

programa de prevención del cáncer de CÉRVIX



La
prevención
está en tus
manos



Govern
de les Illes Balears



ib-salut

servei de salut
de les Illes Balears

programa de prevención del cáncer de cérvix



Govern de les Illes Balears
Conselleria de Salut i Consum



ib-salut
servei de salut
de les Illes Balears

Coordinación

Dr. Pablo Tobajas Ruber,

Subdirector Asistencial de Atención Primaria y 061 del Ib-salut.

Grupo de Trabajo del Programa

Doña Trinidad Baena Panadero,

Subdirectora Asistencial de Enfermería del Ib-salut.

Dra. Elena Cabeza Irigoyen,

Plan de Salud, Conselleria de Salut i Consum.

Dr. Andrés Calvo Pérez,

Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital de Manacor.

Dra. Magdalena Esteva Cantó,

Gabinete Técnico de Atención Primaria de Mallorca.

Dra. Magdalena García Bonafé,

Jefe del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Son Llàtzer.

Dra. Miren Pérez de Mendiola Roig,

Subdirectora Médica de Atención Primaria de Mallorca.

Dr. Adolfo Marqués Bravo,

Director del Área Maternoinfantil del Hospital Son Llàtzer.

Dra. Inmaculada Matanza Rodríguez,

Jefe del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Manacor.

Dr. Rodolfo Moreno Mira,

Servicio de Ginecología del Hospital Son Llàtzer.

Dr. Miguel Reyero Cortina,

Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Son Dureta.

Dr. Enrique Serra Trespallé,

Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Son Dureta.

Doña Margalida Servera Mir,

Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria de Mallorca.

Dr. Manuel Usandizaga Calparsoro,

Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Son Dureta.

Agradecimientos

Atanasio García Pineda (médico de familia), Eva Navarro López (comadrona), Isabel Sánchez Mate (médico de familia), Francisca Pons Mora (enfermera de ginecología), Patricia Palmer Muntaner (médico de familia), María Martín Rabadán (Coordinadora Equipos de Atención Primaria del Hospital Can Misses), José Pons Oleo (Coordinador Atención Primaria-Especializada del Área de Salud de Menorca), Joan Torrecabota Payés (Servicio Ginecología del Hospital Son Dureta), Carlos Campillo Artero (Subdirector Médico de Sistemas de Información del Hospital Son Dureta), Ignacio Martínez Jover (Director Gerente del Área de Salud de Ibiza y Formentera), Gaspar Tamborero Cao (médico de familia), Luis Gijón García (Servicio de Ginecología del Hospital Son Dureta), Antonio Pallicer Orzaez (Director General de Salud Pública), Amador Ruiz Torrejon (Coordinador C.S. Emili Darder), Fernando Rigo Carratalá (médico de familia), Marian García Baratas (Comadrona del Centro de Salud de Son Piza).

presentación

El Plan de Salut de les Illes Balears para el período 2003-2007 propone, entre las intervenciones relacionadas con el cáncer, la realización de programas específicos de detección precoz para reducir los índices de incidencia y de mortalidad de esta enfermedad.

El Servei de Salut de les Illes Balears, Ib-salut, va a poner en marcha un Programa de Detección Precoz del Cáncer de Cèrvix, con el objetivo de disminuir las desigualdades sociales de las mujeres para acceder a la práctica preventiva de la citología. Esta actuación se desarrollará con criterios basados en la evidencia científica.

Este programa nace del acuerdo y coordinación entre los profesionales de atención primaria y especializada. Es un programa que contempla actuaciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad .

La calidad del programa está garantizada por la formación y experiencia de nuestros profesionales, así como por el desarrollo de los sistemas de información que coordinen y evalúen dichas actuaciones.

Queremos mejorar la accesibilidad a nuestras usuarias tanto desde el primer nivel de atención como su acceso a las consultas de ginecología.

Sólo me queda agradeceros vuestra colaboración e implicación para conseguir un objetivo común: que los servicios sanitarios que ofrecemos estén a la altura de lo que nuestros ciudadanos nos exigen.



Sergio Bertrán Damián
Director General del Ib-salut

índice

1. Análisis de la situación del cáncer de cérvix

1.1 Situación epidemiológica actual

1.1.1 *Incidencia y mortalidad*

1.1.2 *Distribución geográfica del cáncer de cérvix*

1.1.3 *Realización de prácticas preventivas (citologías), según la encuesta de salud de las Illes Balears (ESIB 2001)*

1.2 Etiología

1.3 Prevención del cáncer de cérvix

2. Protocolo

2.1. Objetivos

2.2. Población diana

2.3. Intervalo entre pruebas

2.4. Captación

2.5. Toma de muestras y petición

2.6. Evaluación de las muestras e informe anatomopatológico.

2.7. Resultado e información

2.8. Seguimiento de las lesiones

2.9. Sistema de información

3. Evaluación

3.1. Indicadores de cobertura

3.2. Indicadores de resultados

3.3. Indicadores de calidad

3.4. Comité técnico y de seguimiento

4. Anexos

Anexo I. Recomendaciones nacionales e internacionales

Anexo II. Toma de la muestra

Anexo III. Hoja de petición de anatomía patológica

Anexo IV. Categorías diagnósticas del informe de citología

Anexo V. Tarjeta de participación

Bibliografía

1. Análisis de la situación del cáncer de cérvix

1.1. Situación epidemiológica actual

El cáncer de cuello uterino es uno de los procesos tumorales mejor estudiados y conocidos, ya que se trata de un tumor de fácil abordaje preventivo y terapéutico desde hace ya más de 50 años. Tanto es así, que la mortalidad por este tumor figura dentro de la lista de muertes evitables. No obstante, sigue siendo una de las primeras causas de muerte femenina por cáncer en los países menos desarrollados.

1.1.1. Incidencia y Mortalidad

A nivel mundial, y según las estimaciones de la incidencia de cáncer de cérvix para el año 2000 realizadas por el IARC (Ferlay J 2001), se estima que se produjeron 470.606 casos nuevos en todo el mundo (una tasa ajustada de 16,12 casos por 100.000 mujeres), lo que implica un 9,9% de todos los cánceres en mujeres y 233.372 muertes (tasa ajustada de 7,88 por 100.000 mujeres), lo que representa

un 8,7% de las muertes por cáncer en mujeres. Los países de Centroamérica, Sudamérica y África del este presentan las mayores tasas de este tumor, que oscila entre 20-93 casos por 100.000 mujeres; en cambio, países del oeste de Asia, como Arabia Saudí, Siria o Jordania, presentan la incidencia más baja del mundo, entre 3 y 8 casos nuevos por 100.000 mujeres. En los países de Europa Occidental, Norteamérica y Canadá se observan tasas de incidencia intermedias, que oscilan entre 5 y 15 casos por 100.000 mujeres, mientras que en Europa del este las tasas son algo más altas. La mortalidad mundial, al igual que la incidencia, presenta una importante variabilidad, con un patrón similar a la incidencia y con mayores tasas en los países poco desarrollados.

España figura como uno de los países con menor incidencia de Europa y del mundo. En el informe Globocan 2000 (Ferlay J 2001) se estima que se produjeron en el año 2000, 1.986 casos nuevos de cáncer cervical, lo que representa una tasa ajustada de 7,2 casos por 100.000 mujeres (tabla 1).

Tabla 1. Número de casos y tasas ajustadas de cáncer de cérvix por 100.000 mujeres en la UE. Datos estimados para el año 2000 (Globocan 2000)

Países	Casos	Tasas ajustadas	Muertes	Tasas ajustadas
Austria	672	11,9	337	4,7
Bélgica	669	9	327	3,5
Dinamarca	509	15,3	188	4,1
Finlandia	157	4,2	68	1,3
Francia	4065	16,4	1.834	3,5
Alemania	6754	11,5	3.521	4,2
Grecia	523	6,9	214	2,2
Irlanda	170	7,9	95	3,8
Italia	3.711	9	1.356	2,4
Luxemburgo	10	3,6	4	1,3
Holanda	736	7,3	278	2,2
Portugal	978	14,6	391	4,8
España	1986	7,2	892	2,6
Suecia	547	9,3	246	2,9
Reino Unido	3.537	9,3	1.906	3,9
Unión Europea	25.024	8,8	11.387	3,3

Las fuentes de información sobre incidencia en España proceden de los registros de cáncer establecidos en algunas comunidades autónomas, como figura en la tabla 2. Los datos de los diferentes registros españoles (Parkin DM 2002) muestran que existe una variabilidad importante entre comunidades autónomas, con tasas de incidencia que van desde con 3,36 casos nuevos por 100.000 mujeres en Cuenca a 12,05 en Mallorca (tabla 2).

