

Programa de Cribado Poblacional del Cáncer de Cérvix en Extremadura

17 de febrero 2023

Introducción:

En las dos últimas décadas se ha confirmado que el virus del papiloma humano (VPH) es el agente causal de la práctica totalidad de neoplasia de cérvix y sus lesiones precursoras. Sólo 2 genomas del VPH de alto riesgo oncogénico (VPH -AR) el 16 y 18, provocan, aproximadamente el 70% de las lesiones cervicales invasivas y otros 10 tipos explican el 25%-35% de los casos restantes. El modelo de carcinogénesis cervical se basa en la persistencia de la infección por VPH como elemento necesario para el desarrollo de lesiones precursoras y cáncer. Durante los primeros años de vida sexual existe una elevada incidencia de infección por VPH y aclaramiento viral. Más del 90% de infecciones en este grupo de mujeres son transitorias e irrelevantes desde el punto de vista oncogénico. Sin embargo, en las mujeres mayores de 30 años presentan una menor prevalencia de infección VPH, pero con un mayor porcentaje de persistencia, lo que conlleva mayor riesgo e incidencia de lesiones precursoras a partir de esta edad.

Actualmente, la mayoría de las Comunidades Autónomas realizan cribado de cáncer de cérvix de tipo oportunista, y estos cribados oportunistas presentan una serie de inconvenientes tales como: que no existe evidencia sobre un adecuado balance entre los beneficios esperados y los daños que pueden evitarse, no es posible garantizar la calidad de los procesos, menor efectividad que los programas organizados, inequidad en el acceso, de tal manera que existe una parte de la población cribada inadecuadamente y otra parte sobre cribada exponiéndose a sufrir efectos adversos y por último no disponer de un sistema de información único dificultan la evaluación del programa.

Datos Epidemiológicos:

A nivel mundial, el cáncer de cérvix ocupa el cuarto lugar en frecuencia entre las mujeres y el séptimo en general, con 528.000 nuevos casos en el año 2012, las áreas de mayor incidencia y mortalidad corresponden a los países menos desarrollados: Latinoamérica, África, y Sudeste Asiático representando el 85% de carga mundial de este cáncer.

Se calcula que en 2020 ocurrieron unos 604.000 nuevos casos de cáncer de cuello uterino en todo el mundo, lo que representa el 6,5 % de todos los casos de cáncer y constituye el cuarto cáncer más frecuente en las mujeres de todas las edades. Sin embargo, en las mujeres menores de 70 años, el cáncer de cuello uterino es el segundo más frecuente, con un 8,6 % de todos los casos de cáncer en este grupo de edad.

Dentro de Europa, las incidencias más altas (>17 casos de cáncer de cuello uterino por cada 100.000 mujeres) se observan en los países de Europa del Este, siendo Rusia y Ucrania donde ocurrieron un 41,1 % de los 58.000 casos de cáncer de cuello uterino en Europa en 2020. *

Dentro de Europa, las mortalidades más elevadas (>6 casos de cáncer de cuello uterino por cada 100.000 mujeres) se observan de nuevo en los países de Europa del Este, siendo Rusia y Ucrania los países donde ocurrieron el 38,7% de las 26.000 muertes por cáncer de cuello uterino en Europa en 2020*. Ferlay J,

Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory; Cancer Today [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2020 [cited 2020 Jul 3].

En general, las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino son mucho menores que las tasas de incidencia. Aun así, dado que el cáncer de cuello uterino afecta a mujeres relativamente jóvenes, es una de las principales causas de pérdida de años de vida potenciales (es decir, de muerte prematura) y la principal causa individual de muerte prematura en los países de renta baja.

Se estima que anualmente se producen entorno a unas 280.000 defunciones de mujeres por año. En los países desarrollados, la baja incidencia y mortalidad se debe en parte a los programas organizados y oportunistas de detección precoz basados en la citología cervicovaginal.

En **España**, la tasa de incidencia se sitúa por debajo de la media de la unión europea, con cifras similares a Reino Unido o Suecia, en el año 2012, hubo 2.511 nuevos casos y 848 muertes por esta causa, con una tasa ajustada de incidencia de 7,8/100.000 mujeres y de mortalidad de 2,1/100.000 mujeres, siendo el quinto tumor más frecuente en mujeres:

CANCER	INCIDENCIA TASA AJUSTADA	MORTALIDAD-TASA AJUSTADA
MAMA	25.215 CASOS 67,3/100.000	6.075 MUERTES 11,9/100.000
COLORRECTAL	12.979 CASOS 24,2/100.000	5.958 8,4/100.000
CUERPO DE UTERO	5.121 CASOS 11,6/100.000	1.211 1,9/100.000
PULMON	4.935 CASOS 11,3/100.000	3.688 8/100.000
CERVIX	2.511 CASOS 7,8/100.000	848 2,1/100.000

Tabla 1: Incidencia-Mortalidad en mujeres por tumores más frecuentes en España en el año 2012 (GLOBOCAN 2012)

En **Extremadura**: los últimos datos disponibles, pertenecen al año 2017, según el informe de la subdirección de epidemiología, en este año la incidencia de cáncer de cérvix fue de 50 casos, con una tasa ajustada de 8,93/100.000.

La mortalidad del cáncer de cuello uterino en Extremadura es muy reducida, siempre por debajo de las 20 muertes anuales; a pesar de ello, su tendencia es ligeramente ascendente. (Fuente: Documento PICA 2017-2021)

En cuanto a la edad de diagnóstico por grupos de edad quinquenal, se observan los siguientes datos:

GRUPO DE EDAD	CASOS	PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE CASOS EN CADA GRUPO DE EDAD
0-4	0	
5-9	0	
10-14	0	
15-19	0	
20-24	0	
25-29	1	6,67
30-34	4	14,29
35-39	8	11,76
40-44	7	6,42
45-49	5	2,91
50-54	9	3,63
55-59	5	2,11
60-64	0	
65-69	4	1,37
70-74	3	0,95
75-79	3	0,96
80-84	1	0,28
85 o mas	0	

Tabla 3: Incidencia por grupo quinquenal y porcentaje sobre el total de casos de cáncer en los grupos quinquenales del cáncer de cérvix en Extremadura (SICAP 2017)

Análisis de situación en Extremadura del cribado de cáncer de cérvix:

Actualmente, el cribado de esta patología se realiza principalmente en atención primaria, tanto por C.O.P.F. (centros de orientación y planificación familiar), como por las matronas que desarrollan su actividad profesional en el primer nivel de la atención sanitaria.

No obstante, se observa que un número importante de citologías se realizan dentro de la atención especializada.

El 100% de las citologías realizadas en los COPF. son estudiadas en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Badajoz (en adelante laboratorio central). Además, estudia las citologías procedentes de atención primaria de todas las áreas sanitarias, así como las citologías de atención especializada del área de Badajoz.

Por otra parte, los laboratorios de cada una de las áreas sanitarias estudian las citologías procedentes de atención primaria como especializada específicas de sus áreas.

Según datos obtenidos a través del laboratorio central, así como de las distintas Direcciones de salud, el número total de citologías realizadas en el año 2018 fue de 49.007, distribuidas de la siguiente forma:

Área Sanitaria	Población Diana Mujeres 25-65 años	Citologías laboratorio central	Citologías en laboratorio de área	Total, citologías en área	
BADAJOS	76.061	5.398 A.P. 2.145 COPF	3.375 ESPECIALIZADA	10.918	
CACERES	53.050	4.886 COPF	3.536 (SIN ESPECIFICAR)	8.422	
CORIA	11.456	924 COPF		924	
DON BENITO-VVA	50.961	570 A.P. 1.880 COPF	3.849 (SIN ESPECIFICAR)	6.299	
ZAFRA-LLERENA	27.209	86 A.P. 2.176 COPF	1.846 ESPECIALIZADA	4.108	
MERIDA	46.772	2.688 A.P. 2.900 COPF	416 A.P. 2.433 ESPECIALIZADA	8.437	
NAVALMORA	14.459	1846 COPF	222A.P. 639 ESPECIALIZADA	2.707	
PLASENCIA	29.867	5 A.P. 1.258 COPF	2029 A.P. 900 ESPECIALIZADA	4.192	
TOTALES	309.835 MUJERES	26.762		49.007 CITOLOGIAS	

