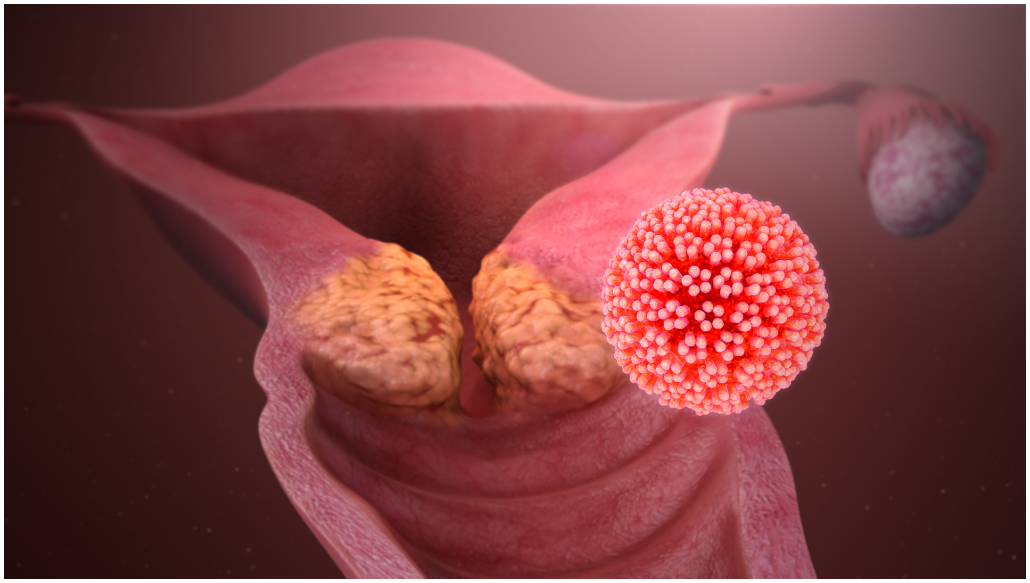
Treball de Recerca de Batxillerat

# Factors de risc en la infecció per VPH al coll de l'úter



Treball de Recerca de Batxillerat

Desembre 2020

**Abstract**

The title of my Research Project is *Risk factors in the cervix HPV infection (Factors de risc en la infecció per VPH al coll de l'úter)*. My main goals were to learn about the human papillomavirus (HPV) related to cervical injuries and to make a descriptive statistical study of the female population of the ABS St. Josep in order to identify some of the risk factors described in other studies. My work consisted of two different tasks, firstly the theoretical part in which I have explained all the information related to human papillomavirus, such as the different types and its associated risk, the methods to detect the virus, the vaccination program and its treatment. And secondly, the practical part where I have analyzed the raw data obtained from the medical center to describe the infected population and compare its characteristics with the reference population. My main conclusions are that, as I had guessed, tobacco and alcohol consumption are risk factors of infected with HPV and also that the information system that logs the clinic history of the patients is quite precarious so that investing more money on this area would help making better prevention programs. I am very proud of my work because I could demonstrate the initial hypothesis and I dedicated a lot of hours doing research, writing, making tables and plots and learning a lot while I was doing it.

**Resum**

El títol del meu Treball de Recerca és *Factors de risc en la infecció per VPH al coll de l'úter*. Els meus objectius principals eren aprendre sobre les lesions relacionades amb el virus del papil·loma humà (VPH) al coll de l'úter i fer un estudi estadístic de la població femenina de l'ABS de St. Josep per tal d'identificar alguns dels factors descrits en altres estudis científics. El meu treball ha consistit en dues tasques diferents, en primer lloc, una part teòrica en la qual he explicat tota la informació relacionada amb el VPH, com les diferents soques i el seu risc associat, els mètodes per detectar el virus, el programa de vacunació i el seu tractament. En segon lloc, una part pràctica en la qual he analitzat les dades brutes obtingudes del centre mèdic per tal de descriure la població amb lesions al coll de l'úter i comparar les seves característiques amb la població de referència. Les meves principals conclusions són que, com ja vaig predir, el consum de tabac i d'alcohol són factors de risc en la infecció per VPH i també que les bases de dades en les quals s'hi emmagatzema l'historial clínic de les pacients diagnosticades és força precari i invertir més diners i recursos en aquest àmbit podria ajudar a fer millors campanyes de prevenció. Estic molt orgullosa de la meva feina ja que he pogut demostrar les hipòtesis inicials i he dedicat una gran quantitat d'hores fent recerca, redactant, elaborant taules i gràfiques i aprenent molt mentre el duia a terme.

# Agraïments

En primer lloc, m'agradaria agrair l'enorme feina d'una metgessa del CAP de St. Josep de l'Hospitalet del Llobregat i amiga de la família, que m'ha guiat en tot el procés d'elaboració del treball i en l'extracció de les dades del seu centre. En segon lloc, vull agrair al meu pare les hores que ha dedicat a ensenyar-me a utilitzar els diferents programes emprats en l'anàlisi de les dades i que m'ha ajudat amb l'editor de text LaTeX utilitzat en tot el treball. També agrair a la meva mare, per impulsar-me a fer el treball sobre el papil·loma, al meu germà i a les meves amigues per aguantar-me en els moments més durs i, per últim, vull agrair als meus tutors per haver-me acompanyat i corregit tot el treball. Moltes gràcies a totes.

# Índex

**Introducció** **6**

**1 La infecció per Virus del Papil·loma Humà** **8**

1.1 El Virus del Papil·loma Humà . . . . . 8

1.2 Infecció per VPH en el coll d'úter . . . . . 12

1.2.1 Anatomia . . . . . 12

1.2.2 Tipus de VPH implicats . . . . . 13

1.2.3 Història Natural de la Malaltia . . . . . 13

1.2.4 Factors de Risc Associats . . . . . 16

1.3 Epidemiologia . . . . . 17

1.4 Eines de diagnòstic . . . . . 20

1.4.1 Detecció directa del virus . . . . . 20

1.4.2 Detecció i diagnòstic de les lesions causades per VPH . . 20

1.5 Programes de detecció precoç . . . . . 21

1.6 Calendari Vacunal . . . . . 23

1.7 Cura i tractament . . . . . 26

**2 Estudi epidemiològic de l'ABS de St. Josep de l'Hospitalet de Llobregat** **28**

2.1 Planificació de la recerca . . . . . 28

2.1.1 Disseny . . . . . 28

2.1.2 Criteris d'inclusió . . . . . 28

2.1.3 Criteris d'exclusió . . . . . 28

2.1.4 Variables . . . . . 29

2.1.5 Procés d'obtenció de dades . . . . . 30
2.1.6 Consideracions ètiques . . . . . 31
2.1.7 Limitacions de l'estudi . . . . . 31
2.2 Resultats . . . . . 31
2.2.1 Descripció de la població assignada . . . . . 31
2.2.2 Resultats de les dades obtingudes amb l'extracció . . . . . 35
2.3 Conclusions de l'estudi . . . . . 39
2.4 Entrevistes . . . . . 44

**3 Conclusions** **45**

**Bibliografia** **47**

**A Taules de dades analitzades** **53**
A.1 Dades Població de Referència . . . . . 53
A.2 Dades Població Infectada . . . . . 54
A.3 Taules Comparativa . . . . . 57

**B Eines d'Anàlisi de dades** **60**

**C Autorització d'ús de dades** **62**

**D Entrevistes** **65**
D.1 Transcripció entrevista Dra. del Pino . . . . . 65
D.2 Qüestionari Dra. Lázaro . . . . . 69

# Introducció

Escollir el tema a investigar no va ser una tasca fàcil per mi. Tenia molt clar que el volia enfocar cap a la branca social o de la salut, dos camps que em motiven i que tenen molta relació amb la carrera que vull fer, infermeria. Finalment entre el ventall de propostes que se'm presentaven vaig escollir fer-lo sobre la infecció per virus del papil·loma humà (VPH) al coll de l'úter.

Vaig decidir centrar-me en els factors de risc associats ja que em van semblar una part interessant i molt necessària a l'hora de dissenyar plans de prevenció i conscienciació de la població en el terreny de la salut pública.

A nivell més personal, el meu interès per el papil·loma va sorgir arrel de diferents debats amb la meva família sobre salut sexual i la seva decisió de no vacunar-me quan em tocava per edat, ja que en aquell moment hi havia molta polèmica sobre els efectes secundaris que se'n derivaven. L'any passat, però, després de les eines proporcionades per la meva mare per informar-me sobre la situació actual de la vacuna, vaig decidir posar-me-la. A més, vaig veure la necessitat d'ampliar els meus coneixements sobre les malalties de transmissió sexual i, en concret, del VPH, ja que pensava, i segueixo pensant, que l'educació que hem rebut en aquest àmbit és molt precària i hauria de ser una prioritat en la societat actual.

Per altra banda, vull deixar clar que en tot el treball quan parlo de dones, em refereixo a dones cis i per tant persones amb vagina i coll d'úter, el gènere no incideix en cap moment.

# Objectiu

L'objectiu principal d'aquest treball és realitzar un estudi estadístic descriptiu de les dones afectades per lesions en el coll de l'úter per VPH a la ciutat de l'Hospitalet del Llobregat, en concret de la població assignada a l'ABS de St. Josep de l'Hospitalet de Llobregat amb la intenció de determinar quins són els factors de risc que hi predominen.

També es pretén analitzar la qualitat dels sistemes de recollida de dades i l'ús que se'n fa des del punt de vista de la salut pública.

Per últim, s'aspira a conèixer la vivència d'algunes professionals que atenen les dones de l'estudi realitzat i mostrar el seu punt de vista sobre les gestions sanitàries relacionades amb el VPH.

# Hipòtesi de la recerca

*Les dones de l'estudi amb lesions per VPH al coll de l'úter tindran un major consum de tabac i d'alcohol que les de referència, tindran una edat entre 25 i 40 anys principalment i les més grans hauran dut a terme més gestacions que les de referència.*

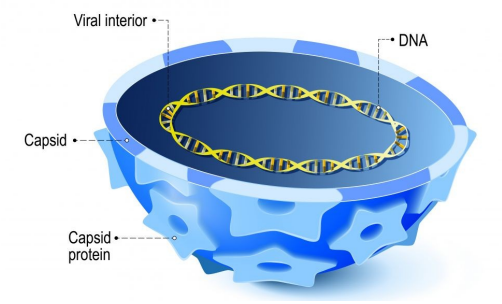
# Capítol 1

# La infecció per Virus del Papil·loma Humà

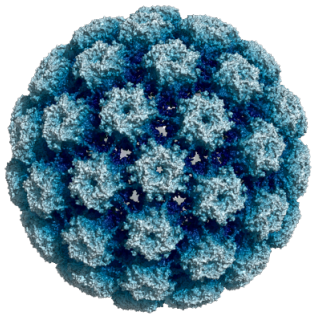
## 1.1 El Virus del Papil·loma Humà

S'anomena Virus del Papil·loma Humà (VPH) a un grup de virus integrant de la família *Papillomaviridae*, que va ser descrit per primera vegada als anys 30 del segle passat.

Com s'aprecia a la figura 1.1, els papil·lomavirus són virus ADN de mida petita que tenen el material genètic envoltat d'una estructura de proteïnes anomenada càpsida vírica, d'estructura icosaèdrica (poliedre de vint cares). A diferència d'altres virus animals, els papil·lomavirus es caracteritzen per no tenir embolcall (membrana lipídica que cobreix la càpsida). Les partícules virals tenen un diàmetre aproximat d'uns 52 a 55 nm.




***(a)*** *Secció transversal de la càpsida del VPH amb el material genètic a l'interior.*



***(b)*** *Estructura de la càpsida del VPH-16 obtinguda amb crio-microscòpia.*

***Figura 1.1*** *Estructura i vista exterior del VPH.*

*Font 1.1a:* https://www.std-gov.org/images/Human-papillomavirus-infection-HPV-7.jpg

*Font 1.1b:* https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=80562689

S'han descrit fins a més de 100 tipus de VPH dels quals almenys 14 són considerats de risc alt o oncogènics.

Els VPH infecten la pell i les mucoses. La majoria provoquen lesions benignes, com berrugues cutànies i berrugues genitals i, amb menor freqüència, lesions malignes, com alguns tipus de càncer (càncer de coll uterí o cèrvix, de penis, de vulva o d'anus).

Els tipus de VPH que infecten la regió anogenital es transmeten mitjançant les relacions sexuals i provoquen Malalties de Transmissió Sexual (MTS). Alguns d'ells causen berrugues genitals o condilomes i altres provoquen lesions a les mucoses que poden degenerar a càncer de coll uterí, de vulva, de penis o d'anus. Els tipus de VPH que provoquen càncer s'anomenen de risc alt i són diferents dels tipus que causen les berrugues genitals. Les MTS relacionades amb el VPH són les més freqüents en les dones arreu del mon. Les infeccions per VPH fins al moment són incurables però existeixen mecanismes i tractaments per acabar o modificar els símptomes o fins i tot la pròpia malaltia.

Les MTS es propaguen majoritàriament per contacte sexual, incloent-hi el sexe vaginal, anal i oral. Quan es parla de transmissió sexual, no és necessària una ejaculació ni la penetració del penis per transmetre i/o contraure la malaltia. Per altra banda, sovint la infecció es transmet a partir d'una persona que és portadora

de la infecció per VPH però que és assimptomàtica. També és possible que presenti els símptomes anys després de tenir relacions sexuals amb una persona infectada, cosa que dificulta saber quan es va infectar per primera vegada.

La majoria de les MTS, sobretot la sífilis, l'hepatitis B, el VIH (Virus d'Immunodeficiència Humana), la clamidiosis, la gonorrea, l'herpes i el VPH, també es poden transmetre de mare a fill durant l'embaràs o el part, en el que s'anomena transmissió vertical.

Existeixen múltiples classificacions del VPH i, si es fa referència a la capacitat oncogènica, és a dir, la seva capacitat d'acabar desenvolupant una lesió cancerosa, es classifiquen en:

- **De baix risc oncogènic:** poden causar berrugues genitals benignes o condilomes com per exemple els tipus 6 i 11.
- **D'alt risc oncogènic:** s'han descrit fins a 14 tipus diferents de VPH d'alt risc, dels quals els que tenen més prevalença són els del tipus 16 i 18, que són els responsables del 70% dels càncers causats per aquest virus.

Quan apareixen les berrugues, aquestes varien en aparença segons el tipus de VPH que estigui involucrat, com ja hem dit en l'apartat anterior normalment són causades per els tipus 6 i 11 [1]:

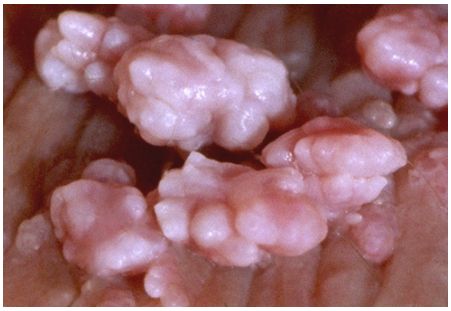
- **Berrugues genitals.** Aquestes apareixen com lesions planes, petites protuberàncies en forma de coliflor o de tija. En les dones, les berrugues genitals apareixen principalment a la vulva, però també poden aparèixer a prop de l'anus, en el coll de l'úter o a la vagina. En els homes, les berrugues genitals apareixen en el penis i l'escrot o al voltant de l'anus. Les berrugues genitals pocs cops causen molèsties o dolor, tot i que poden causar irritació o una major sensibilitat.
- **Berrugues comunes.** Les berrugues comunes apareixen com petites protuberàncies aspres i elevades i generalment es presenten en les mans i els dits. En la majoria dels casos, les berrugues comunes són simplement

antiestètiques, però també poden ser doloroses o susceptibles a lesions o sagnat.

- **Berrugues plantars.** Les berrugues plantars són creixements durs i granulosos que generalment apareixen en els talons o a la part anterior de les plantes dels peus. Aquestes berrugues poden causar molèsties.

- **Berrugues planes.** Les berrugues planes són lesions planes i lleugerament elevades. Poden aparèixer en qualsevol lloc, però els infants solen tenir-les a la cara, els homes tendeixen a tenir-les a l'àrea de la barba i les dones tendeixen a tenir-les a les cames.