Tabla 2. Incidencia del cáncer de cuello uterino por 100.000 mujeres en España

Cáncer útero	Tasa Bruta	Tasa Ajustada**
Albacete (1993-1997)	6,83	5,36
Asturias (1992-1995)	12,25	8,11
Islas Canarias (1993-1995)	9,71	7,94
Cuenca (1993-1997)	5,12	3,36
Girona (1994-1997)	10,33	7,38
Granada (1993-1997)	7,87	6,13
Mallorca (1993-1996)	15,86	12,05
Murcia (1993-1996)	8,89	7,39
Navarra (1993-1997)	5,47	3,74
Tarragona (1993-1997)	12,14	9,03
Zaragoza (1991-1995)	7,84	5,58

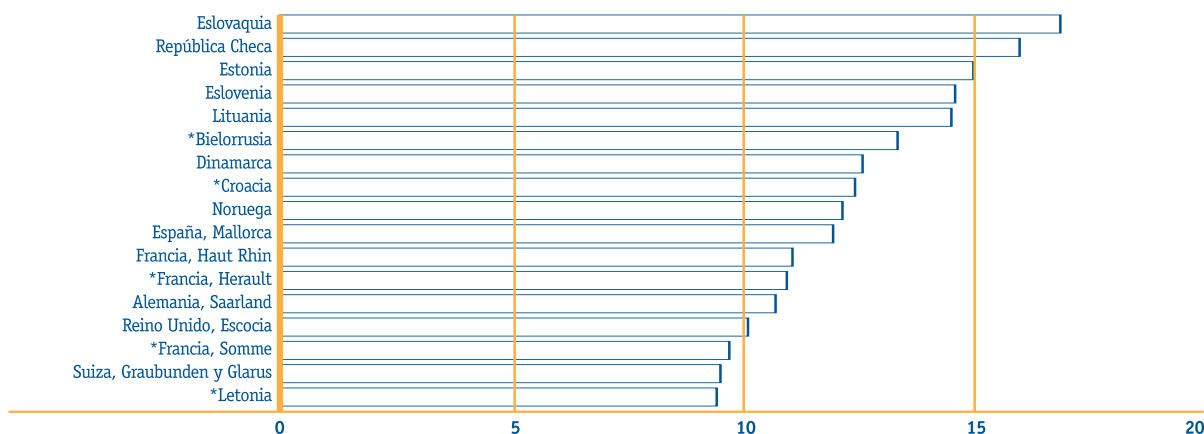
Fuente: Parkin et al. *Cancer incidence in five continents*.

** Tasas ajustadas a la población mundial.

También la mortalidad por cáncer de cérvix en nuestro país se encuentra entre las más bajas de Europa y del mundo. Según las estimaciones de Globocan para el año 2000, en España se produjeron 892 muertes (2,65 muertes por cada 100.000 mujeres). La supervivencia de cáncer de cuello uterino a los cinco años, según datos de los cinco registros de tumores españoles participantes en el proyecto EURO CARE (Berrino F, 1999) se sitúa entre el 79% y el 68,4%, dentro de la media europea.

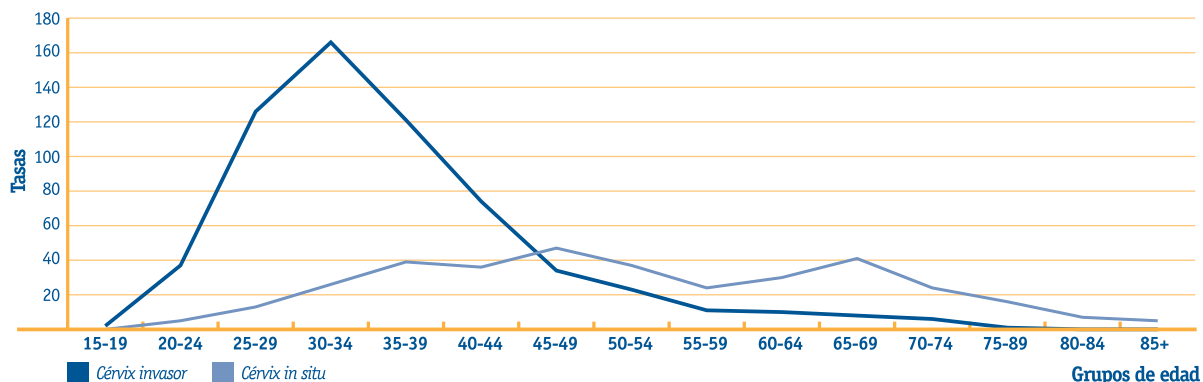
En cuanto a la situación en Balears, el registro de cáncer poblacional se suscribe, hoy por hoy, a la isla de Mallorca y sus datos son publicados periódicamente por la OMS (Parkin DM 2002). Menorca y Eivissa-Formentera disponen de registros de tumores, y sus datos, permitirán en breve, disponer de incidencia de cáncer referida a toda la comunidad. En Mallorca se diagnostican una media anual de 50 nuevos casos. La tasa de incidencia ajustada de cáncer de cérvix para el periodo 1988-1992 fue de 13,6 casos por 100.000 mujeres, observándose una pequeña disminución en el periodo siguiente, 1993-1996, con 12,05 casos por 100.000 mujeres. Respecto al resto del país y de Europa, Mallorca ocupa un lugar destacado entre los 20 registros europeos con mayor incidencia, como se puede apreciar en la figura 1. Respecto a otros tumores ginecológicos como el de mama, con tasas estandarizadas de 50 casos por 100.000 mujeres, y otros tumores muy incidentes como colon y pulmón, el cáncer de cérvix ocupa un lugar poco relevante en la incidencia relativa de tumores malignos en la mujer.

Figura 1. Incidencia del cáncer de cérvix en Europa (*) por 100.000 mujeres (tasas ajustadas).



Fuente: Parkin et al. *Cancer Incidence in five continents*. OMS. * Datos de las 20 áreas de Europa con una incidencia más elevada

Figura 2. Incidencia de cáncer de cérvix e in situ en Mallorca 1988-1994



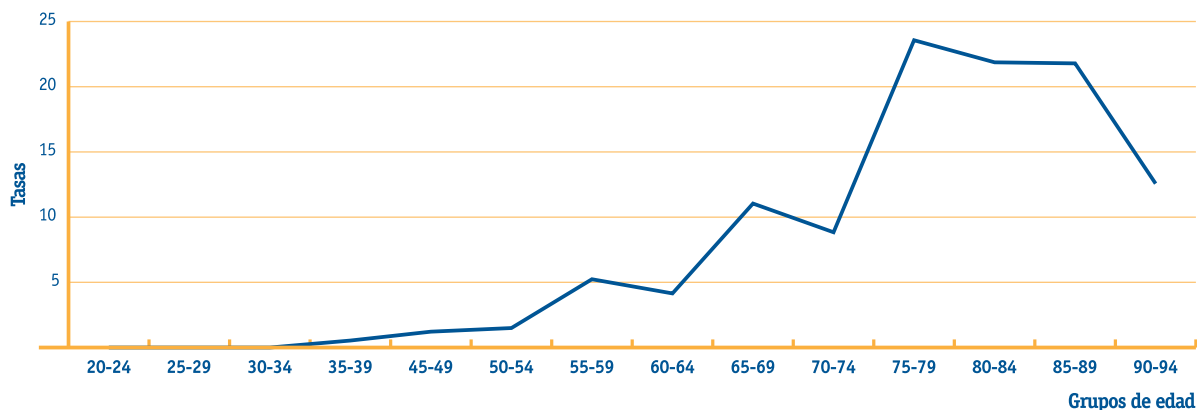
Fuente: registro de cáncer de Mallorca.

La incidencia por edad de cáncer de cérvix invasivo y cáncer in situ en Mallorca queda reflejada en la figura 2. Como puede apreciarse, el cáncer in situ aparece a partir de los 15 años y presenta la máxima inflexión a la edad de 30 años, para ir bajando drásticamente a partir de esta edad y mantener tasas bajas desde 55 años en adelante. La incidencia de cáncer invasivo es prácticamente inexistente antes de los 20 años y es a partir de los 35 hasta los 75 cuando las tasas son más altas.

En Balears hubo 14 muertes por cáncer de cuello uterino en el año 2000 (CNE 2000), una tasa ajustada a la población mundial de 2,7 muertes cada 100.000 mujeres, lo que supone un 1,31% de la mortalidad por tumores

malignos. Estas cifras son muy similares a las españolas y de las más bajas de Europa. La comparación de la mortalidad entre islas ofrece la dificultad que supone comparar tasas muy pequeñas en poblaciones pequeñas. Para el quinquenio 1999-2003 la mortalidad bruta en Balears fue de 3,2 por 100.000 mujeres; la de Mallorca, 3,6; Menorca, 1,05, e Eivissa-Formentera, 2,38. En la figura 3 se aprecia la distribución de la mortalidad por grupos de edad. En Mallorca el 76,2% de las pacientes que sufren cáncer de cuello uterino sobreviven a los 5 años, cifra similar a la de los otros registros españoles participantes en el estudio EUROCCARE (Berrino F 1999). Se puede decir que en Balears la mortalidad por cáncer de cérvix es poco relevante dentro de la mortalidad por cáncer.

Figura 3. Tasas de mortalidad por cáncer de cérvix por 100.000 mujeres. Baleares 1999-2003



Fuente: IBAE, elaboración propia.