En cuanto al tipo de citología realizada, la gran mayoría son citologías líquidas, excepto:

-Citologías estudiadas en el laboratorio de área sanitaria de Zafra -Llerena (1.846) que son convencional (triple toma)

-Citologías estudiadas en el laboratorio de área sanitaria de Navalmoral de la Mata: del total, de citologías estudiadas en este laboratorio 222 procedentes de A.P. y 639 procedentes de A. E. son citología convencional (triple toma)

Citologías estudiadas en el laboratorio del área sanitaria de Plasencia (2.029) son convencionales (triple toma)

En cuanto a recursos existentes:

	COPF	MATRONAS (A.P.)	CENTROS DE SALUD	A. ESPECIALIZADA
BADAJOS	5	13	24	SERV GINECOLOGIA
CACERES	7	17	23	"
CORIA	1	3	7	"
D.BENITO-VVA	4	8	14	"
ZAFRA-LLERENA	3	5	9	"
MERIDA	3	9	13	"
NAVALMORAL	1	4	8	"
PLASENCIA	2	10	14	"

Programa de Cribado Poblacional de Cáncer de Cérvix en Extremadura

Objetivos:

General:

Disminuir la incidencia y mortalidad de cáncer invasivo de cuello uterino, mediante la detección y tratamiento precoz de las lesiones preinvasivas, mediante la implantación de un cribado poblacional aplicando los nuevos protocolos en base a las nuevas evidencias científicas.

Específicos:

- Garantizar a la población diana el acceso al programa en el 100% de las zonas básicas de Salud.
- Incrementar progresivamente la participación de la población diana en el Programa.
- Garantizar la calidad de las actuaciones de detección precoz del cáncer de cérvix según los criterios de calidad establecidos.
- -Obtener la coordinación necesaria entre todos los Servicios implicados en el proceso de cribado.
- Asegurar un sistema de información que facilite la gestión del proceso y la evaluación del programa.

- Establecer un programa de formación continuada del personal sanitario implicado.
- Promover la investigación y la realización de estudios que puedan mejorar el conocimiento y las actuaciones de prevención y detección precoz de cáncer de cuello uterino.
- Desarrollar actividades de información y educación para la salud sobre los factores de riesgo y medidas de prevención del cáncer de cuello de útero.

Población diana:

Todas las mujeres asintomáticas residentes en Extremadura de 25-65 años. La población diana total de Extremadura es de un total de 298.190 mujeres (63.096 citologías y 234.207 para determinación de VPH).

La Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, establece que las comunidades autónomas tienen 5 años para iniciar el cambio en el programa y 5 años más para alcanzar una cobertura próxima al 100% de la población, entendida como invitación a participar toda la población objeto del programa.

La complejidad de la puesta en marcha de un cribado poblacional, con las adecuadas garantías de calidad y la necesaria reevaluación de la carga sanitaria, que supone la implantación del programa tanto en atención primaria como especializada, es por lo que la puesta en marcha se va a hacer de una manera progresiva.

Por todo ello, y según el protocolo de cribado establecido citaremos para citología cada 3 años a las mujeres de 25, 28, 31 y 34 y para determinación de VPH cada 5 años a las mujeres de 35, 40, 45, 50, 55, 60 y 65 años.

La **población diana total** de Extremadura son las mujeres entre 25 y 65 años y supondría un total de **297.527 mujeres**, según datos de Cívitax, distribuidas de la siguiente forma:

AREA SANITARIA	MUJERES 25-34 AÑOS	MUJERES 35-65 AÑOS
BADAJOS	15.627	62.920
CACERES	9.807	43.640
CORIA	1.931	9.041
DON BENITO-VVA	7.142	29.601
ZAFRA-LLERENA	5.218	21.797
MERIDA	9.410	37.984
NAVALMORAL	2.610	11.555
PLASENCIA	5.137	24.107
TOTALES	56.882	240.645

Para el inicio del programa, durante el primer año (2023) y siguiendo el protocolo establecido:

En Extremadura a las mujeres entre 25 y 34 años se les realizará citología cada 3 años y se empezarán a citar a las que cumplan 25, 28,31 y 34 años en cada año de cribado. De esta manera para el año 2023, la población a cribar será de 22.884 mujeres.

A las mujeres entre 35 y 65 años se les realizará determinación de VPH-AR mediante auto toma, cada 5 años. Se iniciará con un estudio en el Área de Salud de Coria, con una población de 2051 mujeres, para objetivar la aceptabilidad y equidad poblacional. El resto de las mujeres de nuestra comunidad de este rango etario continuarán con el cribado oportunista vigente según cartera de servicios del SES, para posteriormente y de manera progresiva en función de los resultados obtenidos, se irá ampliando al resto de áreas sanitarias de Extremadura.

A las mujeres < 35 años se les citará en el COPF o matrón/a de referencia y a las mujeres \geq de 35 años en atención primaria (enfermera y matrón/a)

Se citarán cada año a los siguientes grupos etarios de forma que a los 5 años del inicio todas las edades estarán recogidas en el cribado.

Para el primer año de inicio del programa, la población inicial es de 24.935 mujeres (a 22.884 mujeres se les realizará citologías y a 2.051 mujeres determinación de VPH mediante auto toma, estudio piloto en el Área de Salud de Coria)

AREA	CITOLOGÍAS
BADAJOS	6.203
CÁCERES	3.978
CORIA	745
DON BENITO-VILLANI	2.842
LLERENA-ZAFRA	2.086
MÉRIDA	3.812
NAVALMORAL	1.062
PLASENCIA	2.116
Total	22.884

La cobertura vacunal del virus del papiloma humano en la Comunidad Autónoma de Extremadura a fecha del 2021 es aproximadamente de un 85-90%.

Exclusiones definitivas:

- Histerectomía total.

- Antecedentes personales de tumores de cuello útero.
- Diagnóstico y seguimiento de cáncer de cérvix
- Ausencia de cérvix por agenesia uterina, por agenesia de cuello uterino o por transexualidad.
- Enfermedad terminal.
- Inmovilidad o enfermedad permanente que impida la realización de la prueba.

Exclusiones temporales:

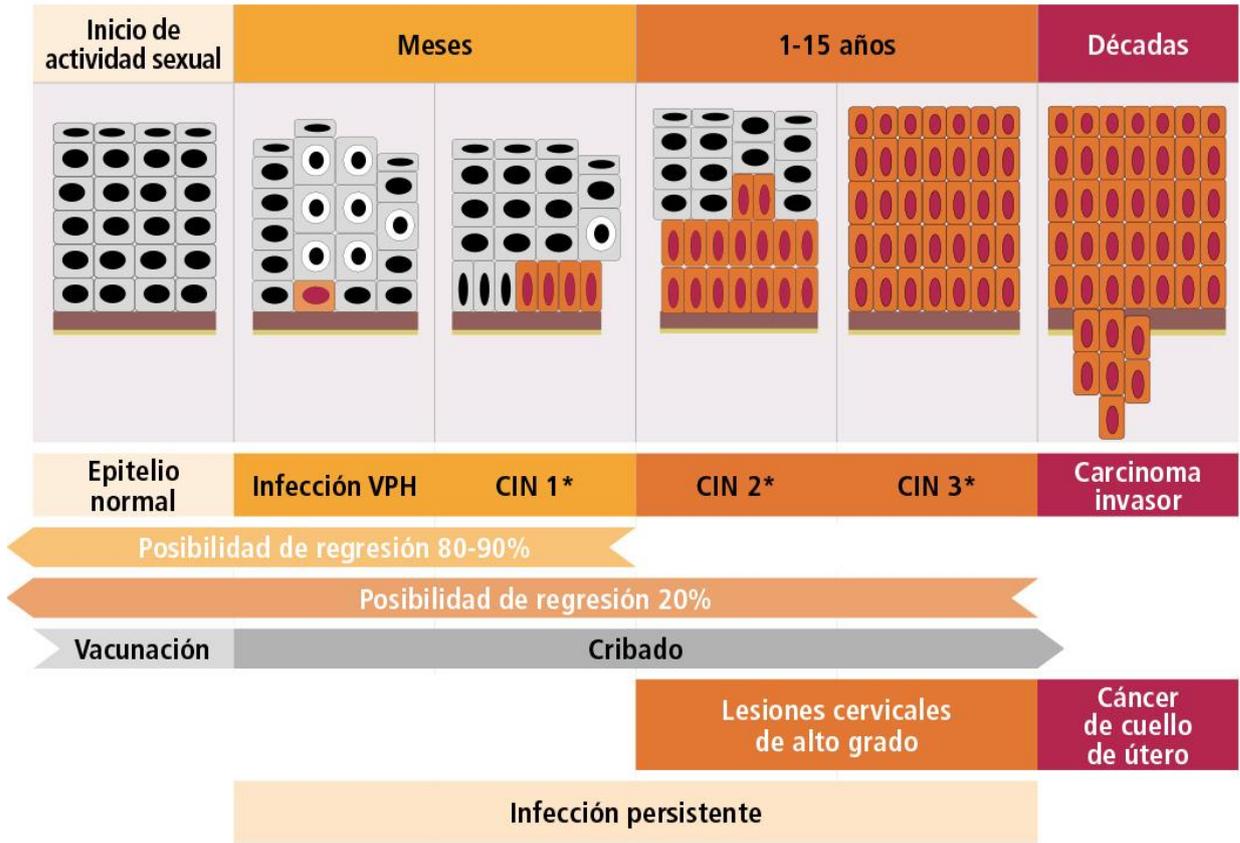
- Control en Servicio de Ginecología por patología cervical
- Embarazo.
- Mujeres sin inicio de relaciones sexuales coitales.
- Patologías o situaciones clínicas que aconsejen revisiones por especialistas.
- Inmovilidad o Enfermedad temporal que impide realización de la prueba.
- Mujeres con infección. Sintomatología ginecológica temporal.