***(a)*** *Vista general*



***(b)*** *Detall de les lesions*

***Figura 1.2*** *Berrugues genitals femenines.*

*Font 1.2a: Mayo Foundation for Medical Education and Research.*

*Font 1.2b:* `https://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/ss/slideshow-warts`

***(a)*** *Berruga comuna*

***(b)*** *Berrugues plantars*

***(c)*** *Berrugues planes*

***Figura 1.3*** *Altres berrugues causades per VPH.*

*Font 1.3a i 1.3b: Mayo Foundation for Medical Education and Research.*

*Font 1.3c: https://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/ss/slideshow-warts*

## 1.2 Infecció per VPH en el coll d'úter

Aquest treball es centra en la infecció del VPH en el coll de l'úter. Es parlarà de com el VPH es comporta quan infecta el coll de l'úter de la dona i les complicacions que se'n poden derivar.

### 1.2.1 Anatomia

La cèrvix o coll de l'úter forma un canal que comunica l'úter amb la vagina. La mucosa que recobreix la cèrvix que és molt propera a la vagina s'anomena ectocèrvix i la que recobreix el conducte o canal cervical que condueix a la cavitat del cos uterí, s'anomena endocèrvix. La gran majoria de lesions secundàries a la infecció per VPH apareixen a la zona d'unió entre l'ectocèrvix i l'endocèrvix anomenada zona de transformació. [2]

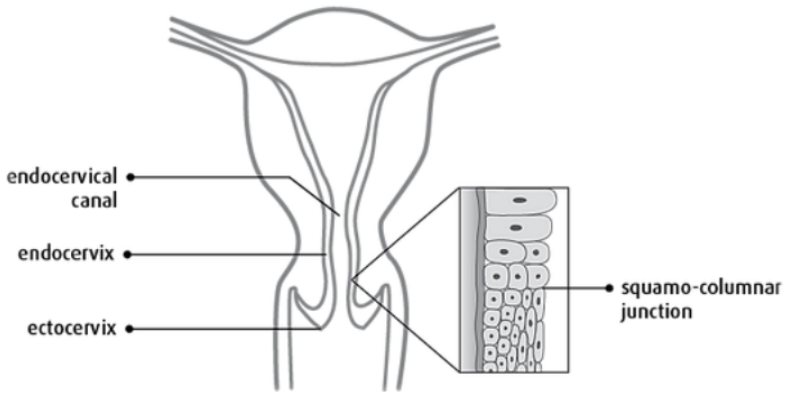


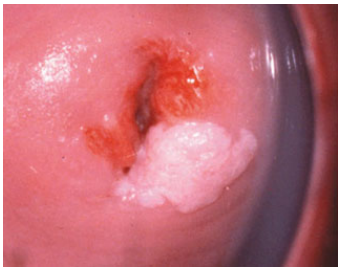

***Figura 1.4*** *Esquema del cèrvix i les seves parts.*
*Font :* https://csbaa98.wixsite.com/citossitio/histologia-agf

### 1.2.2 Tipus de VPH implicats

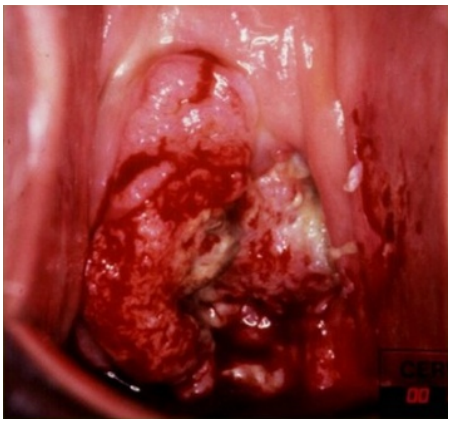
Després dels VPH 16 i 18 (que, com ja s'ha dit a l'apartat 1.1, són els més agressius i responsables del 70% dels càncers de cèrvix), els 6 tipus més comuns de VPH són els mateixos arreu del món, anomenats 31, 33, 35, 45, 52 i 58, responsables del 20% dels CCU (Càncer de coll uterí). [3]

### 1.2.3 Història Natural de la Malaltia

La major part de la població sexualment activa entra en contacte amb el virus del papil·loma humà en algun moment de la seva vida. Fins a un 90% de les infeccions per VPH són eliminades per el propi cos durant els dos primers anys sense provocar cap alteració al coll de l'úter. Només algunes infeccions que cronifiquen poden derivar a lesions precanceroses o desenvolupar-se fins arribar a un càncer invasiu. [4]



***(a)*** *Displàsia cervical.*



***(b)*** *Càncer de cèrvix.*

***Figura 1.5*** *Imatges de lesions al coll de l'úter.*

*Font 1.5a:* https://www.saludnaturalybelleza.com/displasia-cervical.html

*Font 1.5b:* https://www.slideshare.net/AmilviaCastaoHerrera/cancer-de-cervix-48412926

El càncer del coll de l'úter, càncer de cèrvix o càncer cervical consisteix en la presència de cèl·lules canceroses en els teixits que formen part del coll de l'úter, situat a la part inferior de l'úter i que comunica amb la vagina. Com es pot veure a la figura 1.6, la malaltia passa per diverses fases. Començant per la infecció de VPH, aquesta ha de mantenir-se en el temps derivant a una lesió intraepitel·lial de baix grau (LSIL, que prové de l'anglès *Low grade Squamous Intraepithelial Lesion*) que inclou lesions amb displàsia lleu/ CIN (de l'anglès *Cervical Intraepithelial Neoplasia*) 1 i és l'expressió de la infecció per VPH. En la majoria de casos desapareix espontàniament i poques vegades progressa a lesions de grau mig o alt. No requereix cap tractament. En cas de persistir, aquesta deriva a una lesió intraepitel·lial d'alt grau (HSIL que prové de l'anglès *High grade Squamous Intraepithelial Lesion*) que inclou lesions amb displàsia moderada o severa, CIN 2 i CIN 3. Les lesions HSIL/CIN2 tenen el mateix risc de desaparèixer com d'evolucionar cap a un càncer de cèrvix, les lesions HSIL/CIN3 (també anomenades carcinoma *in situ*) són d'alt risc de progressió i són considerades les lesions prèvies i precursores necessàries per al desenvolupament del càncer de cèrvix. [3] [4]

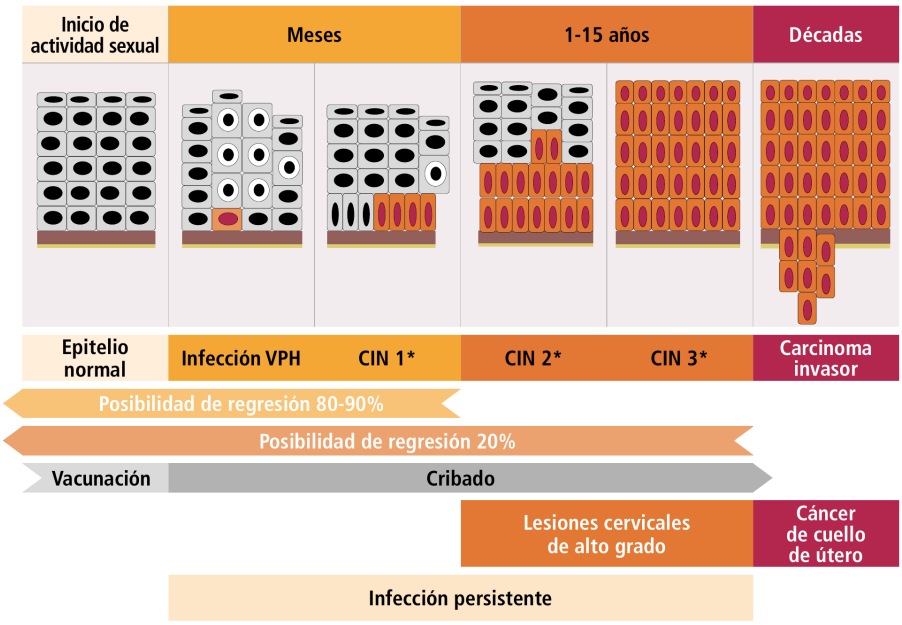



***Figura 1.6*** *Esquema simplificat dels estats transitoris de la infecció per VPH i del CCU.*
*Font :* http://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2016/10/Infeccion_AEPCC_def.pdf

En aquelles dones que tenen un sistema immunitari normal, el CCU triga de 15 a 20 anys en desenvolupar-se aproximadament, però en dones amb un sistema immunitari dèbil, així com les infectades per VIH sense tractament, el càncer invasiu es pot desenvolupar en uns 5 o 10 anys. [5]

Així com la malaltia pot passar de lesions intraepitel·lials de baix grau a lesions intraepitel·lials d'alt grau també pot patir una regressió i inclús tornar a un epitel·li sa. Els mecanismes que produeixen la regressió de les lesions són molt complexos i s'estan estudiant en profunditat, però s'ha vist que hi ha unes cèl·lules del sistema immunològic anomenades NK (de l'anglès *Natural Killers*), que reconeixen i eliminen les cèl·lules malignes, conservant memòria de cara a futures infeccions. [6]

La infecció per VPH no produeix símptomes i en el 80-90% dels casos es resol de manera espontània. Només aquelles dones que són portadores persistents del virus tenen risc de desenvolupar càncer de coll d'úter. Tot i que el VPH és el factor casual necessari no és suficient per desenvolupar aquest càncer. Així com el VPH és una MTS molt comuna, el càncer de coll d'úter és una conseqüència poc freqüent.

### 1.2.4 Factors de Risc Associats

Es coneixen diversos factors de risc per contraure la infecció per VPH, els més importants són [2] [4] [7]:

- **Inici primerenc de les relacions sexuals (abans dels 14 anys):** ja que entre la població jove hi ha més manca d'informació sexual que, juntament amb una percepció més baixa del risc en general, potencia els comportaments i pràctiques de risc així com no utilitzar protecció. A més, l'inici de l'activitat sexual precoç s'associa a un major nombre d'encontres sexuals amb diferents parelles i, per tant, més probabilitat d'exposició als diferents tipus de VPH.

- **Tenir o haver tingut més d'una parella sexual:** l'exposició al virus augmenta com amb més persones es mantinguin relacions.

- **Ús d'anticonceptius farmacològics:** ja que sol anar associat a no utilitzar mètodes de barrera contra les MTS.

- **Nivell socioeconòmic:** degut a les dificultats d'accés a recursos de prevenció (com els preservatius) i a la manca d'informació sobre salut sexual i reproductiva en algunes zones pobres.

Per el desenvolupament de lesions premalignes i malignes el principal factor de risc és la persistència en el temps del virus, més que la infecció en si mateixa. De fet, ja s'ha comentat que la persistència del virus és imprescindible per l'evolució de les lesions. A més d'aquest factor també se'n troben d'altres, també anomenats cofactors, que contribueixen a que la infecció de VPH es mantingui en el temps i que, per tant, augmenti el risc de desenvolupar un CCU. Els principals cofactors són: [4]

- **El tipus de VPH:** Les soques 16 i 18 són les més agressives i tenen una major capacitat de persistència.

- **Immunosupressió o disminució de defenses:** causada per malalties com el VIH o per fàrmacs immunosupressors que s'administren a pacients que

han rebut un trasplantament d'òrgans o amb malalties autoimmunes, etc. La capacitat d'eliminació del VPH depèn del sistema immunitari de la dona infectada, així, qualsevol malaltia que el debiliti farà més difícil curar la infecció.

- **Consum de tabac:** l'hàbit de fumar té un efecte nociu en les secrecions vaginals, sobretot en l'epiteli del canal endocervical on el virus té una major capacitat de propagació. [7]

- **Ús prolongat d'anticonceptius farmacològics:** Alguns estudis estimen que les dones que utilitzen anticonceptius orals durant més de 5 anys dupliquen el risc de contraure CCU degut a l'excés d'hormones. [7]

- **Antecedents de co-infecció per MTS**: presència d'altres MTS, a més de la infecció per VPH.

- **Múltiples parts**

- **Primer embaràs a una edat primerenca**

- **Nivell socioeconòmic:** degut a les dificultats d'accés als serveis de salut, principalment a la detecció precoç i la vacunació així com als tractaments per eliminar o controlar la malaltia en fases avançades.

## 1.3 Epidemiologia

Dos dels principals indicadors que mesuren la freqüència de la malaltia, i que s'utilitzen repetidament en aquest treball, són la prevalença i la incidència.

Al llarg de tot l'estudi, quan es parla de prevalença $(p)$ es fa referència a la proporció d'individus d'una població que tenen una característica $(c)$ en un moment donat del temps $(t)$ sobre la població total $(N)$, segons l'expressió

$$p = \frac{c}{N} \times 10^n \tag{1.1}$$

on el terme $10^n$ indica que es pot expressar en tant per u, en tant per cent, en tant per $1.000$ o, quan es tracta de grans poblacions, en nombre de casos per cada $100.000$ habitants, en funció del valor de $n$.

La incidència, en canvi, s'utilitza per expressar el nombre de nous casos d'una malaltia o característica detectats en la població d'estudi en un temps determinat. Pot expressar-se en valor absolut o en valor relatiu respecte a la població de referència.

En el cas del VPH, la prevalença de la infecció pot variar segons la regió geogràfica, però tot i així es conclou que, almenys el 80% de les dones s'han infectat amb algun tipus de VPH al llarg de la seva vida. A Espanya, actualment, la prevalença d'infecció en dones és del 14%. Aquest percentatge és més alt en dones joves i als 25 anys d'edat es situa vora el 25%, passats els 30 es redueix al 5-10%. [8]

De totes les manifestacions de la malaltia, de les més greus i perilloses és el càncer de coll d'úter, situat com el quart càncer més freqüent a nivell mundial. A Espanya s'estima que aquest afecta a 7 de cada 100.000 dones, anualment se'n diagnostiquen uns 2.100 casos i moren a causa de la malaltia unes 800 dones. [2]

Segons l'OMS [5] es calcula que el 2018 van haver-hi 570.000 casos nous, que van representar el 7,5% de la mortalitat femenina per càncer. De les 311.000 morts por CCU que es registren cada any (aproximadament), més del 85% tenen lloc en aquelles regions més pobres.

En els països de la perifèria (mal anomenats en vies de desenvolupament) hi ha un accés limitat a les mesures de prevenció, així com al cribratge o la vacunació, i sovint el CCU no es detecta fins que aquest ja està en una fase força avançada i amb símptomes evidents. A més a més, els tractaments per a les fases ja molt avançades, així com la cirurgia, la radioteràpia o la quimioteràpia, són cars i escassos. Per tant, en aquests països la taxa de mortalitat per CCU és força més alta que en els països rics.

Tot i la gran disponibilitat d'informació a la xarxa, hi ha consens entre els experts sobre la manca de coneixement al voltant de les MTS en general i, en particular,

sobre les infeccions per VPH. Aquesta informació no sempre és fiable i alguns segments de la població tenen dificultats per filtrar-la i assimilar-la correctament. Així, segons un estudi de la secretaria de salut de Mèxic [9], en el que es va realitzar una investigació amb una part de població, la majoria de dones van reconèixer que els hi feia falta informació ja que a les escoles no hi ha una bona educació sexual i la baixa escolaritat dificultava assimilar alguns conceptes biomèdics o inclús poder llegir els resultats de les citologies. Aquesta situació no és específica del càncer cervicouterí, sinó que va més enllà i es regeix per una qüestió social que inclou les campanyes de detecció oportuna, en la qual s'hi ha de donar un missatge adequat i provocar un alt grau de conscienciació de la població.

Per tant, l'estudi conclou que és necessari donar una bona educació sexual a la població per tal de que aquesta comprengui tota la informació proporcionada i així hi hagi un major control sanitari. A més a més de garantir el propi dret a una educació sexual de qualitat, és una bona eina per controlar les MTS i disminuir-ne el contagi.

A l'Estat espanyol es va fer un estudi l'any 2008 de la prevalença del VPH a la població poc abans d'iniciar el pla de vacunació contra el virus. Es volia fer una fotografia de la seva incidència per tal d'avaluar l'impacte dels programes de vacunació sistemàtica. Aquest estudi, anomenat *The Cleopatre Study* [10], va analitzar una mostra de 3.261 dones d'entre 18 i 65 anys, incloent dades demogràfiques, socioeconòmiques, del comportament sexual, consum de tabac i la seva historia clínica.

La principal conclusió va ser que l'alta prevalença d'infecció de VPH entre les dones joves podria explicar-se a partir dels canvis recents en el comportament sexual de la població, iniciant la pràctica més d'hora i augmentant el nombre de parelles.

