



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/088.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Prevención del cáncer de cérvix en los adolescentes**
Autores **María Irma Sánchez Casal, María José Mata Saborido, Dolores Rivas Macías**
Centro/institución **Centro de Salud Fuengirola Oeste y Boliches. Distrito Sanitario Costa del Sol.**
Ciudad/país **Málaga, España**
Dirección e-mail **irmasanchez@telefonica.net**

RESUMEN

Antecedentes: El virus del papiloma humano (VPH) es una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más común. Según la OMS, el 99% de los cánceres de cérvix y anogenital están producidos por algún tipo de VPH. Los adolescentes cada vez inician las relaciones sexuales a edades más tempranas, lo que incrementa la posibilidad de contraer ITS como el VPH y desarrollar posteriormente un cáncer de cérvix. Con la elaboración de este trabajo pretendemos establecer las medidas de prevención primaria y secundaria más efectivas para la prevenir y controlar el contagio del VPH en adolescentes, evitando así el futuro desarrollo de un cáncer de cérvix.

Metodología: Búsqueda bibliográfica en bases de datos: Medline, CINAHL, PubMed, Cochrane Library, Scielo y Joanna Briggs Institute, sitio web de la OMS entre los años 2000-2014.

Resultados: La Evidencia Científica pone de manifiesto la falta de conocimientos de los jóvenes sobre el cáncer de cérvix y su relación con el VPH. Debemos centrarnos en la prevención primaria antes del inicio de las relaciones sexuales: educación sexual para prevenir las conductas de riesgo, proporcionar información sobre el VPH como principal agente causal del cáncer de cérvix, mecanismo de transmisión, etc. Y vacunación para el VPH. Dentro de la prevención secundaria encontramos la citología, seguimiento y control de las lesiones precancerosas.

Conclusiones: La Educación sanitaria de los adolescentes acerca del cáncer de cérvix, junto con la vacuna del VPH (Prevención Primaria) son las medidas más efectivas para disminuir la incidencia del cáncer de cérvix y, disminuir también, el gasto socio-sanitario asociado.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

El virus del papiloma humano (VPH) es una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más común. Según la OMS, el 99% de los cánceres de cuello de útero y anogenital están producidos por algún tipo de VPH (1).

Se conocen más de 100 tipos de papilomavirus humanos, a los cuales podemos clasificar en oncogénicos y no oncogénicos. Aproximadamente el 50% de las lesiones de alto grado y los carcinomas están asociados a infección por el VPH 16 y un 10% al VPH 18; éste último está asociado con mayor frecuencia al cáncer invasor que a las lesiones precursoras. Una fracción considerable de las infecciones por VPH es autolimitada. Los VPHs de tipo 6/11 rara vez se encuentran en lesiones neoplásicas y cursan con infecciones clínicamente visibles, denominadas condilomas acuminados (CA), verrugas genitales y papilomatosis respiratorias recurrentes. Ocasionalmente, las infecciones por VPH se transmiten de la madre al recién nacido abocando a infecciones del tracto respiratorio superior (2).

En relación al VPH, la percepción de riesgo que tienen los jóvenes es la vulnerabilidad percibida de considerarse en peligro o no de enfermar, que se expresa como el grado de conciencia que tiene un individuo sobre la probabilidad de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS) en una situación determinada (3).

Situación actual e impacto en la adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la adolescencia como la etapa de la vida que se desarrolla entre los 10 y 19 años de edad. En esta etapa se produce una interacción de los procesos de desarrollo biológico, psicológico y social en las personas que conducen a la madurez, están conformándose la identidad, la autonomía y el proyecto de vida (4).

Las características de la adolescencia que influyen en los comportamientos de riesgo (5) son: modificaciones corporales, necesidad de experimentación, apetencia por el riesgo, importancia del grupo de iguales y actuaciones en función de estereotipos.