Epidemiología de las lesiones intraepiteliales cervicales:

Históricamente, el proceso de carcinogénesis se ha considerado como un continuo de la enfermedad que va desde la displasia leve hasta el cáncer de cuello uterino escamoso en un período de 5 a 15 años si no se detecta y trata. Estas lesiones precancerosas se conocen habitualmente como neoplasias intraepiteliales cervicales (CIN, del inglés cervical intraepithelial neoplasia), y normalmente se dividen en dos grupos:

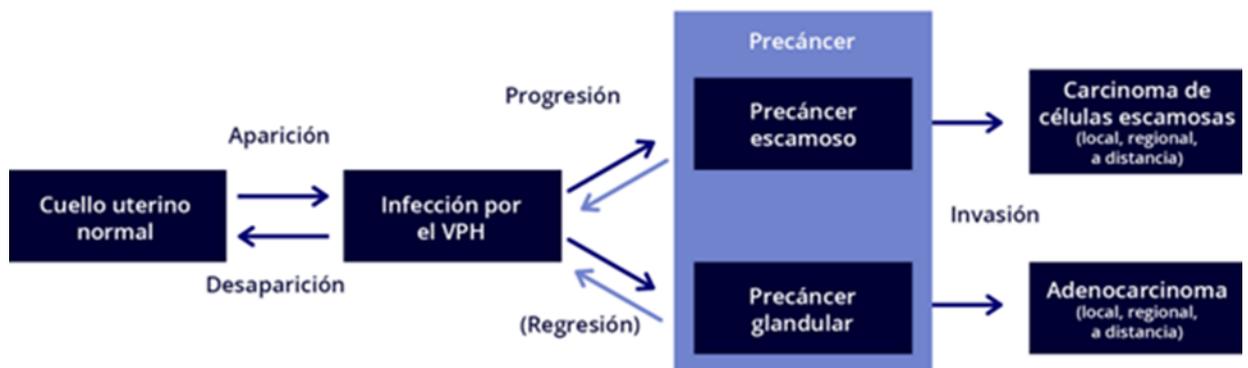
- Lesiones intraepiteliales de bajo grado (LSIL): CIN 1.
- Lesiones intraepiteliales de alto grado (HSIL): CIN 2 y 3, normalmente abreviadas como CIN2+.

La categoría de infección por el VPH también puede incluir lesiones clasificadas como de bajo grado o CIN1. Constituyen una infección productiva del VPH que no debe considerarse una lesión precancerosa per se. Su diagnóstico depende del observador y tiene una alta probabilidad de resolución. Muchos tipos de VPH pueden estar implicados en estas lesiones, la mayoría de los cuales no tienen potencial oncogénico. En ocasiones, las lesiones clasificadas histológicamente como CIN2 pueden incluirse en esta categoría si el tipo de VPH asociado no es oncogénico.



*CIN (Neoplasia Cervical Intraepitelial)

AEPPC. Infección VPH.



Evolución natural universal de la carcinogénesis del cuello uterino para la toma de decisiones sanitarias en el cribado del cáncer de cuello uterino (CAMPOS ET AL. 2021)

Estrategias preventivas:

1) Prevención Primaria.

- Realización de actividades de Educación Sanitaria con el objetivo de prevenir los cofactores asociados al VPH (promiscuidad sexual, inicio precoz de relaciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual, etc....) mediante el uso del preservativo.
- Vacunación sistemática contra el VPH. En Extremadura, la vacunación frente al VPH ha sido incluida en el calendario oficial de vacunaciones sistémicas infantiles (Decreto 23/2008 de 22 de febrero. DOE Nº 42, 29 de febrero de 2008). Se trata de una vacuna frente al HPV y su máxima eficacia se alcanza si se administra antes del inicio de las relaciones sexuales, por ello se aplica a las niñas de 12 años, previo consentimiento expreso de los padres, madres o tutores.
- En Extremadura la vacunación sistemática frente al VPH comenzó en 2008 y la primera cohorte vacunada fueron las niñas nacidas en 1994, y que por tanto comenzarían cribado en 2019.

2) Prevención Secundaria.

2.1 Prueba de cribado.

El objetivo del cribado es identificar a las mujeres con infecciones por el VPH o lesiones cervicales precursoras con mayor riesgo de progresión a cáncer invasor (máximo beneficio) y evitar la detección y tratamiento innecesario de lesiones intraepiteliales no progresivas o lesiones benignas asociadas a infecciones transitorias por VPH (daño potencial).

En base a los estudios recientes sobre el papel de la detección del VPH en el cribado de cáncer cervical permiten afirmar que:

- Existe una clara evidencia de que el cribado basado en test validado para la detección del ADN de VPH oncogénico (VPH-AR) como prueba primaria de cribado y aplicando de acuerdo con un protocolo apropiado es más efectivo para prevenir el cáncer cervical invasivo que el cribado tradicional basado en citología.
- Esta prueba de cribado presenta una mayor sensibilidad que la citología convencional, pero también una menor especificidad sobre todo cuando se aplica a mujeres jóvenes, lo que genera, si no se utiliza de forma adecuada, un aumento de derivación innecesaria a colposcopia y consecuentemente sobrediagnóstico y sobretratamiento a lesiones destinadas a regresar de forma espontánea.

- La utilización adecuada de esta prueba debe ir encaminada a mejorar su especificidad para lo que es necesario, por una parte, limitar su utilización para el cribado de mujeres de 35 o más años y por otra, realizar un triaje con citología a todas aquellas mujeres de 35 o más años con test VPH-AR positivo antes de su derivación a colposcopia.
- Utilización exclusiva de la prueba ADN para VPH oncogénicos validados respecto a su sensibilidad y especificidad para la detección de lesiones de alto grado.

Tomando como base lo anterior, establecemos como protocolo de cribado (ANEXO I):

- En mujeres menores de 25 años: No cribado.
- De 25-34 años: Citología cada 3 años
- A las mujeres de 35-65: Prueba de VPH cada 5 años

2.1.A.-Citología en medio líquido:

Uno de los problemas de la citología convencional es que las extensiones realizadas de forma manual dificultan mucho la visualización de todas las células (aproximadamente 300.000 por extensión). En los últimos años se han desarrollado técnicas que permiten obtener preparaciones en medio líquido. El material obtenido se conserva inmediatamente tras su extracción en un medio líquido. Los estudios publicados coinciden en que este tipo de citología disminuyen los casos inadecuados para el diagnóstico, en los que hay que repetir la toma de muestras, acorta el tiempo de lectura al microscopio y ofrece un discreto aumento de la sensibilidad. La sensibilidad de la citología convencional para HSIL/CIN+2 se sitúa alrededor del 50%, no superando el 80% en las mejores condiciones de calidad.