El 2018 el *ICO/IARC HPV Information Center* [3] va fer un altre estudi important sobre el VPH i les malalties relacionades amb aquest al país. Aquesta nova recerca es va fer amb l'objectiu de resumir les dades disponibles per tal de fer

una avaluació complerta de la prevalença i incidència de malalties relacionades amb VPH a Espanya i així facilitar a gestors i autoritats sanitàries a formular recomanacions per a la prevenció de CCU.

Segons aquest estudi, la prevalença de VPH en dones amb una citologia normal és del 10,7%, on dins d'aquestes, només el 2,7% són de tipus 16 o 18. En canvi, en les diagnosticades per CCU, el percentatge de dones infectades per les soques oncogèniques pugen al 63,1%.

Pel que fa al CCU, la recerca mostra que a l'Estat espanyol hi ha 20,2 milions de dones de 15 anys o més en risc de desenvolupar aquest càncer amb una incidència de 1.942 casos a l'any i 825 defuncions derivades d'aquesta patologia. Per tant, la incidència anual del CCU a l'Estat espanyol és de 8,2 per cada 100.000 dones.

## 1.4 Eines de diagnòstic

La detecció de la infecció per VPH es duu a terme mitjançant dos tipus de proves, les que detecten directament la presència del VPH i les que detecten o permeten avaluar les lesions.

### 1.4.1 Detecció directa del virus

- **Prova d'ADN.** Amb aquesta prova, realitzada a les cèl·lules del coll de l'úter, es pot identificar l'ADN de les diferents soques de VPH que estan vinculades amb els càncers genitals. Amb aquesta tècnica es pot detectar el virus i identificar-ne el tipus. Actualment, una de les proves emprades és el test *Hybrid Capture 2* (HC2), que consisteix en un senyal d'amplificació que detecta 13 tipus de VPH oncogènics, és a dir, d'alt risc. [11]

### 1.4.2 Detecció i diagnòstic de les lesions causades per VPH

- **Citologia o Papanicolau.** És la que s'utilitza més freqüentment en les proves de cribratge que es duen a terme a nivell poblacional. El professional

que realitza la tècnica agafa una mostra de cèl·lules del coll de l'úter i l'envia al laboratori d'anatomia patològica a analitzar. Aquesta prova permet identificar les anomalies cel·lulars que poden esdevenir càncer.

- **Colposcòpia.** Es tracta d'un examen ginecològic no dolorós que es realitza amb un microscopi especial (colpòscop) que permet observar els canvis cel·lulars i ajudar al ginecòleg a decidir si es necessita o no tractament i de quin tipus. [12]

- **Biòpsia.** Consisteix en l'extracció d'una mostra de teixit del coll de l'úter per examinar-lo sota el microscopi. Permet confirmar l'existència o no de cèl·lules anormals i actualment és la prova més segura per confirmar el diagnòstic d'una citologia anormal. [12]

## 1.5 Programes de detecció precoç

El cribratge cervical és el procediment que es duu a terme a nivell poblacional per detectar canvis cel·lulars i lesions precanceroses en els estadis inicials, evitant així la seva evolució cap al càncer de coll uterí.

Com s'ha explicat a l'apartat 1.4, l'eina principal per al cribratge és la citologia cervical.

A Catalunya, el protocol actual recomana realitzar la citologia 3 anys després de l'inici de les relacions sexuals o a partir dels 25 anys d'edat fins als 65 anys cada 3 anys [12].

A partir dels 65 anys, només cal seguir realitzant citologies en cas de que les darreres no hagin estat normals.

En els casos en què la citologia surt alterada, cal emprar altres mitjans diagnòstics per confirmar si hi ha infecció per VPH i el grau de les lesions per tal de derivar a les unitats especialitzades aquelles pacients que ho requereixin.

Aquests mitjans consisteixen en una prova d'ADN i una colposcòpia que permet

identificar les zones alterades de la mucosa del cèrvix i, en aquestes, realitzar-hi una biòpsia, que confirma la presència de lesions i la seva tipologia.

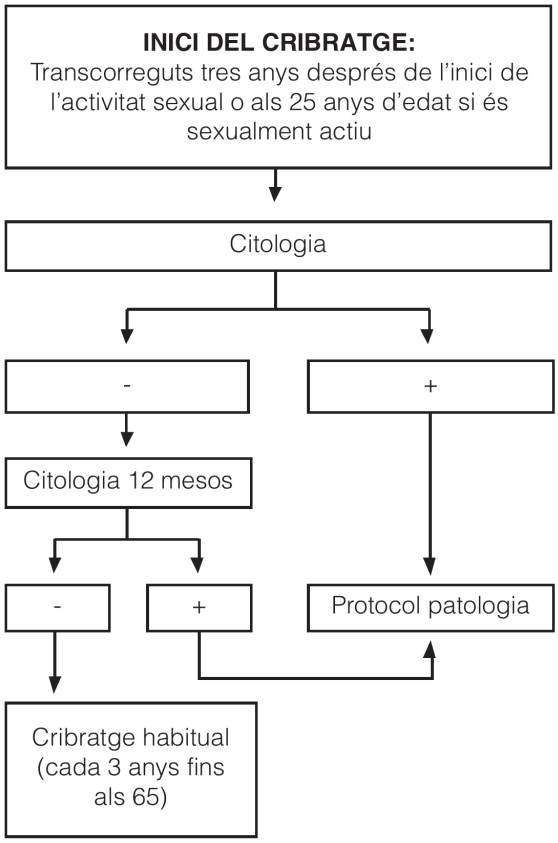



***Figura 1.7*** *Algoritme de cribratge de la població femenina d'entre 25 i 65 anys.*
*Font: Protocol de les activitats per al cribratge del càncer de coll uterí a l'atenció primària [13]*

L'estratègia del cribratge a Catalunya, tal i com s'ha explicat, utilitza la citologia com a eina de cribratge. A més, es tracta d'un programa oportunista que implica que són les dones les que han de sol·licitar la prova enlloc de citar-les activament a través d'un programa de prevenció. En l'actualitat, s'estima que aproximadament el 40% de les dones catalanes entre 25 i 65 anys es realitzen aquesta prova a través de la sanitat pública. Aquest cribratge genera una despesa en el sistema públic de Catalunya de 28 milions d'euros anuals, que corresponen a uns 8,6 euros per dona. Aquesta despesa inclou el cribratge, estudis de seguiment, diagnòstic i tractament.

L'Institut Català d'Oncologia (ICO) i el Pla Director d'Oncologia (PDO) de Catalunya han desenvolupat un estudi publicat recentment [14] en el que es calculen els costos d'un cribratge basat en la prova de detecció del VPH. Segons els resultats

obtinguts, amb els mateixos recursos econòmics que en l'actualitat s'utilitzen, es podria arribar a cobrir fins el 71% del total de la població femenina d'entre 25 i 65 anys. Això significaria un canvi del programa oportunista actual, basat en la citologia cada 3 anys, a un programa organitzat basat en la prova del VPH cada 5 anys. L'evidència científica també ha demostrat que un programa organitzat i poblacional, en el que es convidi a totes les dones regularment de manera activa, és més efectiu que un programa oportunista. És per aquest motiu que des del Departament de Salut després d'aquesta evidència científica, tant a nivell europeu com a nivell català, està treballant en com implementar aquest nou programa a Catalunya. Per acabar, cal ressaltar que Catalunya és una de les regions del món amb menys casos de càncer de cèrvix. Es diagnostiquen aproximadament 270 casos per any i es moren anualment 93 dones. La major part d'elles no han seguit el programa de cribratge tal i com està establert.

## 1.6 Calendari Vacunal

La vacuna enfront el VPH forma part del calendari de vacunacions sistemàtiques de Catalunya del 2020.

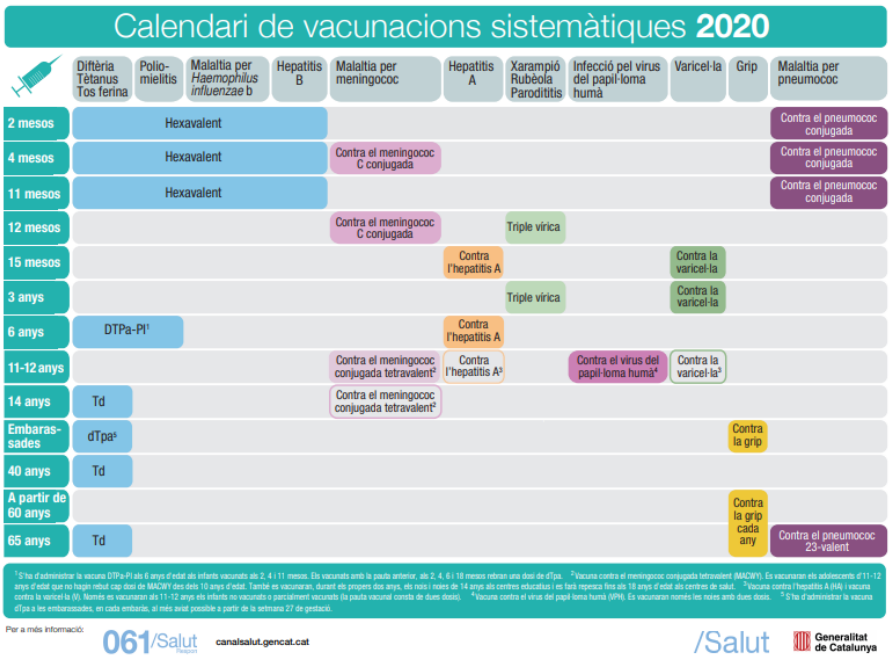



***Figura 1.8*** *Calendari vacunacions sistemàtiques del 2020.*

*Font: Canal Salut (Generalitat de Catalunya)*

Es tracta d'una vacuna no infecciosa produïda amb tecnologia de recombinació genètica a partir de la proteïna principal de la càpsida del virus. Hi ha disponibles tres vacunes: la vacuna bivalent enfront els VPH tipus 16 i 18, que com ja s'ha comentat, són els responsables del 70% dels càncers de cèrvix; la tetravalent, que afegeix els tipus 6 i 11 causants d'aproximadament el 90% dels condilomes acuminats; finalment, la nonavalent que a més dels 4 tipus de VPH inclosos en la tetravalent conté els tipus 31, 33, 45, 52 i 58, responsables d'un 20% addicional dels casos de càncer de coll uterí.

La vacunació sistemàtica contra el VPH a Catalunya es va iniciar el curs 2008-2009. La pauta actual és de dues dosis de la vacuna nonavalent per a les nenes de fins a 13 anys, amb un interval de 6 mesos entre la primera i la segona. En les noies nascudes a partir de 1997 cal fer vacunació de rescat si no es van vacunar al moment que tocava. En aquest programa no s'hi inclou al sexe masculí tot i que poden ser portadors del virus, majoritàriament asimptomàtics. No se'ls vacuna per un tema de cost-benefici, ja que els casos de càncer de penis i anus en els homes constitueixen un percentatge molt baix en comparació amb el càncer cervicouterí de les dones.

A més de la vacunació sistemàtica, a Catalunya s'ofereix la vacuna als següents grups de risc en el que s'anomena vacunació selectiva:

- Dones a les quals se'ls ha diagnosticat una neoplàsia intraepitel·lial cervical moderada o d'un grau més avançat o un adenocarcinoma endocervical in situ.
- Dones i homes amb infecció pel VIH fins als 26 anys.
- Dones amb trasplantaments de progenitors hematopoètics (tractament en què es reemplacen les cèl·lules malaltes de la medul·la òssia per cèl·lules mare) fins als 26 anys.
- Dones amb trasplantament d'òrgan sòlid fins als 26 anys.
- Dones i homes amb síndrome d'insuficiència medul·lar congènita.

- Homes que mantenen relacions sexuals amb altres homes fins als 26 anys.
- Treballadors del sexe, homes i dones, fins als 26 anys.
- Persones que han patit abús sexual fins als 26 anys.

Pel què fa a la pauta de vacunació de la nonavalent ja s'ha comentat que en la vacunació sistemàtica es fa en dues dosis, amb la segona dosi administrada als 6 mesos de la primera. La pauta d'aquesta vacunació a partir dels 15 anys d'edat és de tres dosis, deixant 2 mesos entre la primera i la segona, i 4 mesos entre la segona i la tercera. La vacunació es realitza per via intramuscular, preferentment en la zona deltoïdal o en la cara anterolateral de la cuixa.

Respecte a les reaccions adverses, la vacuna ha mostrat una bona seguretat en els assaigs clínics. Les reaccions locals més freqüents són vermellor, dolor i inflamació al lloc d'administració de la vacuna. I les reaccions generals més freqüents són el mal de cap i la febre. En general, les reaccions adverses observades són lleus o moderades i duren poc.

Al 2015 des de el Comité Asesor de Vacunas de l'AEP [15], es va investigar a través del *Pharmacovigilance Risk Assessment Committee* (PRAC) sobre alguns aspectes relacionats amb la seguretat de la vacuna contra el VPH. Es va fer un estudi per confirmar dos tipus estranys de reaccions o efectes secundaris que podrien ser greus i que havien estat relacionats directament amb la vacuna. Un era la Síndrome de Dolor Regional Complex (SDRC), conegut en anglès com *Complex Regional Pain Syndrome* (CRPS), i l'altre era la Síndrome de Taquicàrdia Postural Ortostàtica (STPO), que en anglès es coneix com *Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome* (POTS). Aquell mateix any l'agència europea va fer públic el resultat de la investigació i es va confirmar que no s'havia trobat cap dada que relacionés les vacunes contra el VPH amb les patologies mencionades i que, per tant, no es recomanava cap canvi en les condicions d'ús autoritzades per les vacunes comercialitzades: Cervarix i Gardasil.

És important resaltar que la vacuna actual no cobreix tots els tipus de VPH oncogènics, per aquest motiu les noies vacunades cal que segueixin les recomanacions

de cribratge de càncer de coll uterí establertes de totes maneres.

## 1.7 Cura i tractament

Actualment el virus del VPH no té cura, per això és tant important la implantació de programes de detecció precoç i la vacunació sistemàtica de la població.

Algunes de les lesions que provoca, com les berrugues, solen desaparèixer sense tractament. En el cas de les lesions que provoca al coll de l'úter, el virus pot actuar de manera més agressiva i, com s'ha explicat a l'apartat 1.5, cal analitzar les lesions detectades per determinar-ne el tipus i el grau.

La conducta a seguir davant d'una lesió depèn de molts factors i pot anar des de fer-ne un simple seguiment a realitzar procediments com l'extirpació amb criocirurgia, làser o realitzar una conització (intervenció quirúrgica en la qual s'extirpa una part del cèrvix, com es mostra a la figura 1.9).

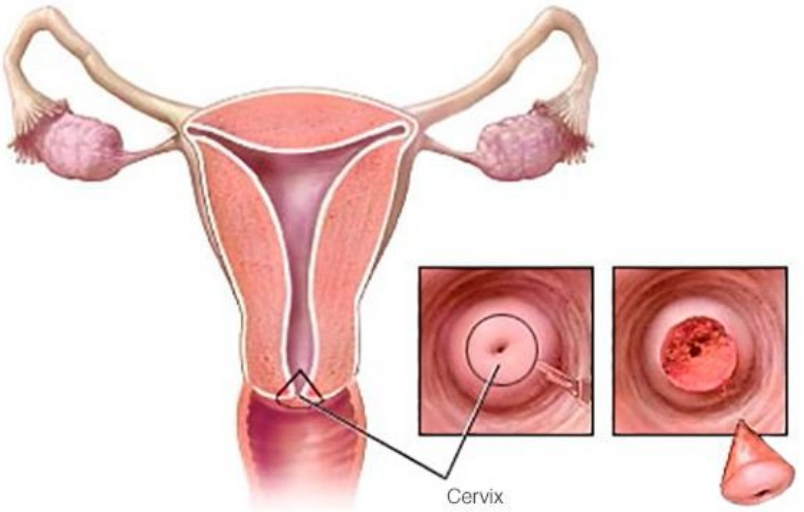



***Figura 1.9*** *Conització cervical.*

*Font : Mayo Foundation for Medical Education and Research.*

L'agost d'aquest any s'ha publicat a la revista Vaccine [16] una revisió sistemàtica amb una metanàlisi que conclou que la vacunació després de la conització mostra una reducció significativa del risc de desenvolupar noves lesions d'alt grau. Aquesta publicació reafirma la indicació de vacunació en dones tractades per lesions de VPH ja comentada en el treball anteriorment i que completaria el tractament.