Los adolescentes son muy susceptibles de infectarse por el VPH, ya que poseen en el cérvix una zona de transformación: epitelios inmaduros que están cambiando y tienen gran número de mitosis. Ahí es donde se establece el VPH a partir de las relaciones sexuales (6).

La prevalencia de VPH en la población general en mujeres se sitúa entre el 10-15% a partir de los 30-35 años, a nivel mundial. En España, la tasa media es del 3%, siendo inferior a la de otros países del mismo entorno. Los tipos más frecuentes son el VPH16, VPH31, VPH18. Las tasas de VPH son más altas en la población adolescente con una prevalencia de hasta el 82 %. Se observa una tendencia decreciente en función del nivel de formación alcanzado; a menor nivel de estudios mayor prevalencia de VPH (7).

En el mundo, el carcinoma de cuello uterino es el segundo tipo de cáncer que afecta con mayor frecuencia a la mujer, especialmente en los países con bajo desarrollo económico (8).

Cada año se producen en el mundo alrededor de 466000 casos nuevos de cáncer cervicouterino, que provoca la muerte de 231000 mujeres por año (7).

En España, mueren 2 mujeres al día por cáncer de cuello uterino, diagnosticando 2100 nuevos casos cada año y produciéndose 740 defunciones (9, 10).

En el cáncer de cérvix, las células normales se transforman gradualmente en cambios precancerosos. El cambio de precáncer a cáncer suele durar varios años, aunque en ocasiones puede durar menos de un año. Aproximadamente un 80-90 % son carcinomas de células escamosas (3).

Transmisión del VPH

El VPH se transmite por contacto piel con piel. Para la infección cervical se cree que es necesaria la relación sexual con penetración pero el VPH también puede infectar los genitales externos. Existen otros mecanismos de transmisión, como los dedos o compartir juguetes sexuales. También se puede transmitir la infección de madre a hijo en el parto, e incluso por cesárea, produciendo la papilomatosis respiratoria recurrente (11). El periodo de incubación del VPH suele ser de 2 a 3 meses. El periodo para la aparición de síntomas va desde pocos meses desde la infección (verrugas) hasta décadas (cáncer) (3). La citología o test de Papanicolau es la toma de muestras del fondo de saco rectouterino, exocérvix y endocérvix, pudiendo detectar la mayoría de lesiones preinvasoras antes de que progresen a cáncer. La Sociedad Americana del Cáncer en el 2003 recomendó comenzar el cribado cervical a los 3 años de iniciar las relaciones coitales o a los 21 años si empiezan antes, realizándolo anualmente y, tras 3 resultados negativos, se puede hacer cada 2 años (12).

Todo esto nos genera la necesidad de comprender cuáles son los métodos más eficaces para la prevención de la transmisión del VPH en los jóvenes, así como la captación precoz para realizar el cribado o citología cervical para la detección de células atípicas y prevenir así el cáncer de cérvix.

Objetivos

El Objetivo principal consiste en conocer las medidas de prevención primaria y secundaria más eficaces para evitar el cáncer de cérvix en los jóvenes.

Objetivos específicos:

- Establecer los principales factores de riesgo en el desarrollo del cáncer de cérvix.
- Destacar la importancia de la Educación Sanitaria en la adolescencia para prevenir las relaciones sexuales de riesgo y, por tanto, el riesgo de cáncer de cérvix.
- Conocer la asociación entre el VPH y el desarrollo de un cáncer de cérvix.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en el idioma español e inglés en las siguientes bases de datos: Medline, CINAHL, PubMed, Cochrane Library, Scielo y Joanna Briggs Institute, sitio web de la OMS. También se revisaron manuales, publicaciones y guías relacionadas con el tema. Las palabras claves utilizadas fueron: cáncer de cérvix, papilomavirus, infección de transmisión sexual, adolescentes, screening cervical, vacunación, conducta sexual y estrategias educativas. La búsqueda se realizó entre los años 2000-2014.