Además, la citología líquida ha permitido desarrollar sistemas de lectura automatizada que aumentan la eficiencia y calidad.

Por ello, se recomienda el uso de la citología líquida con lectura automatizada por los siguientes motivos:

- Disminuye el número de muestras insatisfactorias.
- Requiere menor tiempo de estudio microscópico.
- Permite realizar pruebas complementarias.
- Con la lectura automatizada disminuye el tiempo de cribado y la estandarización del proceso.

Cuando se utiliza la citología, las pruebas han de repetirse cada 3 años debido al tiempo necesario para la evolución del precáncer a la invasión. Para una prevalencia dada de lesiones precancerosas, la menor sensibilidad de la citología frente a otras pruebas de detección primaria como la prueba del VPH conllevará necesariamente un valor predictivo negativo inferior.

2.1.B.-Determinación del virus del papiloma humano:

La prueba del VPH con lleva la identificación de infecciones por VPH en muestras vaginales o de cuello uterino. Una de las pruebas de ADN del VPH más frecuentemente utilizadas y estudiadas en todo el mundo es la Captura de Híbridos (HC2), una prueba de amplificación de señales que identifica 13 tipos de VPH oncogénicos. La HC2 tiene una sensibilidad del 95% para detectar CIN3+, la cual es aproximadamente un 30% más alta que la citología y una especificidad para CIN3+ de alrededor del 89% que no es estadísticamente diferente a la de la citología.

En cuanto a análisis agrupados de sensibilidad y especificidad para otras pruebas de VPH basadas en PCR que detectan más de 12 tipos de VPH han demostrado valores del 95,1% y 91,9% para CIN2+ Y 93,6 Y 86,5% para CIN3+ respectivamente.

La especificidad de la prueba del VPH depende de la prevalencia de esta (es decir, la prevalencia del VPH, que varía en función de la edad y el estado vacunal). Cuanto mayor sea la prevalencia de la prueba, menor será la especificidad.

En general, se recomienda el cribado con citología a las mujeres de 26 a 34 años, dada la menor especificidad de la prueba del VPH. Después de los 35 años, la prueba del VPH es la prueba de cribado recomendada. Sin embargo, no existen directrices claras sobre cuál es la prueba primaria óptima para las cohortes de niñas y mujeres vacunadas actualmente.

La mayor positividad (8-14%) y la menor especificidad que presentan las pruebas de VPH en comparación con la citología dan como resultado una sobre derivación y un sobretratamiento. Por lo tanto, se recomienda que las mujeres con resultado positivo en el cribado con prueba de VPH realicen una segunda prueba de triaje para mejorar el valor predictivo positivo de la prueba del VPH.

El principal factor determinante de la coste-efectividad de la prueba de VPH es el valor predictivo negativo que permite extender el intervalo de cribado a 5 años.

Validación de pruebas de VPH para la detección.

Las pautas (comúnmente conocidas como pautas de Meijer y posteriormente modificadas bajo el protocolo VALGENT) establecen que las pruebas de VPH deben:

- Tener una sensibilidad clínica frente a CIN2+ que no sea inferior al 90% de sensibilidad clínica de la HC2.
- Tener una especificidad clínica frente a CIN2+ que no sea inferior al 98% de especificidad clínica de la HC2.
- Tener concordancia intra e interlaboratorial, con un intervalo de confianza que no esté por debajo del 87%.

Un programa de cribado basado en VPH podría usar la auto toma para mejorar las tasas de cobertura y aumentar la comodidad para las mujeres.

Auto toma para la determinación de VPH.

La auto toma es un nuevo procedimiento que permite mejorar el acceso a las pruebas de detección del VPH, ya que las mujeres pueden hacerse la prueba en su domicilio, en un centro médico o en el lugar que deseen, sin necesidad de un examen ginecológico. Es un método discreto, privado y que ahorra tiempo, las mujeres que han participado lo describen como un proceso pensado para ellas, indoloro y rápido. (ANEXO V)

La autorrecogida vaginal no debe realizarse:

- durante el embarazo.
- en los tres meses siguientes al parto.
- si la paciente se ha sometido recientemente a una operación ginecológica.
- en caso de hemorragia inusual o dolor pélvico. La recogida de muestras durante el ciclo menstrual no ha sido evaluada.

En los 3 días anteriores a la autorrecogida de una muestra vaginal, debe evitarse el uso de óvulos vaginales, cremas o lavados, anticonceptivos vaginales o preservativos.

La OMS considera el cribado por auto toma como una herramienta clave para acelerar la lucha mundial contra el cáncer de cuello uterino.

Objetivos de la OMS para 2030.

- 90% de niñas vacunadas contra el VPH antes de los 15 años.
- 70% de las mujeres cribadas con una prueba de alto rendimiento al menos dos veces en la franja de 35 a 45 años.
- 90% de las mujeres con lesiones precancerosas y cáncer invasor tratadas.

Genotipado.

Debido a la heterogeneidad en las lesiones CIN2, el uso del genotipado del VPH se está convirtiendo en un potencial discriminador de qué lesiones tratar y cuando. Por ello el genotipado bien 16/18 o extendido será criterio del anatomopatólogo o ginecólogo responsable. Investigaciones en curso están explorando la mayor exactitud proporcionada por el genotipado extendido, es decir, la obtención de resultados separados para seis u ocho tipos de VPH ya sea agrupados o individualmente, para facilitar un manejo menos exhaustivo de las mujeres infectadas con tipos de VPH con muy bajo potencial carcinogénico.

Estrategia de cribado:

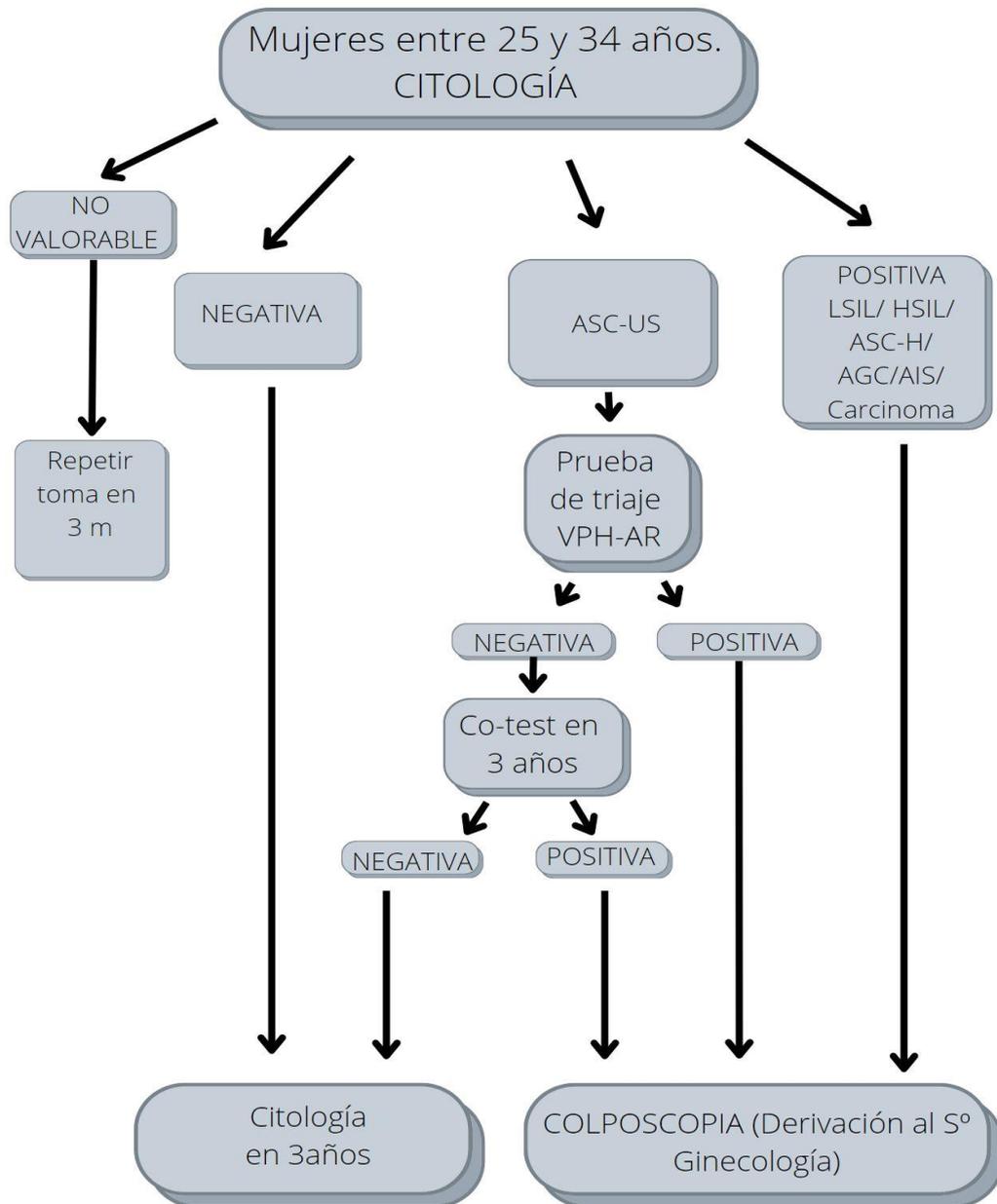
El programa actual de cribado de cáncer de cuello uterino (CCU) del SES está dirigido a mujeres de edades comprendidas entre 25-65 años.