1.1.2. Distribución geográfica del cáncer de cérvix en Mallorca

A partir de los datos de incidencia del cáncer de cérvix del periodo 1988-1994, y desde el registro de tumores, se analizó la distribución geográfica a nivel municipal, tanto para el cáncer de cérvix como para la lesión pre-neoplásica CIN III, con el fin de identificar áreas de mayor riesgo. El análisis mostró un patrón similar de ambas patologías, destacando un aumento de riesgo en el noroeste de la Isla (figura 4) (Cabeza E 2001).

1.1.3. Realización de prácticas preventivas (citologías), según la encuesta de salud de las Illes Balears (ESIB 2001)

Según la encuesta de salud de las Illes Balears (ESIB 2001), un 53,9% de las mujeres entre 20 y 69 años se hacen periódicamente una citología. La frecuencia por grupos de edad fue del 63,9% en las de <40, el 73,8% en las de 40-49 años, de un 60,4% en las de 50 a 64 y de un 17% en las mujeres mayores de 64 años. En un

análisis más profundo de los datos de la encuesta, se encontraron diferencias en la práctica de citología entre las mujeres de grupos sociales distintos. El análisis se basó en 560 mujeres mayores de 20 años. En este trabajo se observó que la práctica periódica de citología era mayor en las mujeres casadas o que viven en pareja y las mujeres que trabajan, las que valoran positivamente su estado de salud y las que tienen aseguramiento sanitario mixto. Se observaron desigualdades sociales en la realización periódica de citologías, siendo más habitual entre las mujeres con estudios superiores, frecuencia que disminuye conforme baja el nivel de estudios. También es más común entre las mujeres de clase social alta (Pujol A, 2002). Paralelamente, un estudio reciente realizado mediante una encuesta en el ámbito nacional obtiene resultados similares, evidenciando que en nuestro país las mujeres que se realizan periódicamente citología no pertenecen a los grupos más susceptibles de presentar cáncer de cérvix (Luengo S, 2004). **Esta situación conlleva la necesidad de establecer estrategias activas para la captación de los grupos sociales que no se adhieren a la práctica periódica de la citología de cribado.**

Figura 4. Distribución geográfica del cáncer de cuello uterino e in situ (CIN III) 1988-1994

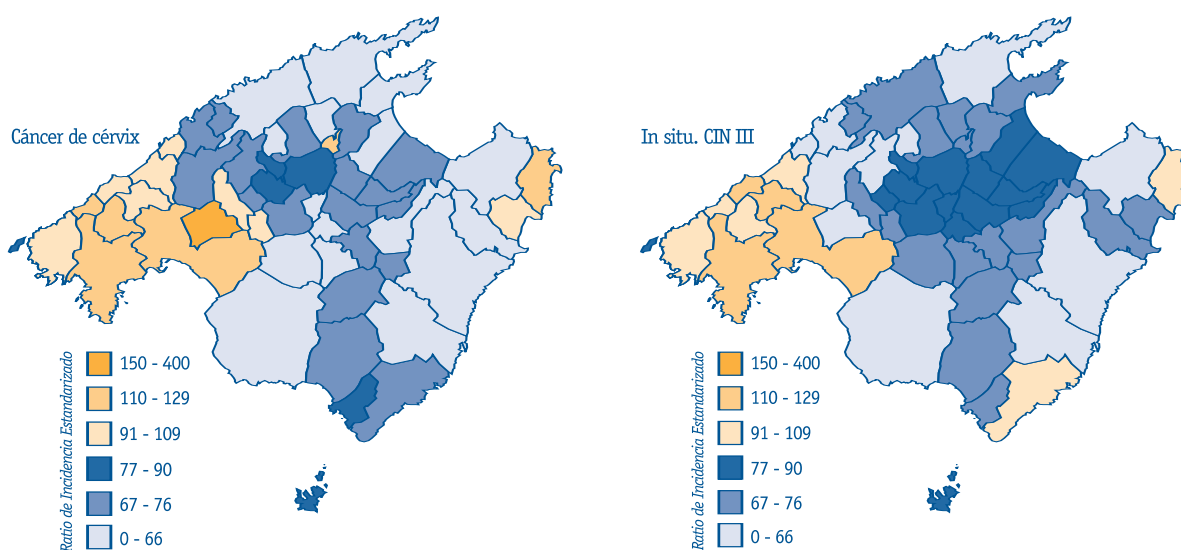


Tabla 3.- Diferencias en la realización periódica de citología. Encuesta de Salud 2001 de Balears

Realización periódica de citología	SÍ (%)	NO (%)	P
CLASE SOCIAL			
Clase Social I	37 (66,1)	19 (33,9)	= 0,001
Clase Social II	51 (72,9)	19 (27,1)	
Clase Social III	82 (61,2)	52 (38,8)	
Clase Social IV i V	117 (48,3)	125 (51,7)	
EDUCACIÓN			
Sin Estud-P. Incompleta	47 (33,1)	95 (66,9)	<0,001
Primaria completa	113 (60,8)	73 (39,2)	
Secundaria	81 (66,4)	41 (33,6)	
Superior	54 (68,4)	25 (31,6)	
EDAD			
<40 años	147 (63,9)	83 (36,1)	<0,001
40-49 años	76 (73,8)	27 (26,2)	
50-64	61 (60,4)	40 (39,6)	
>=65	18 (17,0)	88 (83,0)	
COBERTURA SANITARIA			
Pública	188(51,2)	179 (48,8)	0,001
Mixta	114(65,9)	59 (34,1)	
ESTADO CIVIL			
Soltera	54 (48,2)	58 (51,8)	<0,001
Casada/con pareja	218 (64,5)	120 (35,5)	
Viuda, separada, divorciada	27 (32,1)	57 (67,9)	
VALORACIÓN SALUD			
Buena	211 (59,8)	142 (40,2)	0,016
Mala	91 (48,9)	95 (51,1)	
TRABAJO			
Trabaja	172 (67,2)	84 (32,8)	<0,001
Ama de Casa	66 (49,6)	67 (50,4)	
Otros	64 (42,4)	87 (57,6)	

1.2 Etiología

Virus del Papiloma Humano (VPH)

Uno de los mayores descubrimientos en la etiología de un cáncer humano ha sido el reconocimiento de que el cáncer de cérvix es una rara consecuencia de una infección causada por determinados tipos de virus del papiloma humano (VPH). Aunque se han descrito más de 100 tipos del VPH, no todos tienen el mismo poder oncogénico. Hoy

en día, hay identificados 15 tipos de VPH, con un elevado poder oncogénico, involucrados en más del 95% de los casos de cáncer de cérvix (Muñoz, 2003). De estos, el VPH 16 y VPH 18 son los más frecuentes y los responsables de más del 65% de todos los cánceres de cérvix (Bosch X 2002, Clifford GM 2003).

Numerosos estudios realizados en la década de los 90 aportaron información clave sobre la historia natural de esta patología, mostrando claramente que, en ausencia de una infección persistente del VPH (el DNA del VPH ha sido detectado en más del 99,7% de los cánceres de cérvix), no se desarrollará este tipo de cáncer. Este hecho ha determinado que, por primera vez en la historia, se haya reconocido a un virus, el VPH, como una causa “necesaria” (aunque no suficiente) de un cáncer humano.

El hecho de que la infección por VPH sea imprescindible para el desarrollo de un cáncer de cérvix no quiere decir que toda mujer infectada por este virus acabará desarrollando la enfermedad. Hoy en día, las infecciones por VPH son las infecciones virales de transmisión sexual más frecuentes en la mayor parte de los países. Por lo tanto, la probabilidad de adquirir la infección en sujetos sexualmente activos es muy alta. Estimaciones recientes sugieren que, en las edades de mayor actividad sexual, la prevalencia de la infección por VPH puede afectar hasta un 40% de la población femenina, disminuyendo progresivamente con la edad (hasta un 5-10% en mujeres mayores de 40 años), con una tasa de infección anual del 10-15%. En algunas poblaciones se ha descrito un segundo pico de prevalencia elevada en mujeres mayores de 50 años, con una relevancia de momento incierta en relación al riesgo del cáncer de cérvix.

Entre los factores determinantes para que se produzca la infección están el número de parejas sexuales de la mujer, la edad a la que inicia la actividad sexual y la probabilidad de que cada una de sus parejas sea portador del virus. Como ocurre con cualquier otra infección de transmisión sexual, el varón está implicado en la cadena epidemiológica de la infección, pudiendo ser portador y vehículo de la infección (Bosch X, 1996). De hecho, la probabilidad de que una mujer sea portadora del virus y, por tanto, susceptible de desarrollar cáncer de cérvix, se ha relacionado con la presencia del ADN del VPH en el pene o la uretra de su pareja. Además, se ha confirmado que la circuncisión protege a los varones de ser portadores de VPH y a sus parejas de desarrollar un cáncer de cérvix (Castellsagué X, 2002).

A partir de estos datos podemos concluir que el riesgo de cáncer de cérvix de una mujer dependerá de su comportamiento sexual y del de su pareja. En poblaciones mayoritariamente monógamas, donde la prevalencia del VPH en mujeres es muy baja (en España entre 3-6%), las prostitutas juegan un papel importante en el mantenimiento y la transmisión de la infección, convirtiéndose en un importante reservorio de VPH y, por consiguiente, constituyendo uno de los grupos de riesgo elevado.

