, al diagnóstico rápido y al tratamiento efectivo.

El cribado con citología en fase líquida y la prueba de VPH les han llevado a un diagnóstico predictivo pero no muy importante con la citología convencional (que tenemos en el país), esto es decir que puede existir el HPV pero sin presencia de coilocito, por lo tanto está presente el virus en el tracto genital pero no necesariamente ha producido cambios en el cuello uterino, la

colposcopia mas biopsia ratifica o rectifica el informe. Es importante no sobredimensionar la presencia de HPV vaginal sin que exista daño en el tejido en mujeres menores de 30 años, pero si son mayores a esta edad se ha visto que estudios realizados en varios países han puesto de manifiesto que la relación de detección del VPH como prueba de cribado primario ofrece una sensibilidad y un valor predictivo a la citología, con una pérdida relativa pequeña de especificidad.

En las Instituciones estatales, hospitales, y privados de nuestro país se maneja las herramientas esenciales como la colposcopia diagnostica quirúrgica biopsiando el tejido se obtiene resultados fidedignos que ayudan al tratamiento correspondiente. En dos extensos metaanálisis de 86 artículos la sensibilidad y la especificidad en cuanto a los resultados de normalidad versus anomalías en colposcopia es 96% y del 48% respectivamente, sin embargo en biopsias con anomalías visibles y en ausencias de anomalías del epitelio tomadas al azar el 37% del NIC II fueron diagnosticadas con esta técnica, por lo que se ha abordado las limitaciones de la colposcopia, la dependencia creciente a la técnica de detección del ADN del VPH en el triaje de bajo grado pone de relieve la colposcopia.

En estudios de campo en varios países como la India cuando no se tiene cercano un laboratorio hacen la prueba de ácido acético visual es forma de cribar en países de bajos recursos, llamado "cribar y tratar" seguido de crioterapia realizada por las enfermeras y comadronas formadas para tales efectos, lugares donde el médico no acude, reducía significativamente la incidencia de cáncer y mortalidad sobre todo en pacientes de 30 a 39 años la aceptación de mujeres fue alta, este procedimiento se está llevando a África y algunos países de América Latina. Así mismo varios estudios manejan electroquirúrgica con asa de (LEEP) por personal de nivel medio de hecho lugares que carecen de médicos. La OMS y otras organizaciones están animando a otros países a tomar estas estrategias de prevención según su infraestructura sanitaria. Este programa ayudaría a nuestra población Rural y en especial a lugares donde no visita el médico.

Figura 2

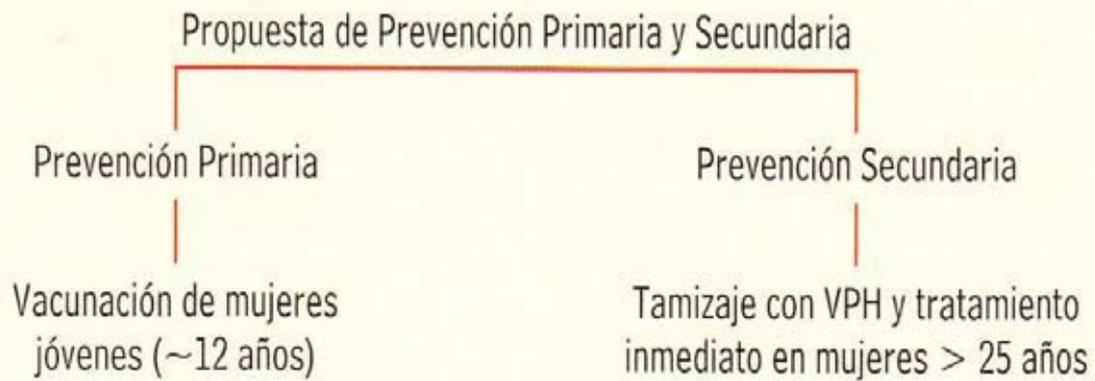
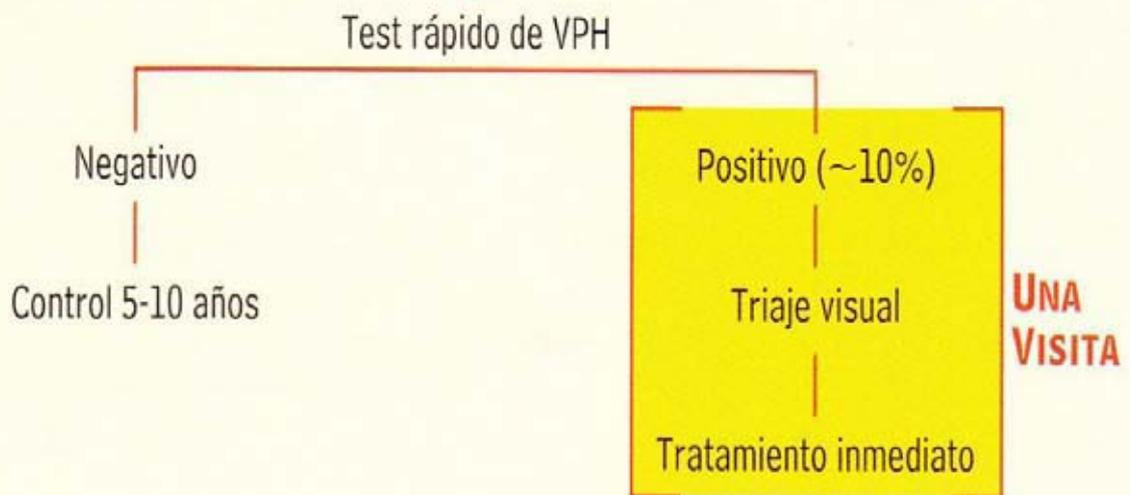