Resultados

La Prevención Primaria para el cáncer de cérvix se basa en: Educación para la salud y Vacunación contra el VPH.

Prevención Primaria

1. Educación Sanitaria

La adolescencia se considera una etapa decisiva para la adquisición y consolidación de estilos de vida y por ello, es determinante la educación y formación que recibieron desde la infancia. Los cambios físicos, hormonales y el periodo de la pubertad influyen en la imagen que el adolescente tiene de sí mismo, en su estado emocional y en su relación con los demás. Se produce la consolidación de la identidad, de su autonomía. La falta de comunicación y orientación sexual hace que los jóvenes busquen información entre sus amigos, lo que conlleva a tener relaciones sexuales a muy temprana edad sin protección, exponiéndose a un embarazo y a ITS como el VPH (13).

Según un estudio de UNAIDS, en el 2010, sólo el 40% de los jóvenes varones y el 36% de las mujeres tenían conocimientos adecuados sobre el VIH y las ITS, lo que nos muestra que los programas de educación sexual centrados en los adolescentes no son los adecuados (14).

En España, la principal fuente de información sexual en jóvenes son los medios de comunicación, seguido de los amigos, ocupando el tercer lugar el personal sanitario (15).

Una educación completa sobre ITS/VIH/sida puede tener mayor efecto cuando se introduce durante la adolescencia, cuando los rasgos del comportamiento sexual y conductas sexuales están conformándose y resultan más fáciles de modelar (16, 17).

En un estudio realizado por Stephenson (18), se encontró que el 60 % de los adolescentes y adultos jóvenes desconocen de los síntomas de las ITS/VIH, información que similar al estudio publicado por Cortés Alfaro (19).

Moreno M. señala la alta prevalencia de ITS en los adolescentes de 12 a 20 años, teniendo como denominador común la baja percepción del riesgo, centrándose los jóvenes en la idea de que ante una conducta de riesgo aparecerán de inmediato los síntomas si se ha infectado, por lo que continuará asumiendo esos riesgos al no constatar dolencias como resultado de su actuación.

Al analizar diversos estudios realizados en mujeres adolescentes negativas para el VPH, se observó que entre un 30-55% se positivizó en 1-3 años (20). Esto nos señala la necesidad de educación sexual como prevención, además de la realización de campañas de vacunación en niños y adolescentes antes del inicio de su actividad sexual.

La situación actual de las ITS en combinación con las conductas y actitudes de los adolescentes en la sexualidad provocan un mayor riesgo de cáncer y morbilidad en los jóvenes. Esto sólo se puede combatir con un incremento de la información; mientras más preparados estén mejor se enfrentarán a los riesgos. Cuando logren reconocer y aceptar las consecuencias de sus prácticas sexuales de riesgo, comenzarán a valorar las prácticas sexuales protegidas.

La Educación Sanitaria deberá comenzar precozmente, en adolescentes de 9 a 13 años. Debe ir centrada en la sexualidad, adaptada a la edad y cultura. Se debe proporcionar información sanitaria y advertencias acerca del consumo de tabaco, como factor de riesgo del cáncer de cérvix. Proporcionar preservativos entre los jóvenes que sean sexualmente activos. Es fundamental la concienciación de los jóvenes sobre las relaciones sexuales de riesgo, la infección por el VPH y el posterior desarrollo de cáncer de cérvix.

2. Vacunación

Las vacunas frente al VPH han demostrado una elevada eficacia y un buen perfil de seguridad para la prevención del cáncer de cérvix. Se han distribuido más de 50 millones de dosis en todo el mundo, lo que demuestra que las Autoridades Sanitarias de todos ellos avalan la vacunación frente al VPH. La vacunación protege frente a ciertos tipos de VPH responsables del 70% de todos los casos de cáncer de cuello uterino (y del 90% de los casos de verrugas genitales) (21).