La mayoría de infecciones por VPH (80-90%) son transitorias y remiten al cabo del año, especialmente en personas jóvenes. Se ha estimado que la duración media de las infecciones por VPH es de unos 8-10 meses para los tipos de riesgo elevado y menor (4,8 meses) para los VPH de bajo riesgo y que la resolución de la infección parece ofrecer cierto grado de protección frente a reinfecciones por VPH. Sin embargo, entre un 10-20% de infecciones por VPH persisten más tiempo y la infección evoluciona hacia lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LIE alto grado) y finalmente al carcinoma invasivo. Por ello, las mujeres con infecciones crónicas por VPH constituyen el grupo de riesgo más importante del cáncer de cérvix.

Entre el diagnóstico de la infección y la aparición de las lesiones escamosas intraepiteliales de algo grado (LIE de alto grado) pueden transcurrir cuatro años por término medio y un 40% de las mujeres con lesiones de alto grado no tratadas evolucionará hacia el cáncer invasivo en un periodo promedio de 10-15 años. Aunque, hoy por hoy, no se conocen bien los mecanismos determinantes de la persistencia de la infección y la progresión a la lesión invasiva, se estudian la carga viral, la susceptibilidad del huésped o el tipo oncogénico del virus. Las mujeres con infecciones por tipos de VPH de bajo riesgo raramente serán portadoras crónicas, siendo la probabilidad de la progresión extremadamente baja.

A modo de conclusión, la infección por VPH es muy frecuente pero en la mayoría de los casos remite al cabo de un año. Un porcentaje de casos (10-20%) persistirá a lo largo del tiempo pudiendo evolucionar hacia lesiones premalignas que, de no ser tratadas, degenerarán a un cáncer invasivo en un periodo de 10-15 años.

Co-factores implicados en la etiología del cáncer de cérvix

• Historia reproductiva

Las mujeres VPH + que han tenido 7 o más embarazos a término tienen un riesgo cuatro veces mayor de desarrollar un cáncer escamoso de cérvix que las mujeres nulíparas (Muñoz N, 2002).

• Contraceptivos orales

Un estudio realizado por la IARC muestra que el uso prolongado de anticonceptivos orales (AO) (durante cinco años o más) es un cofactor que incrementa por 3 el riesgo de desarrollar cáncer escamoso de cérvix entre las mujeres portadoras de VPH. Los resultados fueron similares para cánceres invasivos como *in situ* (Moreno V, 2002). Un reciente metaanálisis publicado a partir de los resultados de 28 estudios revela resultados similares (Smith JS, 2003). Sin embargo, la evidencia de esta asociación no es completamente consistente y señalan, entre otros posibles sesgos, el hecho de que las mujeres que toman AO se someten a revisiones ginecológicas con mayor frecuencia que las no consumidoras y por lo tanto se favorece la detección precoz de la enfermedad.

• Hábito tabáquico

El tabaco tiene una acción moderada, multiplicando por 2 el riesgo de progresión neoplásica en la mujer infectada. Una extensa revisión sobre el papel del tabaco en el cáncer de cérvix concluía que la asociación con el cáncer de cérvix era consistente en los estudios en los que se ajustaba por ADN VPH o en los análisis restringidos a mujeres VPH + (Szarewski A, 1998). El riesgo era más elevado para las lesiones displásicas de alto grado. Estudios posteriores con resultados similares han apoyado el papel carcinógeno del tabaco en las mujeres con infección por VPH. Sin embargo, se necesitan más estudios para conocer los mecanismos de acción del tabaco en esta patología.

• Otros factores

Muchos estudios han señalado la edad de inicio de la vida sexual activa como un factor de riesgo asociado al cáncer de cérvix, aunque de momento no existe una evidencia definitiva que soporte tal asociación.

También se han descrito como factores de riesgo otras infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH (Palefsky JM, 1999). La inmunodepresión inherente a la co-infección por VIH es un factor determinante. Un estudio multicéntrico mostró un aumento de riesgo en presencia de anticuerpos a *C. Trachomatis* (Smith JS, 2002). También se han descrito aumentos de riesgo para el virus herpes simple 2, aunque de manera menos consistente.

Otros factores, de momento en evaluación, son un nivel socioeconómico desfavorable o el papel protector de determinados nutrientes, como el beta caroteno o la vitamina A, C y E.

1.3 Prevención del cáncer de cérvix

La reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino requiere la puesta en marcha de estrategias de prevención primaria y secundaria. Con el descubrimiento de la etiología vírica del cáncer de cérvix, la **prevención primaria** ha adquirido últimamente una gran importancia, ya que se trata de una enfermedad transmisible, la cual, a pesar de no contar con un tratamiento adecuado ni mecanismos de control muy efectivos, puede ser controlada en gran medida mediante la educación sanitaria. La utilización de métodos de barrera en las personas con múltiples parejas y en las que inician las relaciones sexuales precozmente, ha sido considerado como uno de los métodos de prevención primaria más efectivos (Sheperd J, 2001). Dado que el contagio de la enfermedad se produce a través de determinadas pautas de conducta, resulta imprescindible informar a la población, de manera que las mujeres lleguen a conocer las causas, mecanismos de transmisión, prevención y tratamiento de la enfermedad.

La información debe ser diseñada para cada mujer y tener en cuenta la edad y sus expectativas, como abogan algunos autores (Anhang R, 2004). La prevención primaria también debe ir dirigida a los hombres, como reservorios asintomáticos en la mayoría de los casos.

La mortalidad e incidencia de cáncer de cuello uterino han disminuido notablemente en los últimos 50 años en aquellos lugares donde se han instaurado programas poblacionales de **prevención secundaria**. La prevención secundaria del cáncer de cérvix ha estado sustentada en todo este tiempo en la detección de lesiones pre-

cancerosas y el cáncer invasivo temprano en mujeres presintomáticas mediante el test de Papanicolaou. La detección precoz ofrece la oportunidad de prevenir o retrasar la progresión a un cáncer invasivo mediante diversas intervenciones terapéuticas. La evidencia de la efectividad de la prevención secundaria mediante la citología vaginal no procede de ensayos clínicos, sino que se asienta en los resultados de estudios basados en la observación de una disminución importante de la incidencia y la mortalidad en aquellos países con programas poblacionales de amplia cobertura. Estudios de correlación realizados en varios países europeos, Canadá y Estados Unidos, que comparaban la evolución temporal del cáncer cervical, mostraron importantes reducciones en la incidencia y una reducción entre el 20-60% en la mortalidad (Cramer DW 1974, Miller AB 1976, Johanneson G 1978, Laara E 1987, Anderson GH 1988, Boom ME 1990, Benedet JL, Sirgurdson K 1993, Quinn M 1999, Ries LGA 1999). Paralelamente, estudios de casos y controles han mostrado una fuerte asociación negativa entre cribado y cáncer invasivo, sugiriendo que el cribado es protector (Clarke EA 1979, La Vecchia C 1984, Aristizabal N 1984, Berrino F 1986, Herrero 1992).

La citología vaginal, como cualquier prueba diagnóstica, presenta una efectividad limitada. Según una reciente revisión (AHCPR), la sensibilidad media en la población puede ser del 51% (IC95%: 37-66) y la especificidad, del 98% (IC95%: 97-99). La especificidad es más alta en la detección de lesiones LIE de alto grado y de carcinomas, mientras que resulta algo más baja en la detección de lesiones más precoces (Spitzer M, 1998). El principal riesgo de la citología son los falsos negativos (Van der Graaf Y, 1987). La escasa validez proviene generalmente por problemas de procedimiento en la toma de las muestras, cerca de un 60% de los errores son debidos a la escasez de células en los exfoliados. Otros problemas derivan de la interpretación de los especímenes y se relacionan con el componente subjetivo de la lectura y con la baja fiabilidad (Nanda K, 2000). En cualquier programa de detección precoz con citología deben sentarse los estándares de calidad mínimos en todos los procesos. Próximamente aparecerá la Guía Europea de Calidad, de la que hay un borrador, cuyas recomendaciones deberán ser tenidas en cuenta.

El Sistema de Bethesda, desarrollado en 1988 y cuya última actualización se hizo en 2001 (Solomon D, 2001), sistematiza la información sobre el resultado de la citología. Los términos citológicos, lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado y alto grado (LIE de bajo grado y LIE de alto grado), se correlacionan con los diagnósticos histológicos de CIN1 y CIN2-3. La gradación entre las células correspondientes a una lesión de bajo grado o a una de alto grado se caracteriza por la presencia de una creciente atipia celular y por fallos progresivos en la diferenciación celular de las células más superficiales. El Carcinoma in situ (CIS) representa un extremo en esta evolución, en el que se observa una transformación casi completa de las células epiteliales en células indiferenciadas y atípicas.

Además, el Sistema de Bethesda incluye otro nivel:

- *Para las células escamosas:*
 - el AS-CUS o células escamosas atípicas de significado indeterminado,
 - el ASC-H o células escamosas que no pueden excluir el LIE de alto grado.
- *Para las células glandulares:*
 - el AGC o células glandulares atípicas endocervicales, endometriales o células glandulares y
 - las células glandulares atípicas, a favor de neoplasia.