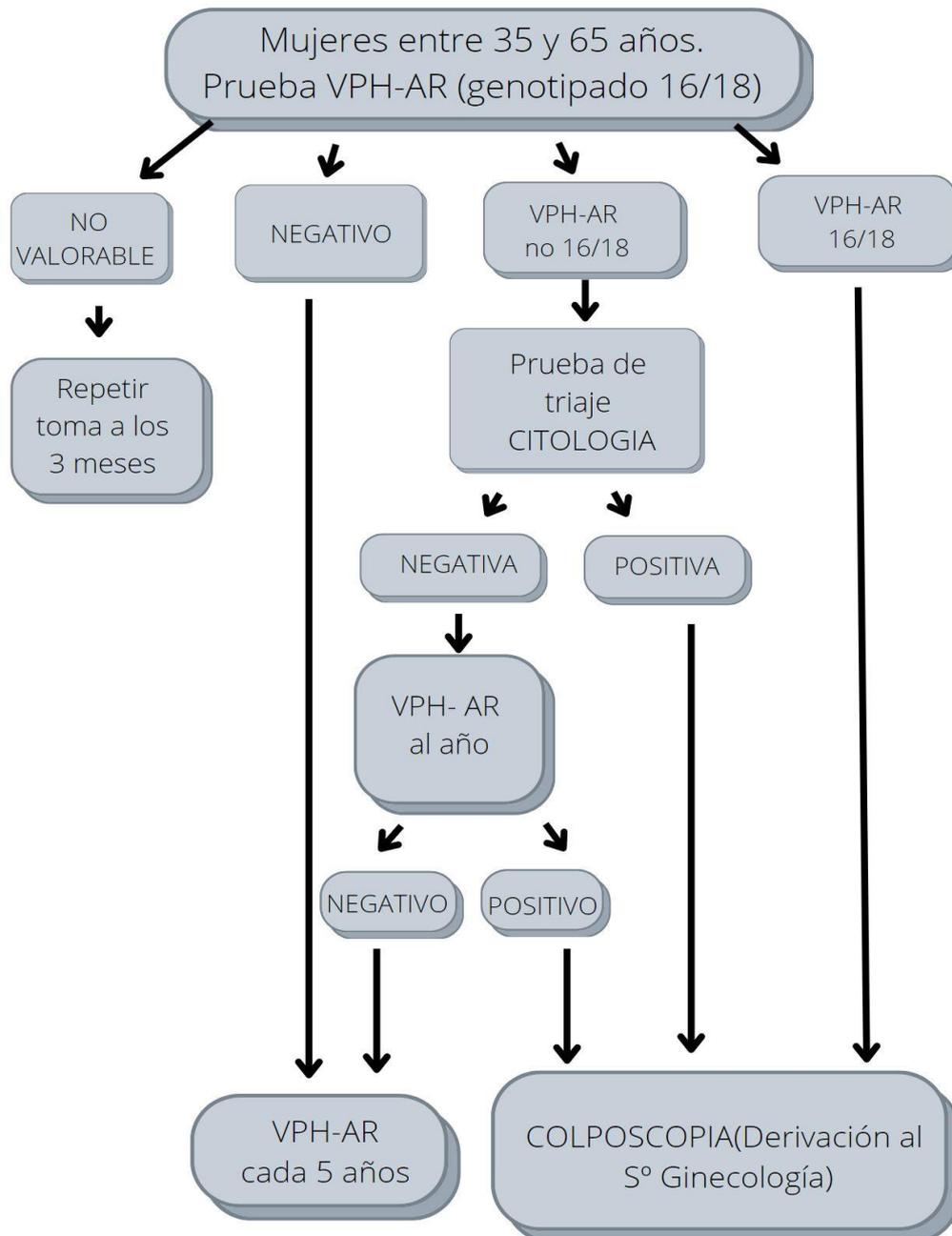
- Mujeres entre 25 y 34 años, el cribado debe realizarse únicamente con citología; en caso de resultado negativo, se debe repetir la citología cada 3 años hasta los 34 años.
- Mujeres de 35 a 65 años, se realizará como prueba primaria de cribado la determinación de VPH de alto riesgo oncogénico (VPH-AR), con un intervalo de cribado recomendado en caso de resultado negativo de 5 años.

Esta estrategia se basa en recomendaciones realizadas por diferentes organismos y sociedades científicas a nivel nacional y europeo, entre otras, Documento Consenso sobre el Programa de Cribado de cáncer de cérvix de MSSSI, Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España 2014, Guías Asociación Española de patología cervical y colposcopia 2022, Guías europeas de cribado.

Aunque se recomiendan protocolos diferenciados basados en el historial de vacunación, ningún país (aparte de Italia) ni organización ha aplicado políticas de cribado diferenciadas que tengan en cuenta el estado de vacunación. Hasta que la cobertura de la vacunación contra el VPH no haya alcanzado niveles tales que las infecciones por el VPH 16/18 (tipos incluidos en las vacunas utilizadas actualmente) puedan considerarse insignificantes.

Algoritmos de cribado.





Conducta ante mujeres gestantes:

Las mujeres embarazadas se excluirán temporalmente del cribado, serán incluidas a los 4 meses de finalizado el embarazo, ya que antes no se podría realizar ninguna intervención específica y tan solo llevaría a generar ansiedad a las mismas. Incluso las evidencias científicas no dejan claro el que tengan que someterse al cribado poblacional durante el embarazo.

Conducta ante mujeres con síntomas clínicos:

Ante la presencia de síntomas sospechosos de cáncer de cérvix (coitorragia repetida, sangrado genital espontáneo, irregular y reiterado, y flujo vaginal anómalo (acuoso, mucoso, maloliente), si la paciente presenta dos cultivos negativos, será derivada de forma preferente al Sº de ginecología.

Conducta ante mujeres con antecedente de lesión HSIL/CIN2+:

Las mujeres con antecedente de HSIL/ CIN+2 serán excluidas del cribado. Una vez tratadas y dadas de alta por el Sº de ginecología, se incluirán nuevamente en el mismo, siempre que cumplan los criterios de edad de este. Posteriormente esas mujeres seguirán su cribado correspondiente (hasta cumplir los 25 años de seguimiento) fuera del cribado poblacional y será realizado de manera específica por los especialistas que corresponda.

Conducta ante mujeres VIH e inmunodeprimidas:

Son mujeres que presentan un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino comparado con la población general, precisan cribado fuera del intervalo indicado en los cribados poblacionales de CCU. Por ello serán controladas por los profesionales sanitarios que corresponda, y no se incluirán en cribado poblacional.

Categorización general CITOLOGÍA:

- Negativo con respecto a lesiones intraepiteliales
- Anomalías celulares epiteliales.
 - o En células escamosas:
 - Células escamosas atípicas (ASC):
 - De significado indeterminado (ASC-US)
 - No puede excluirse una lesión de alto grado (ASC-H)
 - Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL)
 - Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL)
 - Carcinoma de células escamosas
 - o En células glandulares:
 - Células glandulares atípicas (AGC) (especificar endocervicales, endometriales o sin especificar).
 - Células glandulares atípicas indicativas de neoplasia (especificar endocervicales o sin especificar).
 - Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS)
 - Adenocarcinoma.