El 17 de novembre d'aquest any, l'Institut Català d'Oncologia (ICO) conjuntament amb l'Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL) han informat de l'existència d'una nova estratègia mundial per eliminar el càncer de cèrvix liderada per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) [17].

Per primera vegada es presenta una iniciativa a nivell mundial per erradicar un tipus de càncer. L'estratègia presentada es basa en tres pilars: l'augment de l'eficàcia de la vacuna, les administracions massives d'aquesta i la modernització de les estratègies de cribratge. Així, la vacunació pren especial importància ja que ofereix una protecció a llarg termini contra el càncer de coll uterí. L'OMS pensa que pot eliminar aquesta malaltia com a problema de salut pública en una generació.

L'objectiu es concreta en aconseguir que el 2030 un 90% de les nenes estiguin vacunades abans dels 15 anys, que un 70% de les dones participin en cribratges dues vegades a la vida, als 35 anys i als 45, i que el 90% de les dones diagnosticades amb lesions precanceroses puguin accedir a un tractament eficaç.

Seguint l'estratègia proposada es podria prevenir més de seixanta milions de morts en els propers cent anys. Per altra banda, la possible eliminació del càncer de cèrvix també tindria efectes socials i econòmics positius, només d'aquí al 2030 s'aconseguiria que de 250.000 dones en edat laboral poguessin continuar treballant i participant activament a la societat.

# Capítol 2

# Estudi epidemiològic de l'ABS de St. Josep de l'Hospitalet de Llobregat

## 2.1 Planificació de la recerca

### 2.1.1 Disseny

Aquest treball consisteix en un estudi observacional descriptiu, és a dir, només una fotografia de dades recollides sense incidir-hi de cap manera. Aquest estudi està basat en l'extracció de dades de la història clínica informatitzada (eCAP) de l'ABS Sant Josep de L'Hospitalet de Llobregat sobre una població de 19.897 habitants assignats. S'extreuen dades agregades i sense identificació.

### 2.1.2 Criteris d'inclusió

Les dades incloses són pacients dones de 15 anys o més assignades a l'ABS St. Josep de la ciutat d'Hospitalet del Llobregat.

### 2.1.3 Criteris d'exclusió

No s'han establert criteris d'exclusió.

### 2.1.4 Variables

- Pacients diagnosticades de C01-D06.9 CARCINOMA IN SITU DE COLL UTERÍ LOCALITZACIÓ NE: variable qualitativa dicotòmica categoritzada en: 1.Sí; 0.No

- Pacients diagnosticades de C01-N87.0 DISPLÀSIA DE COLL UTERÍ, LLEU: variable qualitativa dicotòmica categoritzada en: 1.Sí; 0.No

- Pacients diagnosticades de C01-N87.1 DISPLÀSIA DE COLL UTERÍ, MODERADA: variable qualitativa dicotòmica categoritzada en: 1.Sí; 0.No

- Pacients diagnosticades de C01-N87.9 DISPLÀSIA DE COLL UTERÍ NO ESPECIFICADA: variable qualitativa dicotòmica categoritzada en: 1.Sí; 0.No

- Pacients diagnosticades de C01-C53.9 NEOPLÀSIA MALIGNA LOCALITZACIÓ NE DEL COLL UTERÍ: variable qualitativa dicotòmica categoritzada en: 1.Sí; 0.No

- Pacients diagnosticades de C01-D06.1 CARCINOMA IN SITU D'EXOCÈRVIX: variable qualitativa dicotòmica categoritzada en: 1.Sí; 0.No

- Edat: variable quantitativa continua

- Tabaquisme: variable qualitativa discreta categoritzada en 1.Fumador diari; 2.Fumador ocasional; 3.Exfumador; 4.Exfumador passiu; 5.Fumador passiu; 6.No fumador; 7.Deixant; 8.No registrat

- Consum d'alcohol: variable qualitativa discreta categoritzada en 1.Abstemi; 2.Baix risc; 3.Consum de risc; 4.Consum perjudicial; 5.Dependència d'alcohol; 6. No registrat;

- TPAL descriu paritat de la dona T: Gestacions a terme, P: parts prematurs, A: Avortament, L: Fills nascuts vius: variable qualitativa discreta

- Pacients diagnosticades de Condiloma Acuminat: variable qualitativa dicotòmica categoritzada en: 1.Sí; 0.No

- Pacients diagnosticades de Herpes Genital: variable qualitativa dicotòmica categoritzada en: 1.Sí; 0.No
- Pacients diagnosticades de Infecció per Chlamydia: variable qualitativa dicotòmica categoritzada en: 1.Sí; 0.No
- Pacients diagnosticades de SIDA: variable qualitativa dicotòmica categoritzada en: 1.Sí; 0.No
- Pacients diagnosticades de Sífilis: variable qualitativa dicotòmica categoritzada en: 1.Sí; 0.No
- Pacients diagnosticades de Tricomoniosis: variable qualitativa dicotòmica categoritzada en: 1.Sí; 0.No

### 2.1.5 Procés d'obtenció de dades

Per tal d'obtenir les dades necessàries per a l'estudi s'ha de seguir un procés específic. El CAP St. Josep és un centre de l'ICS (Institut Català de Salut), això fa que per l'obtenció de dades s'hagin de seguir els procediments descrits per l'empresa pública explicats a continuació:

1. Posar-se en contacte amb el tècnic de salut referent del CAP.
2. Plantejar el TR a la USR (Unitat de Suport a la Recerca) de la Direcció d'Atenció Primària Costa Ponent per tal que ens indiqués el procediment a seguir en el meu cas. Ja que es tractava de l'obtenció de dades agregades i sense identificació, es va indicar que s'havia de fer arribar una petició al Comitè d'Ètica Assistencial (CEA) en Atenció Primària de l'ICS adjuntant un document de sessió de dades per part del director del CAP.
3. Fer arribar el document al CEA amb una explicació del treball i adjuntant la carta del director del CAP en que es cedia les dades pel TR (veure Annex C).
4. El CEA verifica la carta.
5. Es fa una petició de les dades al gabinet tècnic a través d'una aplicació

específica.

### 2.1.6 Consideracions ètiques

Donades les característiques de l'estudi mencionades en l'apartat 2.1.1, no ha sigut necessari sol·licitar el consentiment informat a les pacients per extreure les dades del Gabinet Tècnic, ja que aquestes són anònimes. Així s'assegura la confidencialitat a través de l'anonimat de les dades segons la legislació estatal vigent (Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades i Garantia dels Drets Digitals). Per altra banda, s'ha seguit el procediment establert per l'obtenció de les dades amb la participació del Comitè d'Ètica Assistencial en Atenció Primària de l'ICS.

### 2.1.7 Limitacions de l'estudi

Dins de las possibles limitacions trobem el fet de que es tracta d'un estudi basat en dades de la història clínica informatitzada. Una manca o errors de registre de les variables d'interès pot disminuir la validesa del resultat. A més a més, donada la petita grandària de la població amb lesions, aquests errors poden tenir magnituds importants.

## 2.2 Resultats

### 2.2.1 Descripció de la població assignada

La població de referència del present treball són les persones assignades al CAP de St. Josep de la ciutat de l'Hospitalet del Llobregat. A partir d'aquesta població de referència s'ha estudiat les dones amb lesions relacionades amb el VPH.

Per analitzar la població s'ha dut a terme una extracció de dades de la història clínica informatitzada eCAP. Les dades que es mostren a continuació han estat extretes a l'octubre del 2020.

***Taula 2.1*** *Distribució de la població de referència per intervals d'edat i sexe.*

| Grup edat | Dones | Homes | Total |
|---|---|---|---|
| 15 a 44 | 4.026 | 4.093 | 8.119 |
| 45 a 64 | 3.369 | 3.109 | 6.478 |
| 65 a 74 | 1.561 | 1.272 | 2.833 |
| 75 o més | 1.441 | 1.026 | 2.467 |
| **Total** | **10.397** | 9.500 | 19.897 |

El CAP de St Josep té assignada una població del voltant de 20.000 persones. La població femenina és més alta sobretot en les persones de 75 anys o més. Aquest aspecte s'explica perquè l'esperança de vida de les dones és més alta que la dels homes (veure taula 2.1).

En l'estudi només s'inclou a la població femenina ja que les lesions són al coll de l'úter, per tant, quan s'utilitza el terme població de referència només inclou a les dones.

***Taula 2.2*** *Consum de tabac de la població de referència per intervals d'edat.*
*$f$: freqüència absoluta; $fr$: freqüència relativa*

| | 15 a 44 | | 45 a 64 | | 65 a 74 | | 75 o més | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ |
| Exfum. pass. | 4 | 0,1 | 25 | 0,7 | 9 | 0,6 | 1 | 0,1 |
| Fum. pass. | 29 | 0,7 | 26 | 0,8 | 24 | 1,5 | 20 | 1,4 |
| Exfum. | 104 | 2,6 | 311 | 9,2 | 133 | 8,5 | 39 | 2,7 |
| Fum. ocas. | 15 | 0,4 | 14 | 0,4 | 2 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| Deixant | 24 | 0,6 | 47 | 1,4 | 8 | 0,5 | 1 | 0,1 |
| Fumadora | 421 | 10,5 | 553 | 16,4 | 102 | 6,5 | 14 | 1,0 |
| No fum. | 1.333 | 33,1 | 1.274 | 37,8 | 1.110 | 71,1 | 1.257 | 87,2 |
| No dades | 2.096 | 52,1 | 1.119 | 33,2 | 173 | 11,1 | 109 | 7,6 |
| Total | 4.026 | 100,0 | 3.369 | 100,0 | 1.561 | 100,0 | 1.441 | 100,0 |

Analitzant l'hàbit tabàquic de les dones de la població de referència, es veu que aquest és molt diferent en funció del grup d'edat. En el grup de dones de 14 a 44 anys són fumadores un 22% i arriba fins al 25% en el grup de 45-64. A partir dels 65 anys el consum de tabac disminueix de manera que en el grup de 65 a 74 anys les dones fumadores representen el 7,5% i aquest baixa al 1% en dones de 75 anys o més. Aquesta anàlisi està condicionada, tal i com es veu a la taula 2.2, pel percentatge de pacients que han estat interrogades sobre el consum de tabac. Les dades mostren que a mesura que augmenta l'edat es troben més dones interrogades al respecte. Així en el primer grup d'edat (15 a 44 anys) s'ha preguntat al 50% de les pacients i en el darrer (75 anys o més) aquest valor augmenta fins al 92%. Tot i aquest biaix de registre, sembla prou evident que el consum de tabac es concentra en dones de menys de 65 anys.

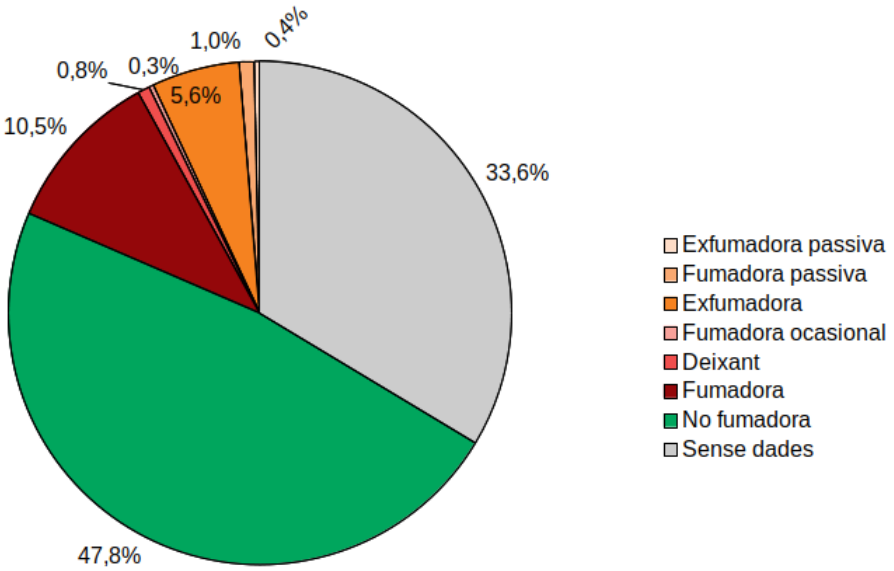



***Figura 2.1*** *Consum de tabac de la població de referència.*

*Font: Elaboració pròpia*

En el gràfic anterior (figura 2.1) es pot observar la distribució dels diferents tipus de consum, on es veu que el conjunt de dones fumadores en algun moment de la seva vida és del 17,2%. Aquest també destaca que les dades d'un terç de les dones no han sigut registrades.

***Taula 2.3*** *Consum d'alcohol de la població de referència per intervals d'edat.*

| | **15 a 44** | | **45 a 64** | | **65 a 74** | | **75 o més** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ |
| Abstèmia | $1037$ | $25,8$ | $1356$ | $40,2$ | $985$ | $63,1$ | $1145$ | $79,5$ |
| Baix risc | $654$ | $16,2$ | $815$ | $24,2$ | $404$ | $25,9$ | $196$ | $13,6$ |
| De risc | $9$ | $0,2$ | $15$ | $0,4$ | $1$ | $0,1$ | $1$ | $0,1$ |
| No dades | $2.326$ | $57,8$ | $1.183$ | $35,1$ | $171$ | $11,0$ | $99$ | $6,9$ |
| Total | $4.026$ | $100,0$ | $3.369$ | $100,0$ | $1.561$ | $100,0$ | $1.441$ | $100,0$ |

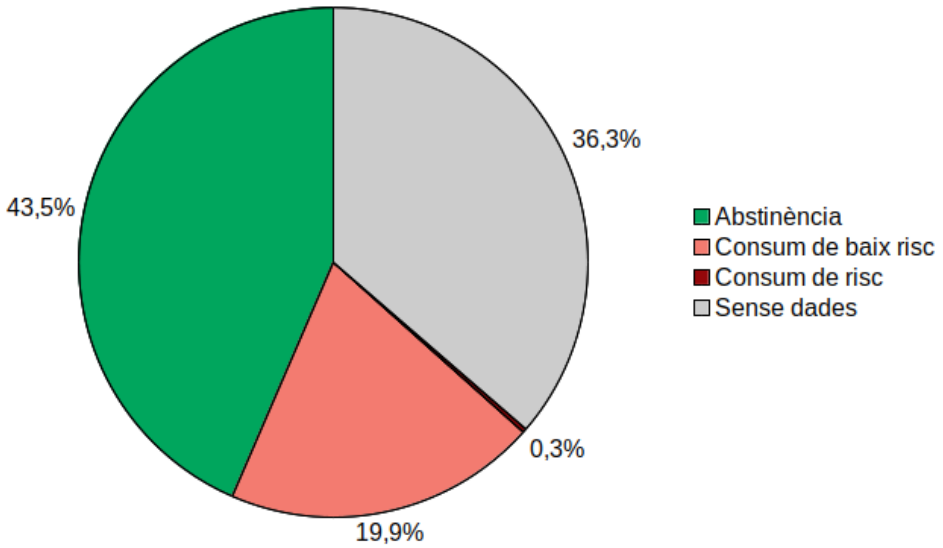



***Figura 2.2*** *Consum d'alcohol de la població de referència.*

*Font: Elaboració pròpia*

Per completar la fotografia de la població de dones assignades al CAP, a continuació es mira com és el consum d'alcohol (veure taula 2.3). A l'igual que en el cas del consum de tabac, en el cas de l'alcohol l'anàlisi de les dades està condicionada pel número de dones a les quals s'ha interrogat en aquest àmbit. En aquest cas, el percentatge de pacients interrogades també augmenta a mesura que augmenta la seva edat. Per altra banda, sempre que s'analitzen dades de consum d'alcohol cal tenir en compte que és complex saber el consum real d'aquest. En ocasions, la persona interrogada té tendència a minimitzar el consum real quan se li pregunta al respecte. Aquest biaixos que es comenten també es troben en la població a

estudi i per tant, no han de condicionar la comparació entre la mostra a estudi i la població de referència.

Posant el focus en les dones que refereixen ser abstèmies, es veu que en el grup de 15 a 44 anys aquestes arriben al 61%. En el següent grup d'edat (45 a 64 anys), el percentatge de dones que diuen no consumir mai alcohol pràcticament no varia sent del 62%. Aquest percentatge augmenta al 71% en dones de 65 a 74 anys i arriba al seu màxim en dones de 75 anys o més en el que és del 85%.

A l'analitzar com es distribueix el consum d'alcohol respecte el seu grau de severitat, es pot observar que en tots els grups d'edat dins de les dones consumidores, la major part formen part del consum de baix risc. El consum de risc queda concentrat en el grup de menys de 65 anys sent del 0,5% en dones de 15 a 44 anys i del 0,7% en el de 45 a 64 anys.