El intervalo entre tests de cribado siempre ha sido motivo de controversia (Sawaya GF, 2001) y ello se ha traducido en que las recomendaciones de los diferentes grupos de trabajo han sido dispares. Según un estudio realizado por el IARC a partir de 8 programas de cribado de cáncer de cérvix europeos y de Canadá, que incluían a 1,8 millones de mujeres, la incidencia acumulada de cáncer invasivo en mujeres entre 35-64 años se redujo un 64% cuando la frecuencia entre cribados era de 10 años; un 83,6%, cada cinco años; 90,8%, cada 3 años y 93,5%, cada año. Los beneficios obtenidos con un cribado anual no se alejan de los conseguidos cada 3 y 5 años y, en cambio, sí se incrementa notablemente el volumen de citologías necesarias para disminuir la incidencia en un pequeño porcentaje (IARC, 1986). La Preventive Task Force de Estados Unidos ha cambiado sus recomendaciones a intervalos de 3 años, al reconocer que no hay un beneficio substancial al recomendar citologías anuales, recomendaciones que ha suscrito el National Cancer Institute. También en dos recientes trabajos, los autores reafirman que la opción de intervalos de 3 años es segura (Sawaya GF 2003, Sasieni P 2003).

Tabla 4. Recomendaciones nacionales e internacionales

Organismo	Población diana	Periodicidad
PAPPs (Semfyc) 2003	35-65	2 primeras anuales y después cada 5 años
USPSTF 2003	21-65	Cada 3 años
National Institute of Cancer 2003	21-65	Cada 3 años
Canadian Task Force 1994	18-69	Cada 3 años
NHS 2004	25-49	Cada 3 años
	50-64	Cada 5 años
Unión Europea	20/30 a 65	Cada 3 o 5 años

En la edad de inicio tampoco hay acuerdo como se aprecia en las recomendaciones recogidas en el Anexo I. Algunas autoridades en servicios preventivos han recomendado empezar el cribado 3 años después del inicio de las relaciones sexuales. Esta política se basa en la idea de que una proporción de mujeres jóvenes con CIN puede tener un tipo celular agresivo, que progresa rápidamente si no es detectado mediante detección precoz. Por ello, en las jóvenes se recomienda realizar 2 citologías anuales y, si son negativas, seguir con una política de cribado cada 3-5 años. Las mujeres mayores de 65 años parecen no beneficiarse del cribado si las citologías han sido repetidamente normales (Yu S 1982, Van Wijngaarden WJ 1993). Las recomendaciones sobre población diana y periodicidad se encuentran resumidas en la tabla 4 y con mayor detalle en el Anexo I.

Nuevas técnicas citológicas para la detección precoz de cáncer de cuello uterino. Últimamente se han desarrollado técnicas de apoyo a la citología que permitan subsanar los errores identificados en la recogida, manipulación e interpretación de las muestras. Estas técnicas, denominadas mono capa o capa fina, utilizan la tecnología de fluidos. Una reciente revisión concluía que, a pesar de la superioridad de la técnica de capa fina sobre la citología convencional, no se han producido datos suficientes sobre su sensibilidad y especificidad y relación coste-efectividad (Larizgoitia I, 2001).

Quizá los mayores avances se obtengan con el desarrollo de nuevos métodos de detección de la infección por VPH más baratos y que, además, prueben su validez y clarifiquen su papel como método de cribado inicial asociado a la citología o como técnica suplementaria para el seguimiento de lesiones citológicas específicas. El uso

del test de VPH como triaje para colposcopia es otro de los aspectos en estudio. Finalmente, la vacuna para prevenir el VPH es otro de los avances en la prevención primaria del cáncer de cérvix que se está debatiendo. En años futuros tendrá posiblemente un lugar importante en la prevención del carcinoma cervical (Larizgoitia I, 2001).

En conclusión, los programas poblacionales de detección precoz de cáncer de cérvix mediante citología vaginal han demostrado disminuir la incidencia y mortalidad por este tumor. Sin embargo, en poblaciones con baja incidencia del cáncer cervical, como es el caso de nuestra Comunidad, junto a la tasa de falsos negativos del test de Papanicolaou, no se aconsejan programas poblacionales. Es por ello que en nuestro caso, apostamos por un programa de enfoque oportunista que ponga especial énfasis en las mujeres de riesgo más elevado.

2. Protocolo

2.1. Objetivos

Objetivo general

Disponer de un protocolo operativo de detección precoz del cáncer de cérvix, consensado por los profesionales implicados en la Atención Integral a la Mujer en el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma, que permita mejorar las actividades de detección precoz del cáncer de cuello uterino para disminuir las tasas de incidencia y mortalidad.

Objetivos específicos

- Consensuar un protocolo de detección precoz de cáncer de cérvix con los profesionales implicados en la Atención a la Mujer.
- Incrementar la participación de las mujeres pertenecientes a grupos de riesgo.
- Aumentar la educación sanitaria de la población sobre los factores de riesgo de cáncer de cérvix.
- Disminuir el número de citologías de detección precoz innecesarias.
- Aumentar la calidad del proceso, con especial énfasis en la toma y análisis de muestras e información de los resultados, tanto a las mujeres como a los profesionales.
- Desarrollar un sistema de información adecuado para evaluar y coordinar las actividades.
- Aumentar la accesibilidad a los servicios de ginecología mediante la reestructuración de las actividades y la derivación de la captación y toma de muestras a Atención Primaria.

2.2. Población diana

Mujeres entre 25 y 64 años de edad residentes en Baleares.

Se deberá hacer captación activa en mujeres con los siguientes factores de riesgo:

- Nivel socioeconómico y cultural bajos.
- Prostitución.
- Mantener múltiples parejas sexuales.
- Haber padecido previamente enfermedades de transmisión sexual.

- El uso habitual de drogas por vía parenteral.
- Inicio temprano de las relaciones sexuales (entendido como en los 5 años posteriores a la menarquia).
- Estado de inmunosupresión.
- Infección por VPH.
- Infección por VIH.
- Consumo de anticonceptivos orales durante más de cinco años.
- Consumo importante de tabaco (más de un paquete diario).

Otros casos:

- En mujeres mayores de 65 años sin citologías previas.
- Las mujeres en que hayan transcurrido más de 5 años desde la última citología.

No quedan incluidas:

- Las mujeres a quienes se ha realizado histerectomía total por enfermedad benigna.
- Tras parto o cesárea sólo se realizará citología a las mujeres que cumplan criterios de inclusión y hayan transcurrido más de 3 años desde la última toma con resultado normal o benigno.
- Las mujeres que no hayan tenido nunca relaciones sexuales.

2.3. Intervalo entre pruebas

- Inicialmente, realizar una citología anual los dos primeros años y, posteriormente, si son normales, una cada tres años.
- En mujeres mayores de 65 años, sin citologías previas, se hará una citología anual los dos primeros años y ninguna citología posterior, si éstas son normales.
- Las mujeres en que hayan transcurrido más de 5 años desde la última citología, serán incluidas en programa desde el principio, realizando 2 citologías en 2 años.

2.4. Captación

La captación de las mujeres debe hacerse:

- A través de los médicos, enfermeras y comadronas de los centros de salud, tras consultar la HC y entrevistar a la mujer sobre factores de riesgo. Esta acción se ha de incluir en los protocolos de enfermería destinados a la atención de las mujeres que acuden por primera vez a la consulta.

- Por los ginecólogos, enfermeras de ginecología y comadronas de las Unidades de Atención a la Mujer.
- Debe aprovecharse el periodo de embarazo para realizar citologías a mujeres embarazadas a las que no se haya hecho citología en los tres años precedentes al embarazo actual.

En general:

- Los profesionales implicados en la captación de mujeres para la detección precoz del cáncer de cérvix deben fomentar y coordinar la captación y derivación de mujeres con factores de riesgo de cáncer de cérvix, especialmente prostitución y toxicomanía, con los servicios sociales, con las unidades de salud mental y con otras organizaciones, como ONGs y el Institut Balear de la Dona.

Cada Centro de Salud y Unidad de la Mujer debe articular los circuitos de derivación a la comadrona o enfermera de ginecología para la toma de muestras.

2.5. Toma de muestras y petición

Los profesionales encargados de la toma de muestras de citología serán:

- En los Centros de Salud con Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica, la matrona.
- En los Centros de Salud con Unidad de Atención a la Mujer, las matronas o las enfermeras de ginecología.

La organización de la citación para la toma de muestras deberá ser consensuada en cada centro de atención. Una vez realizada la citología, se enviará a los servicios de Anatomía Patológica, utilizando los circuitos habituales de envío de muestras.

Cada gerencia deberá organizar la formación de los profesionales que realizan la toma de muestras para garantizar una calidad óptima.