Hay 2 vacunas contra el VPH autorizadas en nuestro país. Ambas actúan mejor si se administran antes de la exposición al VPH. El grupo destinatario recomendado por la OMS para la vacunación son las niñas de 9 a 13 años de edad, antes de que inicien las relaciones sexuales. La vacuna consta de 3 dosis: una primera dosis, la segunda a los 2 meses y la tercera a los 6 meses de la primera. Se recomienda un refuerzo a los 2 años (9).

Como estrategia de prevención del cáncer de cérvix, el programa de vacunaciones facilita la captación precoz de los adolescentes para proporcionarles información sobre el cáncer de cérvix y una correcta Educación para la salud para que adopten relaciones sexuales responsables y disminuir el riesgo de ITS. Para lograr una mayor vacunación se podría administrar la vacuna en las escuelas.

Prevención Secundaria

Se basa fundamentalmente en la citología vaginal y el control de las lesiones precancerosas. Se realiza para el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino y las lesiones precancerosas (22).

El objetivo de esta prueba consiste en encontrar los cambios de las células del cuello uterino que son precursores del cáncer, antes de que empiecen a causar síntomas, permitiendo así un tratamiento eficaz.

Deben realizarla una vez al año durante dos o tres años consecutivos, todas las mujeres que hayan iniciado su vida sexual, y si los resultados son negativos se repetirá cada tres a cinco años en caso de no haber factores de riesgo, hasta los 65 años. Si existen factores de riesgo el seguimiento tendrá que seguir siendo anual. Si el resultado es positivo, existen diversas opciones: realizar nueva toma después de seis meses o incluso realizar un examen llamado colposcopia (con tinción de la zona, que permite observar la lesión sospechosa in situ) y tomar biopsia. Un profesional de la salud es quien debe orientar al paciente, teniendo en cuenta todos los datos de la historia clínica (6).

Factores de riesgo para el cáncer de cérvix

El factor de riesgo más importante para desarrollar un cáncer de cérvix es la infección por el VPH, siendo esta asociación causa necesaria pero no suficiente, ya que no todas las infecciones por VPH persisten o progresan a carcinoma de cérvix (20). Los factores determinantes para que esta progresión ocurra son (1, 15):

- Factores dependientes del virus: tipo viral, persistencia de la infección en exámenes repetidos y carga viral.
- Factores ambientales: anticoncepción hormonal (5 años o más), paridad (5 gestaciones a término o más), tabaquismo, las relaciones sexuales antes de los 16 años (debido a los patrones de comportamiento sexual, pudiendo llegar a una prevalencia de 30-40% en grupos de edad de 15 a 25 años que tienen compañeros sexuales distintos), promiscuidad, coinfecciones (Clamidia, herpes simple tipo 2, VIH), el número de parejas sexuales de dos o más y el no uso por parte de los adolescentes del preservativo como método de barrera para la protección contra la infección viral.
- Razones biológicas: inmadurez cervical, déficit del flujo cervical protector y ectopia cervical, la inmunosupresión, tener un compañero sexual sin circuncidar. El sobrepeso y la dieta baja en frutas y verduras también son factores de riesgo para el cáncer de cérvix (23).

Conclusiones

Debemos profundizar aún más en la educación sexual de nuestra población, proporcionando información adecuada sobre el VPH como ITS, mecanismos de transmisión, sintomatología, las complicaciones que pueden surgir por su infección y necesidad de control citológico y vacunación de los adolescentes. Es fundamental capacitar a nuestros jóvenes para que adopten las medidas preventivas adecuadas para lograr una sexualidad saludable. Se recomendarán citologías a todas las adolescentes sexualmente activas, así como el uso de preservativo, ya que es importante en el control de la infección y en la progresión de la enfermedad por el VPH. Es fundamental