El gràfic de la figura 2.2 mostra que el consum d'alcohol del conjunt sense tenir en compte els intervals d'edat.

### 2.2.2 Resultats de les dades obtingudes amb l'extracció

La població de l'estudi la formen un total de 132 dones d'entre 23 i 86 anys a les quals se'ls ha diagnosticat algun tipus de lesió per VPH al coll de l'úter.

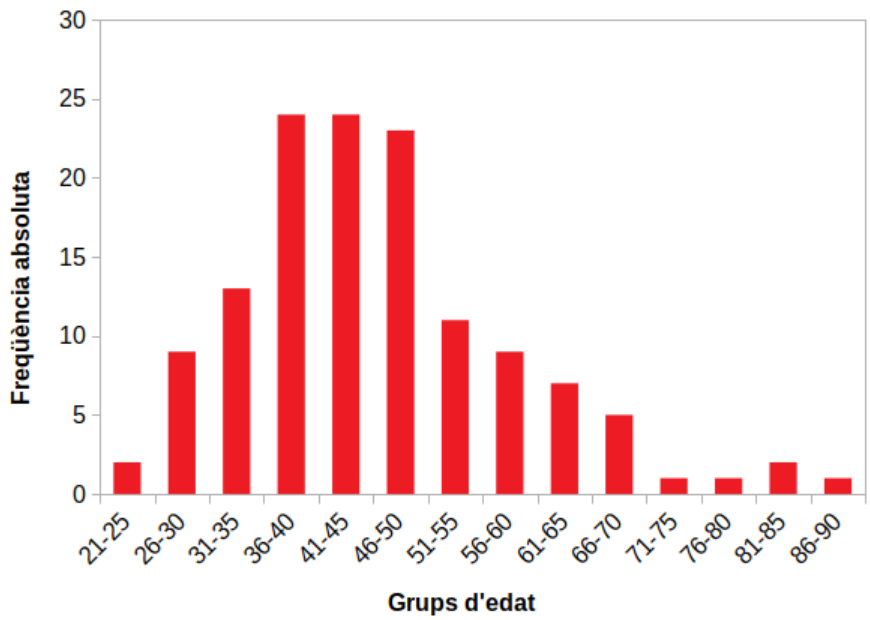



***Figura 2.3*** *Distribució de la població infectada per intervals d'edat de 5 anys.*

*Font: Elaboració pròpia*

Com es veu a la figura 2.3, la majoria de les dones amb lesions diagnosticades es troben concentrades en els grups d'edat de 36 a 50 anys, la seva edat mitjana és de 45,9 anys amb una desviació típica de 12,5 anys.

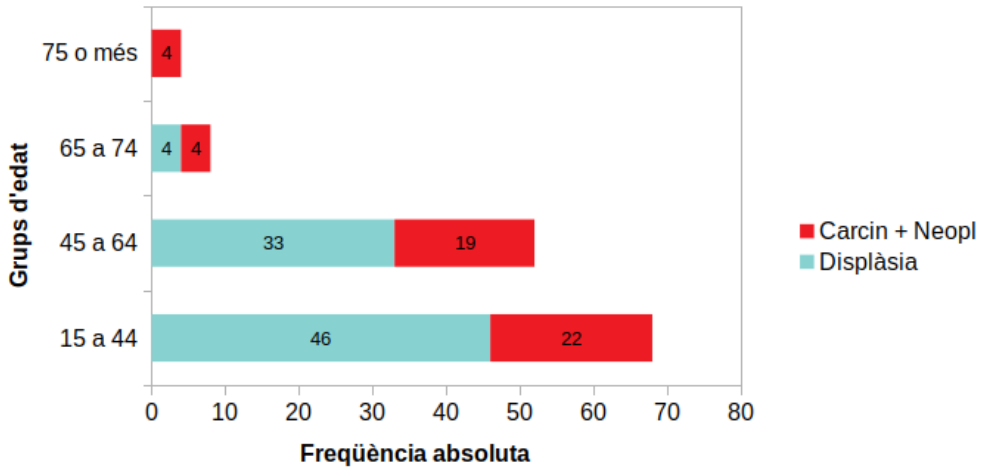



***Figura 2.4*** *Tipus de lesió en intervals d'edat.*

*Carcin: carcinoma in situ; Neopl: neoplàsia*

*Font: Elaboració pròpia*

Les diferents lesions trobades en les dones de l'estudi corresponen a les mencionades en l'apartat 2.1.4.

La Displàsia Moderada és la lesió més freqüent en les dones estudiades representant un 41,6% del total de lesions. Pel que fa a casos de càncer de cèrvix invasiu, 9 dones de l'estudi presenten aquesta malaltia. Representen una prevalença detectada de 0,9 casos de càncer de cèrvix per cada 1.000 dones.

En el gràfic de la figura 2.4 s'han agrupat les lesions més greus en color vermell (carcinoma in situ i neoplàsia) i les més lleus en color blau (displàsia). Clarament es pot veure com les lesions predominen en la franja d'edat 15-44, amb un major nombre de lesions lleus, que en la franja 45-64 s'iguala més amb les lesions d'alt risc i que a l'arribar a l'interval de 75 anys o més només perduren aquestes últimes.

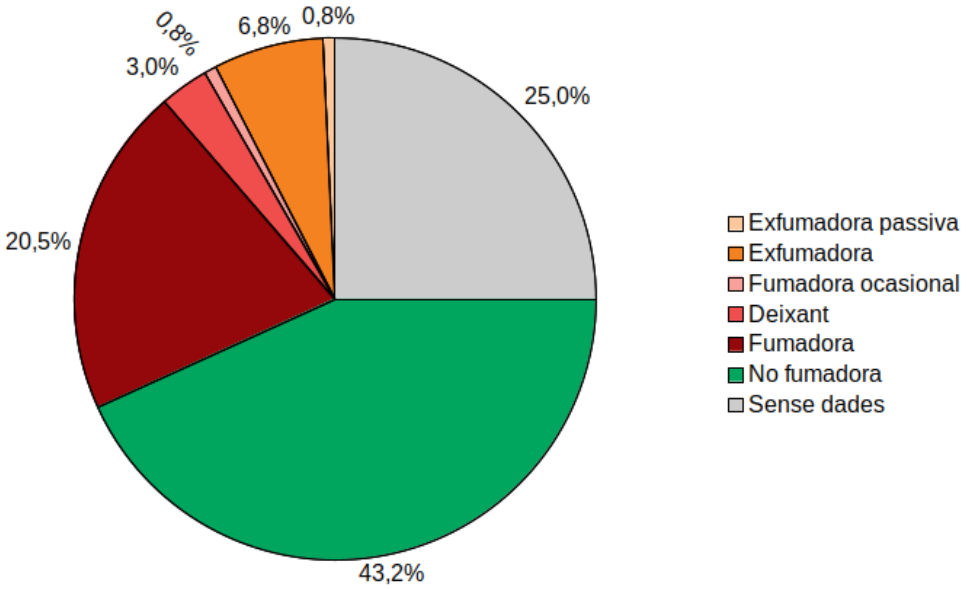



***Figura 2.5*** *Consum de tabac de la població infectada.*

*Font: Elaboració pròpia*

Respecte al consum de tabac de la població infectada, es pot veure com segueix predominant la població no fumadora, tot i així les dones que han fumat en alguna ocasió de la seva vida formen un percentatge força significatiu arribant al 31,1%. Un cop més s'ha de valorar que el 25% d'elles no van ser interrogades en aquest àmbit (figura 2.5). Per a veure el consum en intervals d'edat vegeu la taula A.6 de l'annex.

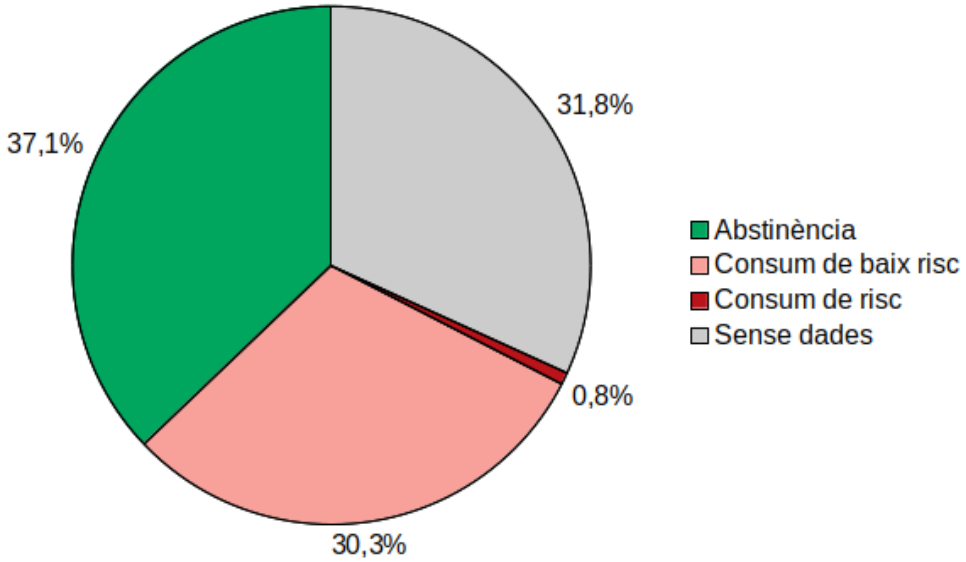



***Figura 2.6*** *Consum d'alcohol de la població infectada.*

*Font: Elaboració pròpia*

La figura 2.6 mostra que un 40,1% de la població infectada és consumidora d'alcohol, essent el percentatge de consum de risc molt baix però força subjectiu ja que, com s'ha dit abans, la població tendeix a minimitzar els aspectes negatius quan és interrogada. Les dades sense registre també formen un percentatge alt en aquest apartat. Per a veure el consum d'alcohol en intervals d'edat vegeu la taula A.7 de l'annex.

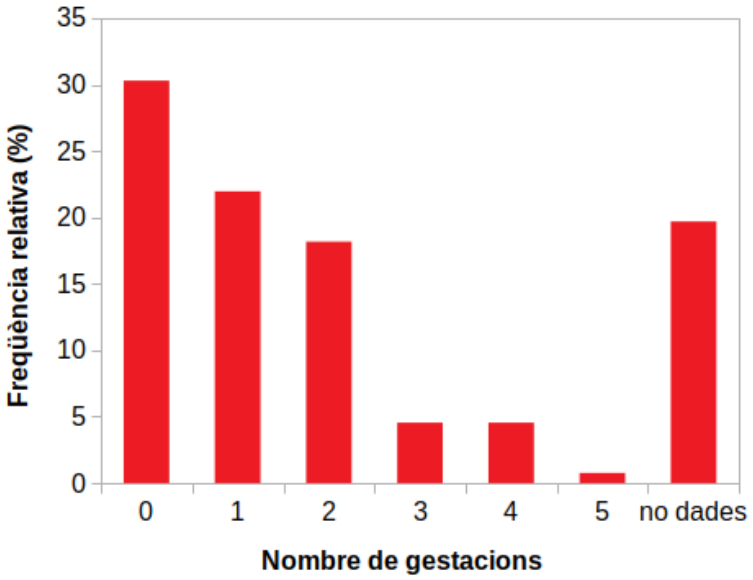



***Figura 2.7*** *Distribució de la població infectada per nombre de parts.*

*Font: Elaboració pròpia*

Com es pot veure en la figura 2.7, el nombre de gestacions de les dones de la població amb lesions no formen un percentatge significatiu, a mesura que augmenten els parts, disminueix el nombre de dones que els han dut a terme. Pràcticament una cinquena part no han sigut interrogades en aquest àmbit. Es pot consultar la distribució per intervals d'edat a la taula A.8.

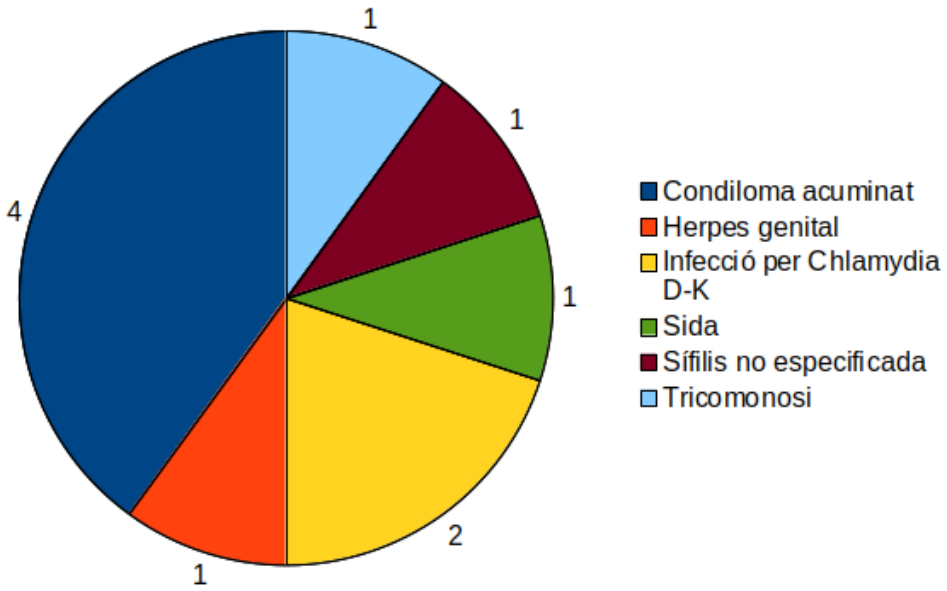



***Figura 2.8*** *Altres Infeccions de Transmissió Sexual.*

*Font: Elaboració pròpia*

Per últim, les dades mostren que el percentatge de dones que presenten altres ITS és només d'un 6,8%; dins d'aquest hi trobem una distribució força equitativa, exceptuant la infecció de condiloma acuminat que destaca per sobre de la resta. Tot i així, el nombre de casos és tant petit que un mínim error ja modifica els percentatges de l'estudi.

## 2.3 Conclusions de l'estudi

La prevalença detectada de lesions al coll de l'úter en l'estudi és de 12,7 casos cada 1.000 dones. I en concret, en la de càncer invasiu (neoplàsia) la prevalença detectada és de 0,9 casos cada 1.000 dones. Com comenta la Dra. Del Pino en la seva entrevista D.1, no es disposa de dades detallades respecte a les lesions derivades del VPH en l'entorn. Sense poder ser precisa, sembla que la detecció

a la població estudiada és alta. Aquest aspecte el podria explicar el fet que, per qüestions socioeconòmiques, la major part de la població de referència acudeix a la sanitat pública de manera pràcticament exclusiva i, per tant, la detecció registrada és molt bona. El nivell socioeconòmic baix, com ja s'ha explicat a l'apartat 1.2.4, actua com un factor de risc per presentar lesions per VPH.

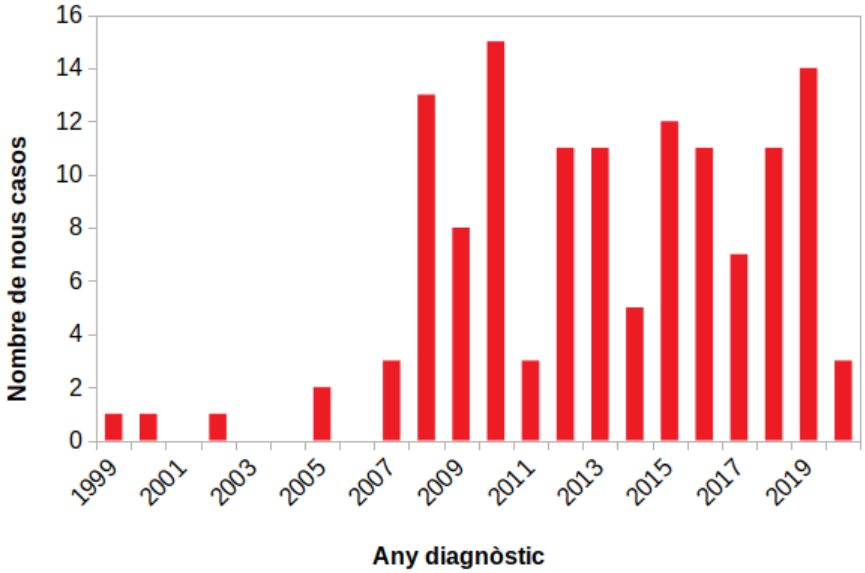



***Figura 2.9*** *Incidència anual de les lesions per VPH entre la població de referència.*
*Font: Elaboració pròpia*

A l'observar la incidència anual de lesions al coll de l'úter a l'ABS de St. Josep, mostrada en la figura 2.9, es veu un primer augment al 2007 i una gran pujada al 2008 que s'ha anat mantenint fins al 2019. Aquest fet es pot explicar a causa de l'aplicació d'un nou programa de cribratge de càncer de coll d'úter a Catalunya l'any 2006 que va fer que es detectessin molts més casos que en els anys anteriors [18].