Para el Protocolo de toma de muestras en atención primaria ver Anexo II:

En la petición de Anatomía Patológica deberá constar (Anexo III):

- Nombre y apellidos.
- Fecha de nacimiento.
- Nº de TSI.
- Procedencia: Nombre del Centro de Salud, Unidad de Atención a la Mujer o Servicio Hospitalario.
- Profesional peticionario.
- Fecha de solicitud.
- Fecha de la toma.
- Destino de la toma.
- Fecha de la última citología.
- Motivo de la solicitud que se identificará por la palabra "despistaje/cribado" o sospecha patología.
- Muestra obtenida de Exocérnix o endocérnix.
- Fecha de inicio del último periodo menstrual (FUR).
- Fecha de inicio de la menopausia (año).
- Enfermedades de Transmisión sexual previas.
- Patología cervical previa.
- Tratamiento hormonal.
- Otros tratamientos que puedan modificar la citología (quimioterapia, radioterapia).

Registro de la muestra

En la unidad donde se realizan las tomas se llevará un libro de registro de las mismas, donde se incluirán los datos de la paciente, la fecha en la que se realizó la citología y la de la recepción de los resultados. Además, se anotará en la historia clínica de la paciente.

2.6. Evaluación de las muestras e informe anatomopatológico

Las muestras serán analizadas en los servicios de Anatomía Patológica de cada hospital, que asumirán las citologías de las mujeres de su sector.

- Estos elaborarán el informe de resultados, que remitirán al peticionario. El informe de Anatomía Patológica llevará por defecto el resultado de las dos citologías anteriores, para informar al médico de familia, comadrona o enfermera, de las que no son candidatas, según el programa, a una nueva citología hasta dentro de 3 años. Las características que deberá reunir el informe de Anatomía Patológica seguirán la Clasificación de Bethesda (ver Anexo IV).

- El tiempo transcurrido entre la toma de la muestra y la emisión de informe de Anatomía Patológica no será superior a 6 semanas. Si en el plazo máximo de 8 semanas no ha llegado el resultado de la citología, éste se reclamará al laboratorio de referencia.
- Si la muestra es insatisfactoria, se remitirá al profesional peticionario un informe en el que se explicita la causa de ‘toma insatisfactoria’.

2.7. Resultado e información

- Los servicios de Anatomía Patológica enviarán los informes de las muestras según código peticionario, es decir, a la matrona de la UPPO o comadrona/enfermera de las Unidades de Atención a la Mujer.
- Una vez recibidos los resultados, la enfermera o comadrona comprobarán, según el protocolo, la conducta a seguir.
- Si el resultado es negativo y la toma satisfactoria, la comadrona o enfermera de ginecología informará a la mujer del resultado en la cita concertada en el momento de la toma de la muestra y le dará copia del informe. Se ofrecerá a la mujer la “tarjeta de participación” donde se anotará la fecha de la citología y la fecha de la próxima citología (Anexo V).
- Si la muestra no es satisfactoria, se citará a la mujer para repetir la toma.
- Si existiera alguna anomalía, la comadrona o enfermera de ginecología remitirán el informe de Anatomía Patológica al médico de familia, quien informará a la paciente y la citará al servicio de ginecología. Desde la remisión del informe por la comadrona o enfermera de ginecología a la cita no deben pasar más de 3 semanas.

2.8. Seguimiento de las lesiones

Las mujeres con resultados anormales serán derivadas a las Unidades de Atención a la Mujer y a los Servicios de Ginecología de los Hospitales de Referencia. Los Servicios de Ginecología deberán establecer una agenda rápida de citación de mujeres con citología anómala, para garantizar un plazo máximo de 3 semanas desde la recepción del informe a la cita.

El informe de la citología y las pautas a seguir deberán quedar registradas en la historia clínica.

- Los servicios de ginecología deberán garantizar el desarrollo de las actividades de prevención mediante la coordinación entre los Servicios de Ginecología de los Hospitales, las Unidades de Atención a la Mujer y las Unidades de Psicoprofilaxis Obstétricas de Atención Primaria.
- Cada servicio hospitalario intervendrá en el Programa de prevención de cáncer de cérvix aceptando el proceso derivado de dicho programa de su Sector.
- Además, siguiendo criterios de equidad territorial en cuanto a la prestación de servicios desde los diferentes Servicios de Ginecología, éstos seguirán las recomendaciones corporativas en el seguimiento del actual programa.

2.9. Sistema de información

Al objeto de alcanzar una cobertura razonable, evitar duplicidades e intervalos demasiado cortos, se irá desarrollando un sistema adecuado de información electrónica entre Atención Primaria y Especializada: tanto en la historia clínica electrónica de Atención Primaria (ESIAP), como en la de los servicios de Ginecología del Hospital, y adaptar el sistema PATWIN o similar en los laboratorios de Anatomía Patológica.

3. Evaluación

3.1. Indicadores de cobertura

- N° de citologías de cribado solicitadas en mujeres de 25 a 64 años/Mujeres de 25-64 años.
- N° de citologías de cribado realizadas en mujeres de 25 a 64 años/ Mujeres de 25-64 años.
- N° de mujeres de 25 a 64 años con citología preventiva realizada en los últimos 3 años.

3.2. Indicadores de resultados

- N° de lesiones intraepiteliales de alto grado detectadas/ N° de muestras preventivas.
- N° de lesiones intraepiteliales de bajo grado detectadas/ N° de muestras preventivas.
- N° de cánceres de cérvix detectados /N° de muestras preventivas (incidencia).
- N° de defunciones por cáncer de cérvix /Población de mujeres (tasa de mortalidad).

3.3. Indicadores de calidad

3.4. Comité técnico y de seguimiento

Estará conformado por las personas que han formado parte del grupo de trabajo.

Funciones:

- Definir las líneas generales del Programa en cuanto a objetivos, métodos y técnicas.
- Analizar los problemas de funcionamiento.
- Evaluar de actividades y resultados del Programa.
- Determinar necesidades de formación de los profesionales implicados.
- Verificar la adecuación de recursos materiales y humanos.
- Elaborar propuestas de mejora.

Periodicidad:

- Para un correcto seguimiento del Programa, este comité deberá mantener reuniones con una periodicidad mínima semestral.

Tipos, fuentes y valores aceptables de los indicadores de calidad propuestos para el programa de detección precoz del cáncer de cérvix

Indicador	Fuente	Valor aceptable
Número de citologías innecesarias (1)	APA	<30%
Número de peticiones cumplimentadas inadecuadamente (2)	APA	0
Número de citologías insatisfactorias (3)	APA	<5%
Número de citologías sin representación de zona de transformación/endocervical	APA	<5%
Número de AGC	APA	<1%
Número de ASC-US y ASC-H	APA	<5%
Correlación LIE/ASC-US y ASCH	APA	≥77%
Correlación citología/histología	APA	≥90%
Tiempo transcurrido entre toma de muestra para citología y emisión informe de Anatomía Patológica	APA	6 semanas
Tiempo transcurrido entre Informe de APA con resultados anormales y citación por el ginecólogo	AP	3 semanas
En mujeres con diagnóstico patológico, % de pérdidas en el seguimiento (4)	APA	<10%

(1) Según los criterios de inclusión en el programa.

(2) Se entiende por cumplimentación inadecuada la que:

Impide la identificación de la paciente (nombre, apellidos, n° de historia de origen, edad o fecha de nacimiento).

Impide la elaboración de los indicadores. La ausencia de identificación como "Programa de Prevención del Cáncer de Cérvix" en la hoja de solicitud.

(3) Según la definición del Sistema Bethesda 2001 de muestra insatisfactoria.

(4) Aquella mujer que, teniendo una citología patológica, no se ha realizado durante ese año ninguna otra prueba citológica diagnóstica.

APA: Anatomía Patológica.

AP: Atención Primaria.



ANEXOS

ANEXO I

Recomendaciones nacionales e internacionales

PAPPS (Gonzalez Enriquez J, 2003)

- Mujeres sexualmente activas de 35 a 65 años, inicialmente realizar dos citologías con periodicidad anual y después cada 5 años.

USPSTF 2003

<http://www.arhrq.gov/clinic/uspstf/uscerv.html>

- Recomienda empezar el cribado en los tres años posteriores al inicio de relaciones sexuales, pero no más tarde de los 21 años.
- Una vez que tienen una citología, seguir con Papanicolaou cada 3 años.
- Las mujeres entre 65-70 años que tengan al menos 3 citologías normales en los últimos 10 años pueden parar el proceso de cribado.
- No se recomienda cribado a las mujeres hysterectomizadas.

US INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER

<http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/index.html>

- Suscribe las recomendaciones de la USPSTF 2003

CANADIAN TASK FORCE 1994

<http://hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pdf/clinical-preventive>

- Cribado anual después de iniciar la actividad sexual o a la edad de 18; después de dos citologías normales, cribado cada 3 años hasta los 69. Considerar intensificar cribado en mujeres de alto riesgo, como edad de inicio de relaciones sexuales menor de 18 años; múltiples parejas sexuales o pareja con múltiples parejas; fumadoras o situación socioeconómica baja.

NATIONAL HEALTH SERVICE

<http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/index.html>

- Mujeres entre 25 y 64 años, con periodicidad cada 3 años entre los 25-49 años y cada 5 años entre los 50 a 64.

UNIÓN EUROPEA 2003 (Recomendación Consejo Europeo)

- Empezar no antes de los 20 años y a más tardar a los 30 cada 3 o 5 años.