transmitir a nuestros jóvenes valores, comportamientos, conocimientos, formas de vida, enseñar los roles asociados a su identidad sexual y aprender a comportarse de forma responsable. En este sentido, las escuelas, los profesionales de la salud conjuntamente con la familia, juegan un papel fundamental dentro de la Prevención Primaria.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Pautas para la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual, WHO/CHS/HSI/ 99.2. WHO/CDS/CSR/EDC/99.3 UNAIDS/00.03S; 2005.
2. Bosch FX, Cuzik J, Schiller JT, Garnet GP, Meheus A, Franci EL et al. Vacunas VPH y cribado en la prevención del cáncer de cuello uterino. Revista Oficial de la Sociedad Internacional de Vacunología. Revista Oficial de la Sociedad Japonesa de Vacunología. Vaccine 2006; 24:3. Disponible en la página Web: www.sciencedirect.com.
3. De San José Llongueras S, García García AM. Virus de papiloma humano y cáncer: Epidemiología y Prevención. 4ª Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. EMISA 2006.
4. García J. Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia: Generalidades y prevención. Sociedad Española de Contracepción. Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia. Ed. Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza: INO Reproducciones S.A., 2001: 539-79.
5. Esteban F. La Educación sexual en la escuela. La Educación para la Salud del Siglo XXI. Ed. Díaz de Santos 2002; 453-62.
6. Cabezas E. lesiones intraepiteliales del cuello uterino en edades extremas. Rev Cubana Obstet Ginecol 2000; 26 (3).
7. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond I, Young J. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. VII. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1997.
8. Ferlay j, Bray F, Parkin DM. Globocan 2002 Cancer incidence, Mortality and Prevalence Worldwide IARC Cancer Base 5, version 2.0IARC Press, Lyon; 2004.
9. ICO for WHO. Human papillomavirus vaccines. HPV Information Center, Spain; 2007.
10. Llargeron N. Análisis de coste-efectividad de la vacunación frente al virus del papiloma humano tipos 6, 11, 16 y 18 en España. Vacunas 2008; 9 (1): 3-11.
11. Moscicki AB. Impact of HPV infection in adolescent populations. Journal of Adolescent Health 2005; 37: 3-9.
12. Saslow D, Runowicz CD, Solomon D. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. CA Cancer J Clin 2003; 52: 342-62.

13. Peláez Mendoza J. Adolescencia y juventud. Desafíos actuales. Ed. Científico-Técnica; La Habana; 2003.
14. UNAIDS. Task Team develops effective tools to help young people tackle HIV. [Revista online]. Junio 2010; Disponible en: <http://www.unaids.org/en/Resources/PressCentre/Featurestories/2009/June/20090605UNFPAIATT/>.
15. Colomer J. Prevención de Embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia. [Revista en Internet]. Octubre 2007; Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_endits.pdf.
16. Centro de orientación sexual para jóvenes de Málaga. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=1348>.
17. Moreno M, Muñoz M, Pérez P, Sánchez I. Los adolescentes españoles y su salud. Un análisis en chicos y chicas de 11 a 17 años. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
18. Stephenson J, Obasi A. ITS/HIV risk-reduction in adolescents. Lancet. 2004;(363)1177:17-9.
19. Cortés Alfaro A, Sordo Rivera ME, Cumbá Abreu C, García Roche RG, Fuentes Abreu J. Comportamiento sexual y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de secundaria básica de Ciudad de La Habana, 1995-1996. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2000; 38(1):53-9.
20. Winer RL, Lee SK, Hughes JP. Genital human papillomavirus infection, incidence and risk factors in a cohort of female university students. Am J Epidemiol 2003; 157: 218-26.
21. Cortés J, por el Grupo Español de Vacuna VPH. Documento de Consenso de las Sociedades Científicas Españolas. Vacunas profilácticas frente al VPH. Prog Obst Ginecol 2009; 52: 32-44.
22. González L, González N, Mena M, Navarro A, Martín X. Salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios. ¿Modo y estilo de vida saludables?, un diagnóstico. Rev Humanidades Médicas. 2003;(3):7.
23. Parkin DM, BrayF. The burden of HPV-related cancers. Vaccine 2006; 3: 11-25.