Com a conseqüència de la pandèmia de la COVID19, probablement al final del 2020 s'observarà una disminució de la incidència arrel de l'aturada del programa de cribratge durant molts mesos.

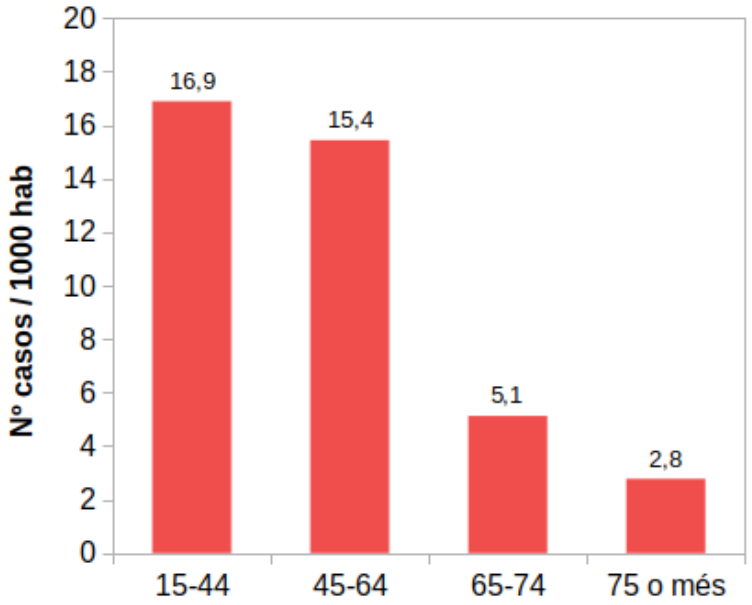



***Figura 2.10*** *Prevalença detectada de lesions per VPH al coll de l'úter per franges d'edat.*
*Font: Elaboració pròpia*

A l'analitzar els resultats de l'estudi es pot concloure que la població afectada de lesions relacionades amb el VPH és una població jove (figura 2.10). En concret l'interval 15-44, concentra el major nombre de dones amb lesions per VPH al coll de l'úter, confirmant així els resultats d'estudis que demostren que les franges joves tendeixen a tenir un major nombre d'infeccions a causa d'un comportament sexual més actiu. També cal tenir en compte que en aquesta franja d'edat les dones acudeixen més a les revisions ginecològiques.

En l'estudi s'ha observat que les displàsies són més freqüents que les lesions greus com el carcinoma in situ o la neoplàsia. Concretament, la lesió més registrada en les pacients estudiades és la displàsia moderada. Se sap que bona part de les lesions lleus-moderades regressen de manera espontània sense progressar mai a lesions greus. A més, actualment les lesions potencialment greus que no es resolen es tracten amb tècniques quirúrgiques sense permetre la seva evolució a estadis que puguin posar en risc la vida de la dona afectada. Aquests aspectes comentats expliquen la distribució de les lesions de la població estudiada.

Els resultats obtinguts mostren que les lesions greus, enteses com a carcinomes in

situ o neoplàsies invasives, quasi exclusivament afecten a dones d'edat avançada. Hi ha diverses hipòtesis que poden explicar aquest resultat. Per una banda, la història natural de la malaltia, ja que se sap que pel desenvolupament d'un càncer a partir d'una lesió lleu habitualment passen anys. Això explica que les lesions més greus les presentin les dones més grans. Per l'altra, a les dones que actualment tenen una edat avançada, quan eren joves no se'ls realitzava cribratges i, per tant, a la seva història clínica no s'hi troben antecedents de displàsia lleu perquè no es detectava. Per a algunes d'elles, probablement, el primer diagnòstic va ser directament el de càncer.

Degut a la manca d'uniformitat del sistema de recollida de dades, no ha sigut possible comparar totes les variables d'interès entre la població amb lesions i la de referència, ja que en el registre d'aquesta última no hi constaven ni el nombre de gestacions ni la presència d'altres ITS.

Com que el nombre de dones sense dades sobre el consum de tabac i d'alcohol és força elevat, s'han eliminat aquestes entrades i, per a fer els gràfics i calcular els percentatges, només s'han utilitzat les que sí contenien aquesta informació.

Per facilitar la interpretació dels resultats s'han agrupat per una banda, les dones fumadores, exfumadores, fumadores ocasionals i les que ho estan deixant i per l'altra, les exfumadores passives, fumadores passives i no fumadores. En l'àmbit de l'alcohol s'ha fet el mateix agrupant consum de risc i consum de baix risc.

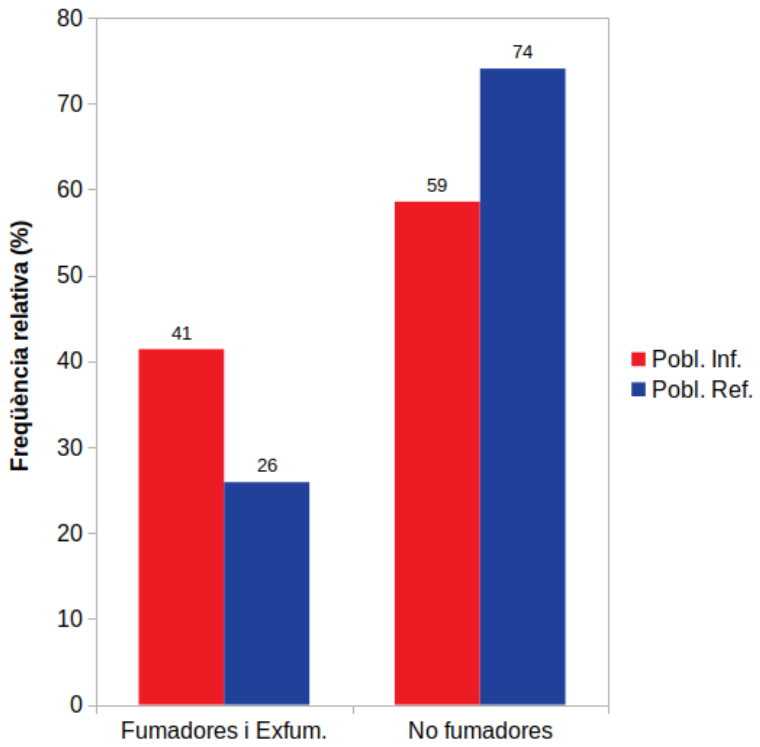



***Figura 2.11*** *Comparativa del consum de tabac entre la població de referència i la infectada.*
*Font: Elaboració pròpia*

Tal i com mostra la figura 2.11, el percentatge de fumadores entre la població infectada (41%) és significativament superior que en la població de referència (26%) i, en conseqüència, en l'apartat de no fumadores i fumadores passives, predominen les de la població de referència.

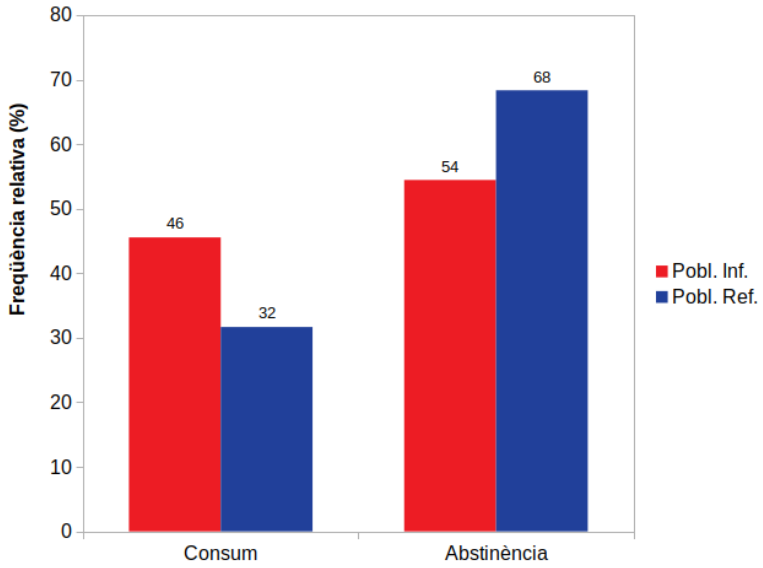



***Figura 2.12*** *Comparativa del consum d'alcohol entre la població de referència i la infectada.*
*Font: Elaboració pròpia*

Així mateix, en la figura 2.12, el consum d'alcohol és major en la població afectada de lesions per VPH respecte a la de referència.

Per tant, els resultats de l'estudi confirmen clarament la hipòtesi inicial del treball, és a dir, que el consum de tabac i alcohol és significativament més elevat entre les dones amb lesions que entre la població de referència. I que, per tant, aquestes conductes poden ser descrites com a factors de risc en el contagi de VPH i en el posterior desenvolupament de lesions al coll de l'úter.

## 2.4 Entrevistes

Per complementar el treball quantitatiu s'han realitzat dues entrevistes. La primera a la Dra. Marta del Pino, ginecòloga de la unitat de lesions premalignes de l'Hospital Clínic. I la segona a la Dra. Lázaro, ginecòloga de l'ASSIR (Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva) Delta. Es poden veure complertes a l'annex D.

Gràcies a la seva visió he pogut confirmar algunes impressions sorgides durant l'anàlisi de les dades, com la falta de bases de dades de qualitat per al recull de la història clínica de les pacients. També la necessitat d'una bona educació sexual en la qual es tingui tota la informació necessària per a protegir-se i per a saber què és el que comporta agafar una infecció. A més a més, m'ha ajudat a aclarir la part teòrica i a entendre els circuits i protocols a seguir quan es detecta un cas positiu o de lesió per VPH.

# Capítol 3

# Conclusions

Amb la presentació d'aquest treball finalitzo l'enorme tasca de recerca duta a terme durant mesos. He aconseguit el meu principal objectiu, fer l'estudi descriptiu de les dones amb lesions per VPH al coll de l'úter d'una Àrea Bàsica de Salut de l'Hospitalet de Llobregat i identificar alguns dels principals factors de risc de la infecció. A més a més, també he pogut observar que el sistema de recollida de dades del país és clarament millorable, ja que no tenir una base de dades unificada on hi apareguin les mateixes variables d'interès complica molt l'elaboració d'estudis poblacionals. Per tant, seria interessant destinar-hi més diners per dissenyar campanyes de prevenció i disposar d'eines per avaluar-ne l'eficàcia. Arrel de les entrevistes fetes a dues ginecòlogues, he pogut confirmar que falta informació de qualitat respecte les MTS entre la població i que caldria implementar uns bons programes d'educació en el terreny de la salut sexual i reproductiva a les escoles.

Tot i la gran importància dels programes de detecció precoç i els diferents tractaments disponibles, he pogut constatar que la principal eina per a poder erradicar el CCU és la vacunació sistemàtica de la població, ja que les dues primeres serveixen per prevenir el desenvolupament de lesions d'alt risc, però és la vacunació la que aconsegueix tallar les cadenes de transmissió de les soques més agressives del virus.

Amb la realització d'aquest treball he après molt, tant sobre el VPH i tot el que l'envolta, com d'estadística descriptiva mitjançant l'ús d'eines informàtiques com el LibreOffice Calc. També he après a organitzar un projecte de recerca, a buscar estudis i articles científics, redactar i organitzar el text, elaborar una bona bibliografia i citar-la correctament i, per últim, a utilitzar el LaTeX, un editor de textos molt utilitzat en l'àmbit científic.

# Bibliografia


[1] VVAA. *Infección por VPH*. Accessed 2020/08/16. Mayo Clinic. EUA. URL: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hpv-infection/symptoms-causes/syc-20351596.

[2] A. Torné Bladé et al. *Càncer de Coll d'Úter*. Clínic Barcelona. Hospital universitari. 2020. URL: https://www.clinicbarcelona.org/ca/asistencia/malalties/cancer-de-coll-duter.

[3] L. Bruni et al. *Human Papillomavirus and Related Diseases in Spain. Summary Report*. Accessed 2020/08/19. ICO/IARC Information Centre on HPV i Cancer (HPV Information Centre), juny de 2019. URL: https://www.hpvcentre.net/statistics/reports/ESP.pdf.

[4] L. Sánchez Lorenzo. *Cáncer de Cérvix*. Sociedad Española de Oncología Médica. 2020. URL: https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cervix.

[5] *Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. Nota descriptiva*. Organización Mundial de la Salud. 2019. URL: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer.

[6] *Prevención y regresión del VPH: el Messi del sistema inmune*. Hospital Ruber Internacional, Madrid. 2018. URL: https://www.unidaddelamujer.es/sistema-inmune-prevencion-y-regresion-vph/.

[7] M.L. Medina, M.G. Medina i L.A. Merino. "Principales conductas de riesgo sobre Papilomavirus Humano en universitarios argentinos". A: *Avances en odontoestomatología* 34.6 (2018), pàg. 311 - 319. ISSN: 2340-3152. URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852018000600005.

[8] *Virus del Papiloma Humano*. Asociación Española de Pediatria (AEP), Comité Asesor de Vacunas (CAV). 2018. URL: https://vacunasaep.org/profesionales/enfermedades/virus-del-papiloma-humano.

[9] M.A. Luna-Blanco i G. Sánchez-Ramírez. "Posibilidades sociales de prevención de la infección por virus del papiloma humano y de cáncer cervicouterino en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México". A: *LiminaR. Estudios sociales y humanísticos* 12.2 (2014). ISSN: 2007-8900. URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-80272014000200005&script=sci_arttext.

[10] X. Castellsagué et al. "Prevalence and Genotype Distribution of Human Papillomavirus Infection of the Cervix in Spain: The CLEOPATRE study". A: *Journal of Medical Virology* 84 (2012), pàg. 947-956. DOI: 10.1002/jmv.23282. URL: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jmv.23282.

[11] Intramed. *Test de ADN de HPV oncogénico y citología cervical*. 2008. URL: https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=54723.

[12] *Programa de detecció precoç de càncer de coll d'úter*. Accessed 2020/08/16. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. URL: https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/c/cancer/deteccio-precoc/programes-de-deteccio-precoc/cancer-de-coll-duter/.

[13] *Protocol de les activitats per al cribratge del càncer de coll uterí a l'atenció primària*. Accessed 2020/11/28. Des. de 2007. ISBN: 978-84-393-7648-4. URL: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/C/cancer/recursos_prof/deteccio_precoc/protocol_cribratge_cancer_coll_uter.pdf.

[14] *Un nou programa de cribratge poblacional de càncer de coll uterí permetria millorar-ne l'eficàcia i la qualitat a Catalunya*. Internet. Accessed 2020/12/23. Institut Català d'Oncologia (ICO), Departament de Salut (Generalitat de Catalunya), 2019. URL: http://ico.gencat.cat/ca/detall/noticia/Nova-Noticia-11060.

[15] *Informe europeo sobre seguridad de las vacunas frente al VPH*. Accessed 2020/10/04. Agencia Europea de Medicamentos (EMA), nov. de 2015. URL:

https://vacunasaep.org/print/profesionales/noticias/informe-ema-sobre-seguridad-vacunas-vph.

[16] *Vacunación profiláctica frente al VPH tras la conización: una revisión sistemática y un metaanálisis*. Accessed 2020/11/14. Asociación Española de Vacunología. 2020. URL: https://www.vacunas.org/vacunacion-profilactica-frente-al-vph-tras-la-conizacion-una-revision-sistematica-y-un-metaanalisis/.

[17] *Nova estratègia mundial per eliminar el càncer de cèrvix*. Accessed 2020/11/25. IDIBELL (Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge). Nov. de 2020. URL: https://idibell.cat/2020/11/nova-estrategia-mundial-per-eliminar-el-cancer-de-cervix/.

[18] S Sanjosé et al. *Avaluació del protocol de les activitats de cribratge de càncer de coll uterí a l'Atenció Primària a Catalunya. Informe Tècnic*. Internet. Institut Català d'Oncologia, 2013. URL: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/C/cancer/recursos_prof/deteccio_precoc/avaluacio_cribratge_2006_2012.pdf.