ANEXO II

Toma de la muestra

- A realizar por la enfermera de ginecología adiestrada o la comadrona.
- Pasadas 48 horas de la finalización de la regla y de la última relación sexual.
- Inserción suave y progresiva de espéculo bivalvo (tipo Cusco), sin lubricación previa, con las valvas en sentido vertical, horizontalizándolo tras haberlo insertado 2/3 de su longitud, tratando de no rozar el cérvix.
- Toma del espécimen.
(doble toma, exocérvix-endocérvix):
 1. Toma exocervical con espátula común.
 2. Toma endocervical con cepillo mediante movimiento de vaivén en el canal.
 3. Extensión de la toma exocervical en capa fina en la mitad opuesta al borde esmerilado (en el que se habrá escrito con lápiz el nombre de la paciente).
 4. Extensión de la toma endocervical en la otra mitad del porta, rotando el cepillo.
 5. Tras la extensión, rápidamente aplicación de spray fijador en capa fina, manteniendo el envase a 25 cm del porta. El secado al aire tiene una acción nefasta para la conservación de la muestra.
 6. Complimentar cuidadosamente el impreso de solicitud de estudio, así como el libro de registro.

Registro Citologías

Nº Solicitud	Fecha recogida	Nombre	Tel.	CIP	Resultado	Fecha llegada

Anexo III. Hoja de petición de anatomía patológica

SOL·LICITUD CRIBRATGE CÈRVIX

HOSPITAL DE DESTÍ

Num. Història Clínica: _____

Nom: _____

1^{er} Llinatge: _____

2^{on} Llinatge: _____

Data naixement: _____

Núm.TSI: _____

Procedència de la mostra:

Sol·licitant: _____ Servei / Centre: _____

Codis Sol·licitants

ETIQUETA
CENTRE

Informació Clínica:

Edat: _____

FUR: _____

Patologia cervical prèvia

Anovulatoris orals

Altres tractaments: Quimioteràpia

Radioteràpia

Antecedents Patològics:

No

Si (especificar) _____

DIU

Gestant

Puerperi

Menopausa

Data inicia menopausa: _____

THS No

THS Sí

Exploració: _____

Data i signatura: _____

Anexo IV. Categorías diagnósticas del informe de citología

CATEGORÍA DIAGNÓSTICA

CONDUCTA A SEGUIR CON EL PACIENTE

CALIDAD DE LA MUESTRA

- Muestra satisfactoria para evaluación (*)
- (*) con notificación de ausencia de representación endocervical
- Muestra insatisfactoria (añadir la causa)

Seguir "Programa de Prevención"

Repetir citología, evitando la causa

INTERPRETACIÓN / Diagnóstico Morfológico

1. Negativo para lesión intraepitelial o malignidad (1)
- Cambios reactivos inespecíficos
- Cambios reactivos, asociados a inflamación (germen)

Seguir "Programa de Prevención"
Repetir citología a los 6 meses
Tratar y repetir citología a los 6 meses

2. Patológico:

- ASC-US, ASC-H o AGC
- LIE de bajo grado
- LIE de alto grado
- Carcinoma, adenocarcinoma, otros tumores

Remitir paciente al ginecólogo

(1) Cuando se notifiquen la presencia de células endometriales en mujeres mayores de 40 años, se remitirán al ginecólogo

Anexo V. Tarjeta de participación

A tener en cuenta:

1. El uso de un preservativo durante la actividad sexual y el uso de otros métodos anticonceptivos durante la vida.
2. La necesidad de información de ginecología por personas profesionalmente preparadas para ser los citólogos.
3. El uso de un preservativo según el momento de muestra ginecológica, así como la necesidad de una muestra de muestra.

A tener en cuenta:

1. El uso de un preservativo durante la actividad sexual y el uso de otros métodos anticonceptivos durante la vida.
2. La necesidad de información de ginecología por personas profesionalmente preparadas para ser los citólogos.
3. El uso de un preservativo según el momento de muestra ginecológica, así como la necesidad de una muestra de muestra.

programa de prevención del cáncer de CÈRVIX

Govern de les Illes Balears

IB-Salut

Departament de Salut

aporta en la seva cartilla de participació en el programa de prevenció de càncer de cèrvix.

nom i cognoms: _____

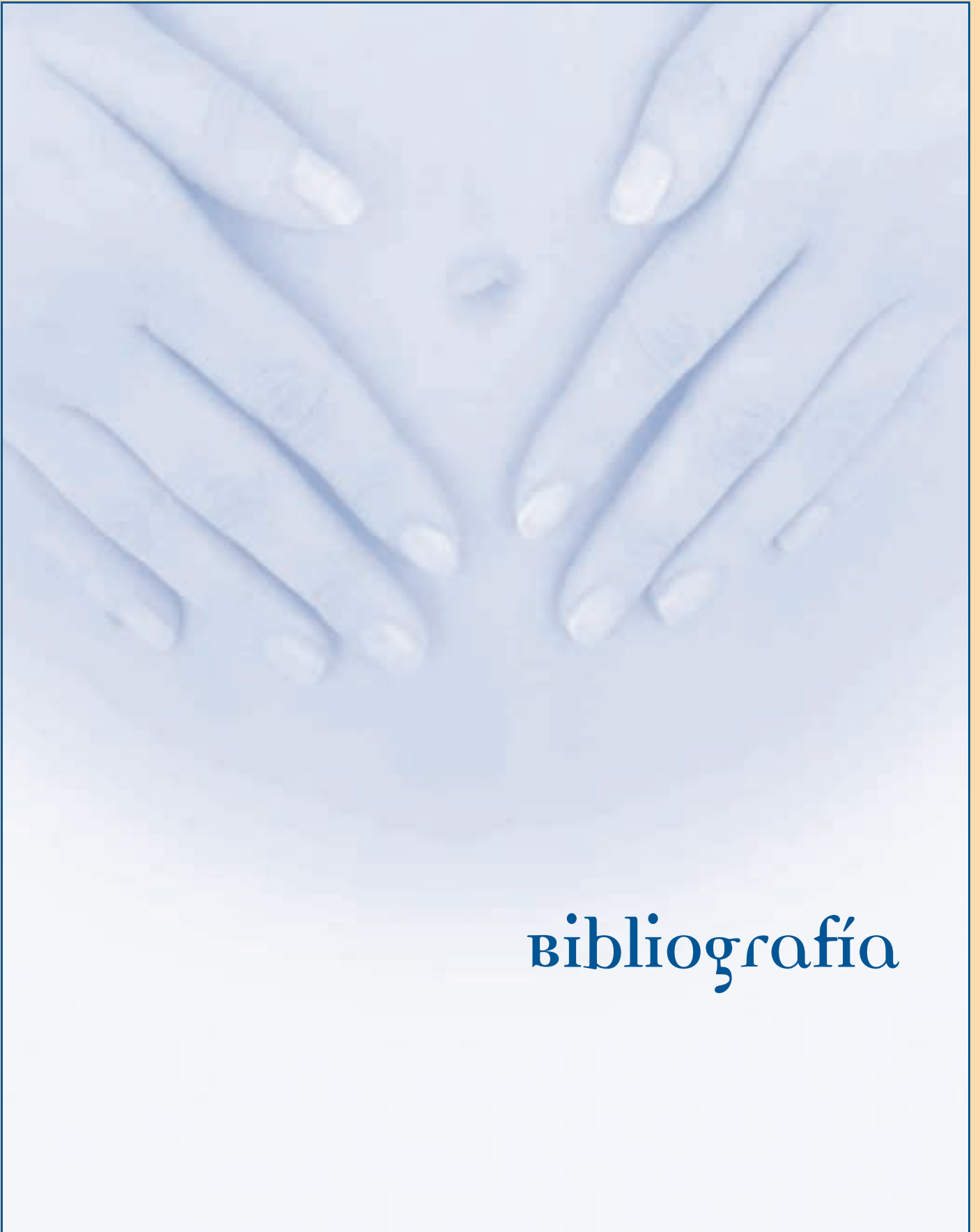
data de naixement: _____

adreça: _____

telèfon: _____

aporta en la seva cartilla de participació en el programa de prevenció de càncer de cèrvix.

nom i cognoms	data de naixement	adreça
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



bibliografía



Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Evaluation of cervical cytology. Rockville, MD: AHCPR, 1999. (20852).

Anderson GH, Boyes DA, Benedet JL, Le Riche JC, Matisic JP, Suen KC, Worth AJ, Milner A, Bennet OM. Organization and results of cervical cytology screening programme in British Columbia, 1955-85. *BMJ* 1988;296:975-978.

Anhang R, Wright TC, Smock L, Goldie SJ. Women's desired information about human papillomavirus. *Cancer* 2004; 100: 315-20.

Aristizabal N, Cuello C, Correa P, Collazos T, Haenzel W. The impact of vaginal cytology on cervical cancer risk in Cali, Colombia. *Int J Cancer* 1984;34:5-9.

Berrino F, Gatta G, d'Alto M, Crosignani P, Riboli E. Efficacy of screening in preventing invasive cervical cancer: a case control study in Milan, Italy. *IARC Sci Publ* 1986;76:11-123.

Benedet JL, Anderson GH, Matisic JP. A comprehensive program for cervical cancer detection and management. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166:1254-1259.