Categorización VPH:

Existen más de 150 tipos diferentes de VPH. De ellos, 15-20 afectan de diferente manera a la zona genital masculina o femenina. Podemos dividirlos en dos grandes grupos:

- Virus de alto riesgo u oncogénicos (VPH-AR) son virus que tienen capacidad de desarrollar lesiones precursoras del cáncer. Están identificados los siguientes: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58. De estos los tipos 16 y 18, son los causantes del 70% de los cánceres de cérvix.
- Virus de bajo riesgo (VPH-BR): 6, 11, 54, 55 y 57, son virus que no están relacionados con el cáncer y causan lesiones benignas. Los tipos 6 y 11, causan el 90% de las verrugas genitales.

Otros resultados posibles:

- Resultado no valorable: es necesario repetir la prueba en un intervalo no inferior a 3 meses para la reepitelización óptima del cérvix. En los casos en los que la prueba de cribado anterior tuviera también un resultado no valorable, será necesario derivar directamente al Servicio de Ginecología.

Las causas posibles serían:

- No válido por escasa celularidad.
- No válido por sangre en la muestra que impide el estudio.
- No válido por lubricante.
- No válido por otras causas.
- No válido por inflamación intensa, muy raro en citología líquida.
- En ocasiones se detecta una infección, esto es independiente del resultado citológico,

y el tratamiento únicamente se realizará en casos de infección específica, sintomática o debida a una infección de transmisión sexual.

Líneas de Actuación:

A.-Invitación:

Desde la Dirección General de Salud Pública se les enviará a las mujeres incluidas en la población diana, una carta invitándoles a participar en el Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cérvix, indicándoles las fechas para que llamen o acudan a su centro de salud para pedir cita. **(ANEXO II)**

B.-Procedimiento de cribado:

Esta actividad se podrá realizar:

A las mujeres menores de 35 años se las remitirá al COPF o matrán/a de referencia para la realización de la citología.

- las mujeres mayores o iguales a 35 años se les realizara determinación de VPH por auto toma. En consultorio local por enfermera de su cupo, quien la informara de la técnica. En caso de positividad al VPH- AR, se realizará citología por la matrona de referencia, asignada a su Consultorio o Centro de Salud.

SIEMPRE, EN AMBOS CASOS, se registrará en el aplicativo informático diseñado para este programa, con el fin de poder seguir adecuadamente el protocolo establecido e intentar evitar duplicidad de pruebas innecesarias

Se realizan las siguientes actividades

- Información a la mujer sobre la importancia del cribado y técnica a realizar.
- La técnica de citología líquida se llevará a cabo según el procedimiento descrito en el **(ANEXO IV)** y la realizará el personal sanitario correspondiente.
- La determinación de VPH se realizará mediante auto toma, en el caso de que la usuaria no sepa o no quiera realizarla, será el personal sanitario que le corresponda el encargado de formarla.

- Entrega de la información para realizarse la auto toma. **(ANEXO V)**
- La consulta finalizará con educación para la salud, información sobre la recepción de los resultados y el registro en el sistema de información utilizado para el programa

C.-Traslado de muestras al laboratorio

Cada una de las Áreas Sanitarias, será la responsable de la recogida de las muestras realizadas en los distintos Centros de Salud y C.O.P.F. del Área correspondiente. Dichas muestras se recogerán una vez por semana y se entregarán en la Dirección de Salud del Área correspondiente, desde donde serán remitidas al laboratorio central del programa, ubicado en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Badajoz y de Cáceres.

Todas las pruebas derivadas del protocolo correspondiente a las mujeres de 25-34 años, serán enviadas al Servicio de Anatomía Patológica de Badajoz y todas las derivadas de protocolo de las mujeres de 35-65 años serán enviadas al Servicio de Anatomía Patológica de Cáceres.

D.-Recepción de resultados:

Todos los resultados de la citología y la determinación de VPH tienen que estar en el sistema de información del programa.

Según el resultado de la prueba se procederá de la siguiente forma:

- Comunicar el resultado de normalidad a la mujer, potenciando los circuitos internos de comunicación de resultados del Centro de salud y COPF.
- Informar a la mujer de que el resultado no es valorable y volver a concertar una cita a los 3 meses.
- En caso de resultado patológico informar a la mujer que es necesario completar estudio.
- Citar en consulta de su matrona o médico de COPF para derivación a Atención Especializada.
- **Los resultados de las pruebas realizadas en el Programa de Cáncer de Cuello Uterino estarán visibles en el aplicativo informativo. Será responsabilidad de la usuaria recoger el resultado de las pruebas realizadas en este cribado. Para ello acudirá a los profesionales de atención primaria y de los COPF que le correspondan.**

E.- Criterios de derivación y coordinación entre los profesionales de los diferentes niveles implicados.

Derivación al médico de familia /C.O.P.F., en los siguientes casos:

-Para la derivación a especializada en los casos de sintomatologías sospechosa de cáncer de cérvix, patología añadida y/o necesidad de nueva valoración.

Derivación a Atención Especializada:

La coordinación con el segundo nivel asistencial debe centrarse en establecer circuitos ágiles y dinámicos tanto de comunicación de resultados como de atención hospitalaria preferente para las mujeres que tienen patología con sospecha de malignidad.

El informe de la citología será realizado según los criterios internacionales de la clasificación de Bethesda, descrita en el **(ANEXO VII)**. Los circuitos de comunicación se establecerán entre el Centro de Salud /COPF y el Hospital de referencia.

Se establecerá como norma general, que la atención a usuaria procedente del cribado con resultados de las pruebas de este, sospechosas de patología, se realizará en las cuatro semanas siguientes a la derivación.

Criterios de derivación a consulta de ginecología

La mujer será remitida a la consulta de ginecología en las siguientes circunstancias:

- Ante cualquier sospecha de patología, aunque la citología sea normal.
- Si el médico de familia, médico de C.O.P.F o matrona tiene dudas diagnósticas o ante un hallazgo que no sepa valorar.
- Si en la visualización del cérvix se sospecha patología.
- Si el resultado de la citología informa de alteraciones citológicas sospechosas de malignidad.

La derivación a la consulta de ginecología se realizará a través de la aplicación informática **“Cribado Cérvix”**.

Para una óptima organización del Programa es preciso establecer los siguientes puntos:

1.-Crear la figura del responsable del Programa de Cribado de Cáncer de Cérvix en los diferentes niveles implicados.

Para garantizar una adecuada atención a la mujer, es preciso que las actuaciones a desarrollar por todos los profesionales que puedan intervenir estén adecuadamente coordinadas.

Para ello se crea la figura de responsable del Programa de cribado del cáncer de cérvix, que desempeñará las siguientes funciones:

- Liderar y coordinar el programa en todos los centros de su influencia.
- Difundir el procedimiento, así como todos los protocolos de actuación, tanto clínicos como organizativos que puedan desarrollarse.
- Fomentar la formación de los profesionales sanitarios
- Seguir los indicadores, valorar y transmitir la información en cuanto a resultados obtenidos.
- Proponer áreas de mejora, evaluar la viabilidad de las correspondientes acciones y desarrollar su implantación.
- Potenciar a comunicación interna.

2.-Adecuación de Recursos materiales:

Distribución de dispositivos de auto toma en el Área de Salud de Coria, para la implantación del estudio. En base a los resultados de este, se implantará progresivamente cribado con auto toma en el resto de las áreas sanitarias de nuestra comunidad.

3.-Formacion Continuada de los Profesionales sanitarios de Atención Primaria:

Para el éxito del programa es imprescindible la formación. Se realizarán las actividades formativas necesarias para ampliar y actualizar los conocimientos de los profesionales sanitarios de los centros de salud de atención primaria sobre el cáncer de cérvix y su cribado. Y con ello garantizar la oferta del programa a toda la población diana, la calidad técnica de la recogida de la muestra citológica y determinación de VPH mediante auto toma y el cumplimiento de todo el circuito.

4.-Sistema de Información:

Al objeto de evaluar y registrar las actuaciones pertenecientes al cribado de cérvix, es imprescindible disponer de un sistema de información accesible a todos los profesionales implicados en el programa.