Figura 3



CONCLUSIÓN

Las vacunas como herramienta sanitaria principal, según los datos disponibles hace que seamos muy optimistas sobre la protección a largo plazo para prevenir lesiones premalignas y en consecuencia el cáncer de cuello uterino y con probabilidades que se produzca acción cruzada con otros tipos distintos a los incluidos en las vacunas, se espera que los grupos religiosos, y la necesidad que los profesionales y público en general tenga aceptación a la vacuna como prevención del VPH como carcinogénico, este

enfrentamiento a varios obstáculos no permite tener una evaluación tanto por costo beneficio, como por las limitaciones de conocimiento, a diferencia de otras vacunas que manejan los pediatras.

El manejo secundario iniciando con el cribado citológico que no se logra hasta la presente detectar adecuadamente atipias en su totalidad, la colposcopia, biopsias puntuales y aleatorias, procedimientos mini invasivos y el ADN del HPV sigue siendo las herramientas importantes para el

manejo del pesquisaje, detección para realizar procedimientos mini invasivos y con la colposcopia podríamos mejorar la precisión de la exploración colposcópica, intensificando el programa de acreditación de los colposcopistas. Después del pesquisaje de pacientes con NIC II y III existen varias intervenciones establecidas y algunas nuevas tienen la posibilidad de bajar las cargas globales del cáncer de cuello uterino, pero no son establecidas en forma estratégica o de mayor riesgo, incluyendo el asesoramiento para reducir

el riesgo sexual, fomento del uso de preservativo, cribado con citología y en especial retomar el programa que teníamos en los años 70 -80 donde se realizaban cursos de "Planificación

Familiar y detección temprana del Cáncer de Cuello Uterino", tratando de lograr introducir esta herramienta de "Cribar y tratar" en zonas Rurales, previo a un buen programa de acreditación.

BIBLIOGRAFIA:

1. Giraud N, Discacciati V, Bakalar K, Basualdo N y Dreyer C. Barreras para el rastreo de cáncer de cuello uterino en la Ciudad de Buenos Aires. Archivos de Medicina Familiar y General. Volumen 3 Número 2 – 2006. pp 7-21. Disponible en URL: http://www.famfyg.org.ar/revista/revista_famfyg/volumen3_n2/investigacion_01.pdf (último acceso 14/06/08)..
2. González de Dios J, Buñuel Álvarez JC. Las conclusiones de los metaanálisis financiados por la industria farmacéutica deben ser interpretadas con precaución. Evid Pediatr. 2007;3:6.
3. Kim JJ, Goldie SJ. Cost effectiveness analysis of including boys in a human papillomavirus vaccination programme in the United States. BMJ. 2009;339:b3384.
4. Taira AV, Neukermans CP, Sanders GD. Evaluating human papillomavirus vaccination programs. Emerg Infect Dis. 2004;10:1915-23.
5. CDC's Advisory Committee on Immunization

- Practices (ACIP). Summary report, Atlanta, Georgia [en línea][fecha de acceso: 15-I-2011]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/acip/downloads/min-jun09.pdf>
6. Martínez-González MA, Carlos S, De Irala J. Vacuna contra el virus del papiloma humano: razones para el optimismo y razones para la prudencia. Med Clin (Barc). 2008;131:256-63.
7. Koutsky L, and the Future II study group. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions. N Engl J Med 2007;305:27
8. Matti Lehtinen y Joakim Dillner. National Public Health Institute, Finlandia; WHO HPV LabNet Global Reference Laboratory, Universidad de Lund, Malmö, Suecia
9. Bosch FX y cols. HPV Vaccines and Screening in the Prevention of Cervical Cancer. Vaccine 2006; 24(suppl3)