Berrino F, Capocaccia R, Estève J, Gatta G, Hakulinen T, Micheli A, Sant M, Verdecchia A. Survival of Cancer Patients in Europe: the EURO-CARE-2 Study. *IARC Scientific Publications* n° 151. WHO. Lyon 1999.

Boon ME, de Graaf Guilloud JF, Rietveld WJ, Wijsman-Grootendorst A. Effect of regular 3-yearly screening on incidence of cervical smears: the Leiden experience. *Cytopathology* 1990; 1:201-210.

Bosch FX, Castellsagué X., Muñoz N, de Sanjosé S, Gaffari AM, Gonzalez LC, Gili M, Izarzugaza I, Viladiu P, Nacarro C, Vergara A, Asuncion N, Guerrero E, Shah KV. Male sexual behavior and human papillomavirus DNA: key risk factors for cervical cancer in Spain. *J Natl Cancer Inst* 1996; 88:1060-7.

Bosch FX. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002; 55:244-265.

Cabeza E, Ocaña-Riola R, Garau I, Campillo C, Franch P, Obrador A. Distribución geográfica del cáncer de cérvix en Mallorca. IX Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública, SESPAS, noviembre 2001. Zaragoza, *Gac Sanit* 2001;15 suppl 3: 33.

Castellsagué X, Bosch FX, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV, de Sanjose S, Eluf-Neto J, Ngelangel CA, Chichareon S, Smith JS, Herrero R, Mor V, Franceschi S; International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group. Male circumcision, penile human papillomavirus infection and cervical cancer in female partners. *N Engl J Med* 2002;346:1105-12.

Clarke EA, Anderson TW. Does screening by Pap smears help prevent cervical cancer? A case control study. *Lancet* 1979; 2:1-4.

Clifford GM, Smith JS, Plummer M, Muñoz N, Franceschi S. Human Papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: a metaanalysis. *Br J Cancer* 2003;88:63-73.

Cramer DW. The role of cervical cytology in the declining morbidity and mortality of cervical cancer. *Cancer* 1974; 34: 2018-2027.

Enquesta de Salut de les Illes Balears. Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. Direcció General de Salut Pública. Palma de Mallorca 2002.

Ferlay J, Bray F, Sankila R, Parkin M. *Globocan 2000: Cancer incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, version 1.0*, IARC Cancer Base n° 5 Lyon. IARC Press, 2001.

Gonzalez Enriquez J, Alonso Gordo JM. Otros tumores ginecológicos. Cáncer de cérvix uterino. Manual de Prevención de Atención Primaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Eds: Brotons C, Ciurana R, Iglesias M. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona 2003.

<http://www.arhrq.gov/clinic/uspstf/uscerv.html>: Update: enero 2003.

<http://www.cancer.gov/newscenter/pressreleases/cervicalscreen> Update: enero 2003.

<http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/index.html> Update 2003.

<http://hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pdf/clinical-preventive>

Herrero R, Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, De Britton RC, Gaitan E, Tenorio F. Screening for cervical cancer in Latin America: a case-control study. *Int J Epidemiol* 1992; 21:1050-1056.

IARC Working Group on evaluation of cervical screening programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implications for cervical screening. *BMJ* 1986; 293:659-64.

Johannesson G, Geirsson G, Day N. The effect of mass screening in Iceland, 1965-74, on the incidence and mortality of cervical carcinoma. *Int J Cancer* 1978; 21:418-425.

Laara E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in Nordic countries: association with organised screening programmes. *Lancet* 1987; 1 (8544) : 1247-49.

Larizgoitia I. Diagnóstico precoz del cáncer cervical: conocimiento actual sobre viejas y nuevas tecnologías. Barcelona: Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerques Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Octubre 2001.

La Vecchia C, Decarli A, Franceschi S, Fasoli M, Gentile A, Tognoni G. Pap Smear and the risk of cervical neoplasia: quantitative estimates from a case-control study. *Lancet* 1984; 2:779-782.

Luengo Matos S, Muñoz van den Eynde. Uso de la citología de cribado de cérvix y factores relacionados con el uso de la prueba en España. *Aten Primaria* 2004; 33: 229-36.

Manual de Prevención de Atención Primaria. Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Brotons C, Ciurana R, Iglesias M. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona 2003.

Miller AB, Lindsay J, Hill GB. Mortality from cancer of the uterus in Canada and its relationship to screening for cancer of the cervix. *Int J Cancer* 1978; 21:418-425.

Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV, Walboomers J, Herrero R, Franceschi S. International Agency for Research on Cancer Multicentric Cervical Cancer Study Group. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* 2002; 359: 1085-92.

Mortalidad por Cáncer en España, 2000. Area de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III, marzo 2003. Madrid.
Disponibile en: <http://www.cne.isciii.es/cancer/mort2000.txt>

Muñoz N, Bosch FX, Sanjosé S. Epidemiological classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl Med J* 2003;348:518-27.

Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C et al. Role of parity and human papillomaviruses in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* 2002; 359:1093-1101.

Nanda K, McCrory DC, Myers ER, Bastian LA, Hasselblad V, Hickey JD, Matchar DB. Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2000;132:810-9.

Palefsky JM, Minkoff H, Kalish LA, Levine A, Sacks HS, García P, Young M, Melnick S, Miotti P, Burk R. Cervicovaginal human papillomavirus infection in immunodeficiency virus-1 (HIV) positive and high-risk HIV negative women *JNCI* 1999; 91: 226-236.

Parkin, D.M., Whelan, S.L., Ferlay, J., Teppo, L. and Thomas, D.B. eds (2002) *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. VIII, IARC Scientific Publications No.155* Lyon, IARC.

Pla de Salut de les Illes Balears 2003-2007. Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. Direcció General de Salut Pública. Palma de Mallorca 2003.

Pujol A, Cabeza E, Esteva M, Thomás V. Sanchez Contador C. Desigualdades sociales en la realización de prácticas preventivas según la encuesta de salud de las islas Baleares. XX Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Barcelona, setiembre 2002. XIX Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología. Barcelona, octubre 2002. *Gac Sanit* 2002;16 suppl. 1:80.

Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E. United Kingdom Association on Cancer Registries. Effect of screening on incidence and mortality from cancer of the cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ* 1999; 318: 904-8.

Recomendación del Consejo de la Unión Europea de 2 de diciembre de 2003 sobre el cribado del cáncer. *Diario Oficial de la Unión Europea.* L327/34. 16/12/2003.

Ries LAG, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Clegg L, Edwards BK. SEER cancer statistics review, 1973-1996. Bethesda, Md: National Cancer Institute, 1999.

Sawaya GF, Brown AD, Eugene Washington A, Garber AM. Current approaches to Cervical Cancer Screening. *N Engl J Med* 2001; 344: 1063-1067.

Sasieni P, Adams J, Cuzick J. Benefit of cervical screening at different ages: evidence from the UK audit of screening histories. *Br J Cancer* 2003;89: 88-93.

Sawaya GF, McConnell KJ, Kulasingam ShL, Lawson HW, Kerlikowske K, Menikow J, Lee N, Gildengorin G, Myers ER, Washington AE. Risk of Cervical Cancer Associated with Extending the Interval between Cervical-Cancer Screenings. *N Engl J Med* 2003; 349: 1501-1509.

Sigurdsson K, Adalsteinsson Sm, Tagnarsson J. Trends in cervical and breast cancer in Iceland. A statistical evaluation of trends in incidence and mortality for the period 1955-1982. Their relation to screening and prediction to the year 2000. *Int J Cancer* 1991; 48: 523-8.

Shepherd J, Wentson R, Peersman G, Napuli IZ. Interventions for encouraging sexual lifestyles and behaviours intended to prevent cervical cancer (Cochrane Review) In: *Cochrane Library, Issue 2, 2001.* Oxford: update software.

Solomon D, Daye D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, Raab S, Sherman M, Wilbur D, Wright T, Young N. The 2001 Bethesda System. Terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA* 2002; 287: 2114-2119.

Smith JS, Green J, Berrington de Gonzalez A, Appleby P, Peto J, Plummer M, Franceschi S, Beral V. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet* 2003; 361:1159-67.

Smith JS, Muñoz N, Herrero R, Eluf-Neto J, Ngelangel C, Franceschi S, Bosch FX, Walboomers JM, Peeling RW. Evidence for Chlamydia trachomatis as an VPH cofactor in the etiology of invasive cervical cancer in Brazil and the Philippines. *J Infect Dis* 2002; 185: 324-31.

Spitzer M. Cervical screening adjuncts: recent advances. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179:544-56.

Szarewski A, Cuzick J. Smoking and cervical neoplasia: a review of the evidence. *J Epidemiology and Biostatistics* 1998;3:229-56.

Van der Graaf Y, Vooijs GP. False negative rate in cervical cytology. *J Clin Path* 1987; 40: 438-442.

Van Wijngaarden WJ, Duncan ID. Rationale for Stopping cervical screening in women over 50. *BMJ* 1993;306:967.

Yu S, Miller AB, Sherman GJ. Optimising the age, number of tests, and the interval for cervical screening in Canada. *J Epidemiol Community Health* 1982;36:1-10.