Gestión del Programa:

A.-Unidad de Gestión de la Dirección General de Salud Pública (DGSP):

Desde la Unidad de programas de la DGSP se realizará la coordinación de programa desarrollando las siguientes funciones:

- Elaboración de los diferentes documentos que requiere el programa (cartas de invitación, de comunicación de resultados positivos y de necesidad de repetición).
- Elaboración de material divulgativo de información y sensibilización a nivel comunitario.
- Coordinación del programa de formación dirigido a los profesionales sanitarios.
- Establecer juntamente con el laboratorio el sistema de recepción y circuito de las citologías/ determinaciones de VPH.
- Compra de material para la determinación de VPH (auto tomas)
- Establecer y configurar el sistema de información.
- Envío de carta-invitación a las mujeres de la población diana.
- Realización anual de la evaluación del programa.
- Propuestas de mejora derivadas de la evaluación de resultados.

B.-Atención Primaria:

- Realizar a las mujeres de la población diana, sin factores de riesgo, el estudio citológico o determinación de VPH (mediante auto toma) con la periodicidad descrita en el protocolo.
- Derivación a atención especializada cuando proceda.
- Realización de cuestionario previo a la recogida de muestra de citología o auto toma (ANEXO VI) y registro de la actividad en el sistema de información del programa.
- Informar a la usuaria de que debe volver a por el resultado de la prueba.
- Dar nueva cita si el resultado fuera no valorable.
- Citación en consulta, información adecuada y derivación al especialista si el resultado fuera positivo.

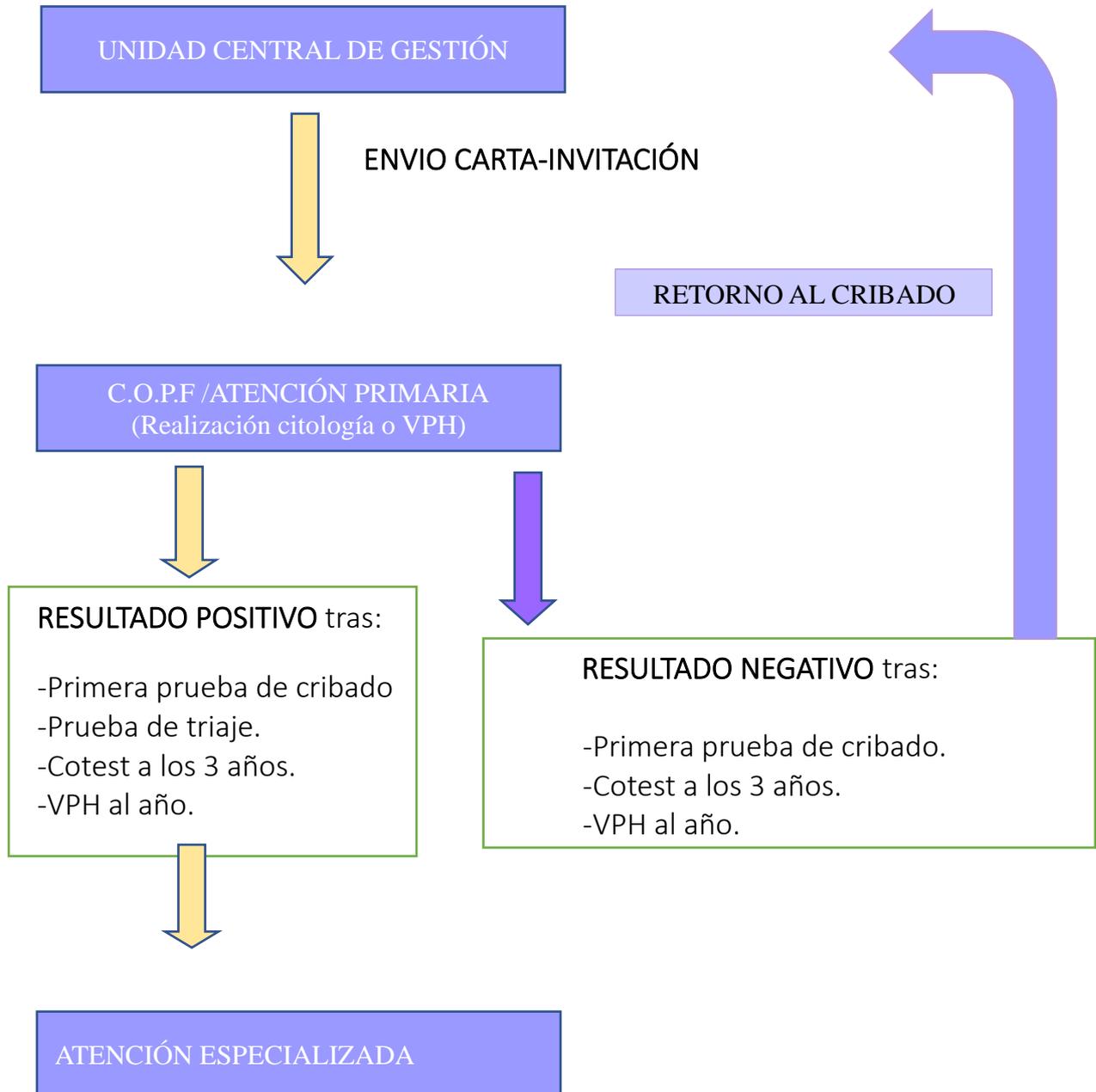
C.-Laboratorios de referencia:

- Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Badajoz y Cáceres
- Establecer juntamente con la unidad de coordinación el sistema de recepción y circuito de las citologías y determinaciones de VPH.
- Descargar los resultados de las pruebas en el sistema de información del programa.

D.-Atención especializada:

- La citación y la realización de las pruebas de confirmación diagnóstica. La información del diagnóstico y el tratamiento
- El seguimiento del proceso.

Circuito de Gestión del Programa:



Indicadores de estructura:

- Porcentaje de matronas de EAP participantes: $\frac{\text{Nº de matronas participantes}}{\text{Total de matronas de EAP de Extremadura}} \times 100$
- Porcentaje de enfermeras de EAP participantes: $\frac{\text{Nº de enfermeras participantes}}{\text{Total de enfermeras de EAP de Extremadura}} \times 100$
- Porcentaje de recursos materiales dedicados al programa: $\frac{\text{Nº de recursos dedicados al programa}}{\text{recursos materiales para el programa}} \times 100$

Indicadores del proceso de cribado:

- Porcentaje de citologías realizadas por matronas: $\frac{\text{Nº de citologías matronas}}{\text{Total de citologías realizadas en programa}} \times 100$.
- Porcentaje de citologías realizadas por enfermería: $\frac{\text{Nº de citologías enfermería}}{\text{Total de citologías realizadas en programa}} \times 100$.
- Porcentaje de determinación VPH realizadas por matronas: $\frac{\text{Nº de VPH matronas}}{\text{Total de VPH realizadas en programa}} \times 100$.
- Porcentaje de determinación VPH realizadas por enfermería: $\frac{\text{Nº de VPH enfermería}}{\text{Total de VPH realizadas en programa}} \times 100$.
- Porcentaje de determinación VPH realizadas por auto toma: $\frac{\text{Nº de auto tomas}}{\text{Total de auto tomas realizadas en programa}} \times 100$.
- Porcentaje de muestras válidas: $\frac{\text{Nº de muestras válidas}}{\text{Total de muestras realizadas en programa}} \times 100$.
- Porcentaje de muestras no válidas: $\frac{\text{Nº de muestras no válidas}}{\text{Total de muestras realizadas en programa}} \times 100$.
- Porcentaje de muestras repetidas: $\frac{\text{Nº de muestras repetidas}}{\text{Total de muestras repetidas en programa}} \times 100$.
- Cobertura: $\frac{\text{Mujeres de la edad objetivo invitadas}}{\text{Total de mujeres de la edad objetivo}} \times 100$.
- Tasa de Participación: $\frac{\text{Nº de mujeres que realizan la prueba de cribado}}{\text{Nº de mujeres invitadas}} \times 100$.
- *Tasa de Asistencia: $\frac{\text{Nº de mujeres que acuden a la cita}}{\text{Nº de mujeres Invitadas}} \times 100$.*
- Número de mujeres vacunadas/número total de mujeres cribadas.