[19] F. V. Caro i S. Cano. "Cáncer de cuello uterino: una mirada integral con perspectiva de género". A: *Revista colombiana de enfermería* 12 (2016), pàg. 83 - 89. ISSN: 2346-2000. URL: https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/1690/1328.

[20] C. M. Cortés García. "Cáncer de cuello uterino: una enfermedad de mujeres con perspectiva de género. Reflexiones para el trabajo en salud pública." A: Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Florianápolis, Brasil). 2013. URL: http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1384271314_ARQUIVO_cLAUDIAgARCIA.pdf.

[21] E. de la Fuente Díez i L.M. Mira Ferrer. "Las 47 preguntas sobre el virus del papiloma humano, VPH". A: *Medicina y seguridad del trabajo* 54.212 (2008). ISSN: 1989-7790. URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000300010.

[22] *Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva*. Organización Mundial de la Salud. 2019. URL: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis).

[23] *Cáncer de Cérvix*. Accessed 2020/08/16. Asociación Española Contra el Cáncer. URL: https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-cuello-uterino-cervix/vph.

[24] *Virus Papiloma Humano (VPH)*. Accessed 2020/08/16. Asociación Española de Ginecología y Obstetricia. URL: https://www.aego.es/enfermedades/vph.

[25] J. Gaspar et al. "Factores sociodemográficos y clínicos de mujeres con el VPH y su asociación con el VIH". A: *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 23.1 (2015), pàg. 74-81. ISSN: 1518-8345. URL: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000100074&lng=es&tlng=es.

[26] G.D. Deluca et al. "Infección por chlamydia trachomatis y papilomavirus en mujeres con alteraciones citohistologicas de cuello uterino". A: *Revista Medicina. Buenos Aires* 66 (2006), pàg. 303-306. ISSN: 0025-7680. URL: https://www.researchgate.net/publication/6816163_Chlamydia_trachomatis_and_papillomavirus_infection_in_women_with_cytohistological_abnormalities_in_uterine_cervix.

[27] S. de Sanjosé Llongueras i A.M. García García, ed. *Virus del papiloma humano y cáncer: epidemiología y prevención. 4a Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología*. Internet. 2006. URL: https://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/4monografiaVirusPapilomaYCancer.pdf.

[28] I. Pachón del Amo et al. *Virus del papiloma humano. Situación actual, vacunas y perspectivas de su utilización*. Internet. Ministerio de Sanidad, Dirección general de salud pública, 2007. URL: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/VPH_2007.pdf.

# Índex de figures


1.1 Estructura i vista exterior del VPH . . . . . 9
1.2 Berrugues genitals femenines . . . . . 11
1.3 Altres berrugues causades per VPH . . . . . 12
1.4 Esquema del cèrvix i les seves parts . . . . . 13
1.5 Imatges de lesions al coll de l'úter . . . . . 14
1.6 Esquema simplificat dels estats transitoris de la infecció per VPH i del CCU . . . . . 15
1.7 Algoritme de cribratge de la població femenina d'entre 25 i 65 anys 22
1.8 Calendari vacunacions sistemàtiques del 2020 . . . . . 23
1.9 Conització cervical . . . . . 26

2.1 Consum de tabac de la població de referència . . . . . 33
2.2 Consum d'alcohol de la població de referència . . . . . 34
2.3 Distribució de la població infectada per intervals d'edat de 5 anys . 36
2.4 Tipus de lesió en intervals d'edat . . . . . 36
2.5 Consum de tabac de la població infectada . . . . . 37
2.6 Consum d'alcohol de la població infectada . . . . . 38
2.7 Distribució de la població infectada per nombre de parts . . . . . 38
2.8 Altres Infeccions de Transmissió Sexual . . . . . 39
2.9 Incidència anual de les lesions per VPH entre la població de referència 40
2.10 Prevalença detectada de lesions per VPH al coll de l'úter per franges d'edat . . . . . 41
2.11 Comparativa del consum de tabac . . . . . 43
2.12 Comparativa del consum d'alcohol . . . . . 43

# Índex de taules


2.1 Distribució de la població de referència per intervals d'edat i sexe. 32
2.2 Consum de tabac de la població de referència per intervals d'edat 32
2.3 Consum d'alcohol de la població de referència per intervals d'edat. 34

A.1 Distribució de la població de referència per intervals d'edat i sexe. 53
A.2 Consum de tabac de la població de referència per intervals d'edat. 54
A.3 Consum d'alcohol de la població de referència per intervals d'edat. 54
A.4 Distribució de la població infectada per intervals d'edat. . . . . 55
A.5 Tipus de lesió de la població infectada per intervals d'edat. . . . . 55
A.6 Consum de tabac de la població infectada per intervals d'edat. . . 56
A.7 Consum d'alcohol de la població infectada per intervals d'edat. . . 56
A.8 Nombre de gestacions a terme de la població infectada per intervals d'edat. . . . . 57
A.9 Altres ITS de la població infectada per intervals d'edat. . . . . 57
A.10 Comparativa de la població infectada amb la de referència per intervals d'edat. . . . . 58
A.11 Comparativa del consum de tabac de la població infectada amb la de referència. . . . . 58
A.12 Comparativa del consum de tabac de la població infectada amb la de referència. . . . . 59

# Annex A

# Taules de dades analitzades

En totes les taules de l'estudi, s'utilitza la variable $f$ per la freqüència absoluta i $f_r$ per la freqüència relativa.

## A.1 Dades Població de Referència

En les següents taules es presenten les dades obtingudes de la població assignada a l'Equip d'Atenció Primària (EAP) de l'Hospitalet de Llobregat.

***Taula A.1*** *Distribució de la població de referència per intervals d'edat i sexe.*

| Grup edat | Dones | Homes | Total |
|---|---|---|---|
| 15 a 44 | 4.026 | 4.093 | 8.119 |
| 45 a 64 | 3.369 | 3.109 | 6.478 |
| 65 a 74 | 1.561 | 1.272 | 2.833 |
| 75 o més | 1.441 | 1.026 | 2.467 |
| **Total** | **10.397** | 9.500 | 19.897 |

***Taula A.2*** *Consum de tabac de la població de referència per intervals d'edat.*

| | **15 a 44** | | **45 a 64** | | **65 a 74** | | **75 o més** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ |
| Exfum. pass. | 4 | 0,1 | 25 | 0,7 | 9 | 0,6 | 1 | 0,1 |
| Fum. pass. | 29 | 0,7 | 26 | 0,8 | 24 | 1,5 | 20 | 1,4 |
| Exfum. | 104 | 2,6 | 311 | 9,2 | 133 | 8,5 | 39 | 2,7 |
| Fum. ocas. | 15 | 0,4 | 14 | 0,4 | 2 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| Deixant | 24 | 0,6 | 47 | 1,4 | 8 | 0,5 | 1 | 0,1 |
| Fumadora | 421 | 10,5 | 553 | 16,4 | 102 | 6,5 | 14 | 1,0 |
| No fum. | 1.333 | 33,1 | 1.274 | 37,8 | 1.110 | 71,1 | 1.257 | 87,2 |
| No dades | 2.096 | 52,1 | 1.119 | 33,2 | 173 | 11,1 | 109 | 7,6 |
| Total | 4.026 | 100,0 | 3.369 | 100,0 | 1.561 | 100,0 | 1.441 | 100,0 |

***Taula A.3*** *Consum d'alcohol de la població de referència per intervals d'edat.*

| | **15 a 44** | | **45 a 64** | | **65 a 74** | | **75 o més** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ |
| Abstèmia | 1037 | 25,8 | 1356 | 40,2 | 985 | 63,1 | 1145 | 79,5 |
| Baix risc | 654 | 16,2 | 815 | 24,2 | 404 | 25,9 | 196 | 13,6 |
| De risc | 9 | 0,2 | 15 | 0,4 | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 |
| No dades | 2.326 | 57,8 | 1.183 | 35,1 | 171 | 11,0 | 99 | 6,9 |
| Total | 4.026 | 100,0 | 3.369 | 100,0 | 1.561 | 100,0 | 1.441 | 100,0 |

## A.2 Dades Població Infectada

Les següents taules s'han elaborat a partir de l'anàlisi de les dades brutes extretes del Departament Tècnic de l'EAP de St. Josep de l'Hospitalet de Llobregat. (Enllaç al fitxer de dades brutes)

***Taula A.4*** *Distribució de la població infectada per intervals d'edat.*

| **Grup edat** | $f$ | $f\ acum$ | $fr(\%)$ | $fr\ acum(\%)$ |
|---|---|---|---|---|
| 21 a 25 | $2$ | $2$ | $1,5$ | $1,5$ |
| 26 a 30 | $9$ | $11$ | $6,8$ | $8,3$ |
| 31 a 35 | $13$ | $24$ | $9,8$ | $18,2$ |
| 36 a 40 | $24$ | $48$ | $18,2$ | $36,4$ |
| 41 a 45 | $24$ | $72$ | $18,2$ | $54,5$ |
| 46 a 50 | $23$ | $95$ | $17,4$ | $72,0$ |
| 51 a 55 | $11$ | $106$ | $8,3$ | $80,3$ |
| 56 a 60 | $9$ | $115$ | $6,8$ | $87,1$ |
| 61 a 65 | $7$ | $122$ | $5,3$ | $92,4$ |
| 66 a 70 | $5$ | $127$ | $3,8$ | $96,2$ |
| 71 a 75 | $1$ | $128$ | $0,8$ | $97,0$ |
| 76 a 80 | $1$ | $129$ | $0,8$ | $97,7$ |
| 81 a 85 | $2$ | $131$ | $1,5$ | $99,2$ |
| 86 a 90 | $1$ | $132$ | $0,8$ | $100,0$ |

***Taula A.5*** *Tipus de lesió de la població infectada per intervals d'edat.*

| | **15 a 44** | | **45 a 64** | | **65 a 74** | | **75 o més** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ |
| Displ. NE | $7$ | $10,3$ | $8$ | $15,4$ | $2$ | $25,0$ | $0$ | $0,0$ |
| Displ. lleu | $34$ | $50,0$ | $19$ | $36,5$ | $2$ | $25,0$ | $0$ | $0,0$ |
| Displ. mod. | $5$ | $7,4$ | $6$ | $11,5$ | $0$ | $0,0$ | $0$ | $0,0$ |
| Neopl. malig. | $3$ | $4,4$ | $3$ | $5,8$ | $2$ | $25,0$ | $1$ | $25,0$ |
| Carcin. in situ | $19$ | $27,9$ | $16$ | $30,8$ | $2$ | $25,0$ | $2$ | $50,0$ |
| Carcin. exocerv. | $0$ | $0,0$ | $0$ | $0,0$ | $0$ | $0,0$ | $1$ | $25,0$ |
| Total | $68$ | $100,0$ | $52$ | $100,0$ | $8$ | $100,0$ | $4$ | $100,0$ |

***Taula A.6*** *Consum de tabac de la població infectada per intervals d'edat.*

| | **15 a 44** | | **45 a 64** | | **65 a 74** | | **75 o més** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ |
| Exfum. pass. | $0$ | $0,0$ | $1$ | $1,9$ | $0$ | $0,0$ | $0$ | $0,0$ |
| Exfum. | $3$ | $4,4$ | $3$ | $5,8$ | $2$ | $25,0$ | $1$ | $25,0$ |
| Fum. ocas. | $0$ | $0,0$ | $1$ | $1,9$ | $0$ | $0,0$ | $0$ | $0,0$ |
| Deixant | $2$ | $2,9$ | $2$ | $3,8$ | $0$ | $0,0$ | $0$ | $0,0$ |
| Fumadora | $17$ | $25,0$ | $10$ | $19,2$ | $0$ | $0,0$ | $0$ | $0,0$ |
| No fum. | $24$ | $35,3$ | $24$ | $46,2$ | $6$ | $75,0$ | $3$ | $75,0$ |
| No dades | $22$ | $32,4$ | $11$ | $21,2$ | $0$ | $0,0$ | $0$ | $0,0$ |
| Total | $68$ | $100,0$ | $52$ | $100,0$ | $8$ | $100,0$ | $4$ | $100,0$ |

***Taula A.7*** *Consum d'alcohol de la població infectada per intervals d'edat.*

| | **15 a 44** | | **45 a 64** | | **65 a 74** | | **75 o més** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ |
| Abstèmia | $17$ | $25,0$ | $26$ | $50,0$ | $3$ | $37,5$ | $3$ | $75,0$ |
| Baix risc | $20$ | $29,4$ | $14$ | $26,9$ | $5$ | $62,5$ | $1$ | $25,0$ |
| De risc | $0$ | $0,0$ | $1$ | $1,9$ | $0$ | $0,0$ | $0$ | $0,0$ |
| No dades | $31$ | $45,6$ | $11$ | $21,2$ | $0$ | $0,0$ | $0$ | $0,0$ |
| Total | $68$ | $100,0$ | $52$ | $100,0$ | $8$ | $100,0$ | $4$ | $100,0$ |

***Taula A.8*** *Nombre de gestacions a terme de la població infectada per intervals d'edat.*

| | **15 a 44** | | **45 a 64** | | **65 a 74** | | **75 o més** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ |
| 0 | $30$ | $44,1$ | $9$ | $17,3$ | $0$ | $0,0$ | $1$ | $25,0$ |
| 1 | $14$ | $20,6$ | $10$ | $19,2$ | $5$ | $62,5$ | $0$ | $0,0$ |
| 2 | $9$ | $13,2$ | $15$ | $28,8$ | $0$ | $0,0$ | $0$ | $0,0$ |
| 3 | $4$ | $5,9$ | $1$ | $1,9$ | $1$ | $12,5$ | $0$ | $0,0$ |
| 4 | $1$ | $1,5$ | $4$ | $7,7$ | $0$ | $0,0$ | $0$ | $0,0$ |
| 5 | $0$ | $0,0$ | $1$ | $1,9$ | $0$ | $0,0$ | $0$ | $0,0$ |
| No dades | $10$ | $14,7$ | $12$ | $23,1$ | $2$ | $25,0$ | $2$ | $50,0$ |
| Total | $68$ | $100,0$ | $52$ | $100,0$ | $8$ | $100,0$ | $4$ | $100,0$ |

***Taula A.9*** *Altres ITS de la població infectada per intervals d'edat.*

| | **15 a 44** | | **45 a 64** | | **65 a 74** | | **75 o més** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ | $f$ | $fr(\%)$ |
| Sí | $7$ | $10,3$ | $4$ | $7,7$ | $0$ | $0,0$ | $0$ | $0,0$ |
| No/No dades | $61$ | $89,7$ | $48$ | $92,3$ | $8$ | $100,0$ | $4$ | $100,0$ |
| Total | $68$ | $100,0$ | $52$ | $100,0$ | $8$ | $100,0$ | $4$ | $100,0$ |

## A.3 Taules Comparativa

Les següents taules s'han elaborat analitzant les dades obtingudes de la població de referència i les de la població infectada.

***Taula A.10*** *Comparativa de la població infectada amb la de referència per intervals d'edat.*

| **Grup edat** | **Població infectada** | | **Població referència** | |
|---|---|---|---|---|
| | $f$ | $fr\ (\%)$ | $f$ | $fr\ (\%)$ |
| 15 a 44 | $68$ | $51,5$ | $4.026$ | $38,7$ |
| 45 a 64 | $52$ | $39,4$ | $3.396$ | $32,4$ |
| 65 a 74 | $8$ | $6,1$ | $1.561$ | $15,0$ |
| 75 o més | $4$ | $3,0$ | $1.441$ | $13,9$ |
| Total | $132$ | $100,0$ | $10.397$ | $100,0$ |

***Taula A.11*** *Comparativa del consum de tabac de la població infectada amb la de referència.*

| | **Població infectada** | | **Població referència** | |
|---|---|---|---|---|
| | $f$ | $fr\ (\%)$ | $f$ | $fr\ (\%)$ |
| Exfum. pass. | $1$ | $0,8$ | $39$ | $0,4$ |
| Fum. pass. | - | - | $99$ | $1,0$ |
| Exfum. | $9$ | $6,8$ | $587$ | $5,6$ |
| Fum. ocas. | $1$ | $0,8$ | $31$ | $0,3$ |
| Deixant | $4$ | $3,0$ | $80$ | $0,8$ |
| Fumadora | $27$ | $20,5$ | $1.090$ | $10,5$ |
| No fum. | $57$ | $43,2$ | $4.974$ | $47,8$ |
| No dades | $33$ | $25,0$ | $3.497$ | $33,6$ |
| Total | $132$ | $100,0$ | $10.397$ | $100,0$ |

***Taula A.12*** *Comparativa del consum de tabac de la població infectada amb la de referència.*

| | **Població infectada** | | **Població referència** | |
|---|---|---|---|---|
| | $f$ | $fr\ (\%)$ | $f$ | $fr\ (\%)$ |
| Abstèmia | $49$ | $37,1$ | $4.523$ | $43,5$ |
| Baix risc | $40$ | $30,3$ | $2.069$ | $19,9$ |
| De risc | $1$ | $0,8$ | $26$ | $0,3$ |
| No dades | $42$ | $31,8$ | $3.779$ | $36,3$ |
| Total | $132$ | $100,0$ | $10.397$ | $100,0$ |

# Annex B

# Eines d'Anàlisi de dades

Tant l'anàlisi de les dades com la producció de les taules i els gràfics s'ha realitzat amb el programa de càlcul LibreOffice Calc.

Principalment, la tasca d'anàlisi ha consistit en l'elaboració de taules de freqüències a partir del fitxer de dades brutes, creuant diferents variables, com l'edat, el tipus de lesions o els hàbits de consum i alcohol.

Per tal de fer les taules del nombre de gestacions, ha calgut separar els dígits d'un codi numèric anomenat TPAL, en el qual el nombre de gestacions s'indiquen a la primera xifra.

Per a fer les diferents operacions d'anàlisi, a més de les operacions elementals, s'han utilitzat les funcions:

- **countif:** retorna el nombre de cel·les que compleixen una condició determinada
- **countifs:** retorna el nombre de files que compleixen diferents criteris en diferents rangs
- **mid:** retorna una cadena de text dins d'una altra especificant el caràcter d'inici i el nombre de caràcters
- **average:** retorna el valor mitjà d'un rang de cel·les

- **stdev:** retorna la desviació típica d'un rang de cel·les
- **frequency:** funció matricial que retorna la taula de freqüències per intervals d'un conjunt de dades

Cal mencionar també que en aquest estudi no s'ha treballat amb mostres representatives, sinó amb poblacions completes, per tant, no té sentit calcular els errors estadístics associats. Tot i així, és important destacar que el fet de treballar amb mostres relativament petites fa que els errors mínims que es poden cometre en algun punt del cicle de recollida i tractament de les dades poden donar lloc a diferències significatives en les freqüències relatives. És a dir, hi ha alguns percentatges que resulten d'una freqüència absoluta de 4 dones i, per tant, un error de $\pm 1$ comporta un error del $\pm 25\%$ . Això limita la possibilitat d'extrapol·lar aquests resultats a poblacions més grans i, per tant, les comparacions amb els valors publicats sobre les prevalences i incidències a nivell del conjunt de l'Estat poden no ser precises.

# Annex C

# Autorització d’ús de dades

Institut Català de la Salut
**Unitat de Gestió L'Hospitalet Centre**
**Servei d'Atenció Primària Delta del Llobregat**

**A l'atenció del Comitè d'Ètica Assistencial en Atenció Primària,**

Les sota signants sol·licitem autorització al comitè per extracció de dades a través de l'Ecap.

Persones sol·licitants:

[redacted]. Metgessa de MFiC. EAP St Josep, L'Hospitalet del Llobregat. SAP Delta del Llobregat. ICS. N° col [redacted]

[redacted] Estudiant de segon de Batxillerat a l'IES [redacted]. DNI: [redacted]

Sol.licitud:

Justificació: L'explotació de dades sol·licitades serà inclosa en el Treball de Recerca (TR) de Batxillerat que realitza la [redacted] i tutoritza la [redacted]. Es precisen les dades per portar a terme la part de recerca que es demana en el TR. El treball únicament serà presentat al professorat de l'IES [redacted].

Objectiu del TR: L'objectiu d'aquest treball és realitzar un estudi descriptiu de lesions de coll de l'úter per Virus de Papil.loma Humà (VPH) a la població assignada a l'ABS de St. Josep de l'Hospitalet del Llobregat i fer-ne una comparació amb les dades publicades per la població de Catalunya i Espanya.

Dades Sol·licitades: Es tracta de dades agregades i sense identificació corresponents als diagnòstics que fan referencia a la infecció i lesions relacionades amb la infecció per VPH més dades descriptives de la població afectada com: edat, consum de tabac i alcohol, gestació i altres malalties de transmissió sexual. Totes elles dades codificades a l'Ecap.

Adjuntem una carta firmada pel director de l'EAP Sant Josep, Dr Antonio Polidura, on autoritza aquesta cessió de dades a la [redacted].

Atentament,

[redacted]

L'Hospitalet del Llobregat, 10 de setembre del 2020

Autoritzo la cessió de les dades a la Dra. [redacted] i a la [redacted] (DNI [redacted]) que descriuen la situació de les infeccions pel virus del papil.loma humà al nostre CAP.

Atentament,

p521uapn@dominio.local

Signat digitalment per p521uapn@dominio.local
DN: cn=p521uapn@dominio.local
Data: 2020.09.15 13:51:23 +02'00'

**Dr. Antonio Polidura Navío.**
Director EAP Sant Josep. L'Hospitalet del Llobregat.
Servei d'Atenció Primària Delta del Llobregat.
Direcció d'Atenció Primària Costa Ponent.
Gerència Territorial Metropolitana Sud.

# Annex D

# Entrevistes

## D.1 Transcripció entrevista Dra. del Pino

Entrevista realitzada telefònicament el dia 30 d'octubre de 2020:

1. **Podries fer una breu presentació de qui ets i de la teva trajectòria professional?**

   Em dic Marta, sóc ginecòloga, treballo a l'Hospital Clínic i estic a la Unitat de ginecologia oncològica des de fa molts anys. Bàsicament treballo amb prevenció de patologia premaligna secundària en Virus del Papil·loma Humà tant a nivell del coll de l'úter, la vulva, la vagina i el canal anal. Sóc professora de la universitat en el grau de Medicina, pertanyo a l'Associació Espanyola de Patologia Cervical i Corposcopia i a la internacional i formo part del grup d'experts de la IARC que estan elaborant el *handbook of cervical cancer prevention*.

2. **Quina és l'estructura de la teva Unitat, com funciona i quins són els professionals implicats?**

   Hi ha un cap d'unitat i després tenim l'staff, que són els ginecòlegs que treballen a les ordres d'aquest cap. N'hi ha alguns d'ells que fan oncologia i altres que fan patologia premaligna. També hi ha infermeres implicades

que estan dins de la Unitat que fan la feina més fàcil ja que treballen amb pacients oncològics que tenen lesions premalignes i que participen dels comitès. Un cop a la setmana hi ha un comitè clínic en el que ens reunim i s'avaluen els casos més complexes i d'aquest comitè hi participen tots els metges, tot l'staff que porta les lesions malignes bàsicament i la infermera coordinadora de les infermeres de la Unitat de ginecologia i oncologia.

Hi ha quiròfans cada dia de la setmana i també consultes externes i es dóna molta importància a tot el que és la part de recerca, pràcticament tothom té la tesi i sinó l'està fent, hi ha gent que es dedica principalment a estudis clínics. I després trobem tota la part de docència on es fan màsters i cursos des de la Unitat per impartir tant a nivell de lesions premalignes com malignes.

3. **Quina és la teva feina dins del centre i de la Unitat?**

Jo tinc un contracte d'investigació d'assistència i llavors hi ha dies que estic fent recerca i bàsicament el que faig són estudis clínics: a pacients, o al laboratori a nivell d'estudis moleculars. Després tinc alguns dies que faig assistència en el quals o bé veig a pacients o bé faig cirurgia ambulatòria, que és la cirurgia de les lesions premalignes, o sinó fem exploracions una mica més complexes que són les endoscòpies, que és l'avaluació del canal anal en dones que tenen una lesió premaligna en el canal anal. Dins de les cirurgies tant són cirurgies menors que es fan amb anestèsia local com cirurgia major ambulatòria amb la pacient sedada.

4. **Quin funcionament teniu al vostre centre quan us arriba una pacient diagnosticada per VPH? Quin circuit segueixen les pacients? Quins tractaments i protocols seguiu?**

Les pacients les deriven normalment des de l'ambulatori o des de centres privats, les avalua una infermera per si tenen dubtes o preguntes i en funció de quina sigui la patologia de perquè la deriven, la refereix a un metge o en un altre. Quan arriba premaligna té una primera visita amb el metge o metgessa que se li assigna, ella es fa saber la historia, s'agafen totes les

dades sobre la malaltia actual, es fa una exploració, si es necessiten proves addicionals se'n fan i llavors es programa un tractament o seguiment. Si és a oncologia, també se li obre una història i s'agafa tota la informació, s'explora a la pacient, se li programen les proves complementàries que es necessiten i es presenta la pacient al comitè. Allà es discuteixen els casos per veure què s'ha de fer, o si s'ha fet una cirurgia quins són els resultats d'aquesta, etc. En aquest comitè no només estan els ginecòlegs sinó que també hi són els oncòlegs, els radiòlegs, els radioterapeutes, els de medicina nuclear i avaluen conjuntament la pacient i decideixen si després de la cirurgia ha de fer quimioteràpia, radioteràpia, una nova cirurgia o el que sigui. Un cop les pacients han estat operades o intervingudes se'ls hi fa el seguiment que correspon.

5. **Com viuen les pacients el fet de tenir una lesió al coll d'úter relacionada amb VPH?**

   Malament, perquè tenir un virus és una informació que ens vincula al càncer i a tenir una infecció de transmissió sexual, les dues coses són un «combo» molt potent perquè tenen una cosa relacionada amb el sexe que a sobre els hi pot produir un càncer. Al principi sobretot els hi costa bastant d'assumir, després quan ja estan més informades i veuen que és una cosa molt normal i habitual, que cada cop hi ha menys prejudicis, que no està vinculat a la prostitució i que la majoria de vegades no tindrà mai un càncer, ja es relaxen una mica, però normalment al principi arriben una mica angoixades.

6. **Tu penses que hi ha poca informació sobre les malalties de transmissió sexual i en concret el VPH en la població?**

   Penso que hi ha molta desinformació, o sigui si tu vas al Google hi ha molta informació però hi ha molt alarmisme, poca informació veraç i sòlida, n'hi ha molta de periodística, hi ha titulars molt alarmants i poc realistes. Tot plegat no ajuda a que la població estigui al corrent real del tema.

7. **Què n'opines del pla de cribratge vigent a Catalunya?**

S'està canviant, de fet vam començar un programa pilot a l'octubre passat però amb això de la pandèmia s'ha anat endarrerint una mica la implantació del nou programa de cribratge i s'han contemplat altres opcions que la pandèmia ha fet veure que són necessàries. El que hi ha ara està desactualitzat però no s'ha implementat el nou degut a la covid que ha deixat el cribratge ara mateix parat.

8. **I del Programa de Vacunació? Coneixem quin impacte està tenint en la prevalença de lesions per VPH?**

   El programa de vacunació que tenim aquí a Catalunya està molt bé perquè és un programa de vacunació infantil que es fa a les escoles i això assegura una cobertura molt alta que és el que necessites realment per a tenir una protecció àmplia. És tan alta que inclús els nois es beneficien d'aquesta protecció que s'està donant a les dones, òbviament seria ideal que es pogués fer una vacunació universal però com que no és el cas, el fet de tenir tantes dones vacunades també protegeix als nois que no són homosexuals. El calendari vacunal de la dona només inclou a grups de risc i això és una llàstima perquè la prevalença de dones adultes vacunades és molt baixeta. A mesura que les noies joves arribin a l'edat adulta això canviarà però ara mateix el nombre de dones adultes vacunades és molt baix i depèn de la seva voluntat el vacunar-se o no. S'ha de dir que el fet de tenir un programa de vacunació centrat en escoles almenys fa que en l'edat infantil la protecció sigui molt alta i que aquestes noies quan arribin a ser grans garanteixin que la població està protegida.

9. **Realitzant el treball he vist que no hi ha massa dades a nivell d'Estat ni de Comunitat que descriguin la prevalença dels diferents factors de risc per contraure el VPH. Creus que fent estudis a la població d'aquesta prevalença ajudaria a realitzar millors campanyes per a l'erradicació o per baixar el percentatge de dones infectades per VPH?**

   Tenim un gran problema ja que no recollim les bases de dades, això als nòrdics no els hi passa. És un «rotllo» perquè quan es fa qualsevol acció

així com canviar els plans de cribratge o implementar qualsevol mesura, primer, no sabem ben bé com està la gent en la que ho estem implementant i, per tant, no sabem quin resultat té, perquè si no podem recollir els canvis que suposa aquesta mesura doncs ens quedem sempre a mitges i això és una assignatura pendent que s'hi està darrere des de fa molt de temps per intentar canviar-ho però clar, és una cosa que òbviament necessites diners per tenir unes bases de dades i que no sé si s'arribarà a solucionar mai. Hi ha molt bona voluntat però no sé si aquest problema que tenim s'arribarà a corregir.

## D.2 Qüestionari Dra. Lázaro

# Entrevista ginecòloga del CAP de St. Josep de l'Hospitalet del Llobregat

Novembre 2020

1. **Presentació, trajectòria professional**

   Dra Isabel Lázaro
   Especialista Ginecologia i Obstetricia. 2000. Hospital Clínic BCN
   Facultatiu ASSIR Barcelona 2003
   Falcultatiu ASSIR Delta 2007 fins actualitat

2. **Estructura de la unitat, personal implicat, etc.**

   Ubicació de la Unitat de Patologia Cervical i Colposcopia i del Tracte Genital Inferior:
   Ronda Torrassa . Hospitalet de Llobregat
   Inici d' activitat: 2011
   Equip: 4 metges, 2 llevadores i 3 auxiliars ( TCAI)
   Hospitals de referència:2; H. General d' Hospitalet. i H. Universitari de Bellvitge
   Activitat:
   -Diagnòstic, seguiment i tractament de lesions precusores del càncer de coll uterí, i de lesions de vulva, vagina i anus ( Pacients VPH +, citologies patològiques, sospita clínica de càncer ,ect)
   -Tractament de condilomes genitals
   -Polipectomies cervicals
   - Controls de pacients operades de conitzacións cervicals, al' alta hospitalària
   -Conitzacions ambulatòries...

3. **Quin procediment seguiu quan una persona surt positiva en VPH?**

   Primer Informar i tranquilitzar..

   Si presenta VPH+ d' alt ricsoncogènic:( 16 i 18), es remet a la unitat per estudi colposcòpic i si hi ha lesions, fer biopsies dirigides del cèrvix
   Si el VPH+ no és ni 16 ni 18, es repeteix la citologia a l 'any. Si persisteix +, es remet a la unitat per colposcòpia.
   Es segueixen controls fins que es negativitza el virus.
   Si el virus produix lesions precusores del càncer ( HSIL- CIN 3) es remet per conització

4. **Com solen reaccionar les pacients quan comuniqueu que són positives?**

   Espantades, incrèdules, amb por... Moltes venen mal informades d' internet ("infointoxicades"). Algunes no sabem que és de transmissió sexual

5. **Què n'opines del pla de cribratge vigent a Catalunya?**

   De moment, nosaltres seguim el " Protocol de cribatge de coll uteri" del Pla de Salut d' Oncologia. ICO. Estem pendents d' implementar el nou protocol amb algunes modificacions ,com per ejemple, no cribar a dones de menys de 25 anys , fer citologies cada 3 anys fins els 30- 35a i després cribar cada 5 anys amb la determinació del VPH.

6. **I del pla de vacunació? Creus que hauria de ser diferent?**

   Crec que s' hauriem d' ampliar les indicacions, però això és un tema de pressupost. Per exemple, a paisos com Australia, també es vacunen el nens als 12 a, no només les nenes, i han reduït moltissim els casos de berrugues condilomatoses

7. **Realitzant el treball he vist que no hi ha masses dades a nivell d'Estat ni de Comunitat que descriguin la prevalença dels diferents factors de risc per contraure VPH. Creus que fent estudis a la població d'aquesta prevalença ajudaria a realitzar millors campanyes per a l'erradicació o per baixar el percentatge de dones infectades per VPH?**

   Sempre és interessant i útil fer estudis de prevalença, i campanyes informatives tant a joves com adults, dels factors de risc d' infecció, adquisició i persistència del VPH. És molt important que s' informi que el càncer de coll d'úter té una causa coneguda i es pot prevenir.