Indicadores de resultados (de lesiones detectadas):

-Tasa de personas con VPH positivo: $\frac{\text{Número de personas con VPH positivo}}{\text{Número de personas cribadas}} \times 1000$.

- Tasa de personas con lesión de riesgo bajo (SIL-L, AUSCUS bajo): $\frac{\text{Número de personas con riesgo bajo (SIL-L, AUSCUS bajo)}}{\text{Número de personas cribadas}} \times 1000$.

- Tasa de personas con lesión de alto riesgo: $\frac{\text{Número de personas con lesión de alto riesgo}}{\text{Número de personas cribadas}} \times 1000$.

- Tasa de personas con cáncer de cérvix in situ: Número de personas con cáncer de cérvix in situ / Número de personas cribadas x 1000.

- Tasa de personas con cáncer estadio I: Número de personas con cáncer en estadio I detectado / Número de personas cribadas x 1000.

- Tasa de personas con cáncer estadio II: Número de personas con cáncer estadio II detectado / Número de personas cribadas x 1000.

- Tasa de personas con cáncer estadio III: Número de personas con cáncer estadio III detectado / Número de personas cribadas x 1000.

- Tasa de personas con cáncer estadio IV: Número de personas con cáncer estadio IV detectado / Número de personas cribadas x 1000

Bibliografía:

Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España 2014. Documento de Consenso de la Sociedad Española de Ginecología (SEGO). Asociación Española de patología Cervical y Colposcopia (AEPCC). Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP). Sociedad Española de Citologías (SEC).

Guías AEPCC. Prevención secundaria del cáncer de cuello del útero, 2022. Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado.

Oncoguía SEGO: Prevención del Cáncer de Cuello de útero. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO, octubre 2014.

Cribado de cáncer cervical con citología y test del virus del papiloma humano cada 5 años: una realidad. Cristina Morales Martínez, Sonia Tejuca Somoano, M Luz Lamelas Suarez-Pola, Isabel Miranda y Raquel Campomanes Sánchez. Servicio de Ginecología y obstetricia. Fundación Hospital de Jove, Gijón, Asturias, España. Enero 2014.

Documento de Consenso sobre el programa de cribado de cérvix en el SNS. Grupo de Trabajo sobre cribado de cáncer de cérvix en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2015

Impacto de la Implantación de un programa de cribado poblacional de cáncer de cérvix, siguiendo las recomendaciones europeas (prueba /intervalo) en relación con la situación actual. MSSSI

El futuro de la citología cérvico –vaginal. Francesc Alameda. Departamento de Anatomía Patológica. Hospital del Mar, Barcelona, España

Utilización del test de VPH en el cribado primario del cáncer de cérvix. Luis Puig-Tintoré. Ginecología Oncología. ICGON . Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. Noviembre 2006.

[http://www.programascancerdemama.org/index.php/otros-cribados/cancer-de-cervix /](http://www.programascancerdemama.org/index.php/otros-cribados/cancer-de-cervix/). Cribado de Cáncer de Cuello de útero. Recomendaciones de la Red de Programas de cribado de cáncer/. Abril 2014. Orden SCB/

Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales. OMS 2007.

Programa de cribado de cáncer de cérvix en Osakidetza. Actualización 2016.

Grupo de trabajo de la Ponencia de cribado de la Comisión de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Política Social. Documento marco sobre cribado poblacional .2010

Programa de Prevención y Detección precoz de cáncer de cuello de útero en Castilla y León. Octubre 2012.

<http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/programa-prevencion-deteccion-precoz-cancer-cuello-utero-ca>. Programa de Detección Precoz de cáncer de Cérvix en Castilla y León

Cáncer de Cuello Uterino: Prevención y Cribado. Instituto Catalán de Oncología. (e-oncología).2022.

Información a usuarias sobre el cribado de cáncer en la mujer: Evaluación de la situación actual y establecimientos de estándares de información basada en la evidencia. avalia-t Núm. 2007/05-2. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

ANEXO I

PROTOCOLO DE CRIBADO SEGÚN RESULTADO DE CITOLOGÍA Y DETERMINACIÓN DE VPH.

Población diana: mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años:

-25-34 años citología cada 3 años. (Se invitará a las mujeres de 25, 28, 31 y 34 años).

1. Si citología **no valorable**: **repetir** la prueba **a partir de 3 meses** de la previa para la reepitelización óptima del cérvix. Si esta prueba tuviera también un resultado no valorable, es necesario derivar directamente a Servicio de Ginecología.
2. Si citología **negativa**: vuelta a cribado rutinario (citología cada 3 años).
3. Si citología **ASC-US**, **se realizará determinación VPH-AR**, se obtendrá de la muestra previa de citología.
 - a. Si **ASC-US y VPH-AR positiva**, los profesionales sanitarios de COPF o matró/a serán los responsables de derivar a la paciente al Sº de Ginecología.
 - b. Si **ASC-US y VPH-AR negativo** se citará en 3 años para la realización de un Cotest (citología y determinación de VPH en la misma muestra)
 - i. **Cotest negativo** (citología y determinación de VPH-AR negativos): vuelta al cribado rutinario a los 3 años.
 - ii. **Cotest positivo, si cualquiera de las dos pruebas, citología o determinación de VPH-AR es positiva**, los profesionales sanitarios de COPF o matró/a serán los responsables de derivar a la paciente al Sº de Ginecología.
4. Si citología positiva: **LSIL, HSIL, ASC-H, AGC, AIS o Carcinoma**, los profesionales sanitarios de COPF o matró/a serán los responsables de derivar a la paciente al Sº de Ginecología.

-35-65 años determinación de VPH de alto riesgo (VPH-AR) cada 5 años mediante auto toma (Se invitará a las mujeres de 35,40,45,50,55,60,65 años).

1. VPH -AR **no valorable**: repetir toma a los 3 meses.
2. VPH -AR **negativo**: vuelta al cribado rutinario (determinación de VPH-AR cada 5 años)
3. VPH-AR **positivo**: la enfermera del Centro de Salud la derivará a la matrona, en función del resultado, la conducta a seguir es:

-VPH-AR 16/18 derivación a ginecología.

-VPH -AR No 16/18 realización de citología

- a. Si citología **negativa**, se le realizará **determinación de VPH-AR al año**:
 - i. **VPH-AR positivo**, la matrona derivará al Sº de ginecología.
 - ii. **VPH-AR negativo**: vuelta al cribado rutinario a los 5 años.
- b. Si citología **positiva (ASC-US, LSIL HSIL, ASC-H, AGC, AIS, carcinoma)**, la derivará al Sº de ginecología para completar estudio.

ANEXO II: CARTAS DEL PROGRAMA CARTA INVITACIÓN: MUJERES ENTRE 25 Y 34 AÑOS

Estimada Sra.:

Con el objetivo de disminuir la incidencia y mortalidad de cáncer invasivo de cuello uterino, mediante la detección y tratamiento precoz de las lesiones malignas, así como la implantación de un procedimiento para la sistematización del cribado de cérvix en atención primaria, La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales a través del SES pone en marcha el cribado poblacional **del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cérvix**.

El programa va dirigido a todas las mujeres de 25-65 años, que no estén embarazadas, ni tengan antecedentes personales de cáncer de cuello de útero.

La prueba de cribado variará en función de la edad. De esta manera, las mujeres que cumplan los criterios de inclusión y tengan entre 25 y 34 años inclusive, se le realizará una citología.

Es una prueba sencilla e indolora que está basada en el análisis de una muestra de las células que recubren el cuello uterino. Esta muestra se enviará para su análisis que nos permitirá, detectar la presencia de mínimas alteraciones celulares más importantes sugerentes de lesiones premalignas. Se adjunta código QR para más información.

Para poder participar, ruego pida cita en su Centro de Orientación y Planificación Familiar (COPF) o a su Matrón/a correspondiente en la -----semana del mes de ----- de 2023, dónde se le informará de la prueba y toda la información que usted necesite.

Para una mayor información puede llamar a los teléfonos 924382587/ 924382626

Reciba un cordial saludo,

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA.

UNIDAD DE PROGRAMAS

Merida a ...de.....2023

CARTA INVITACIÓN: MUJERES ENTRE 35 Y 65 AÑOS

Estimada Sra.:

Con el objetivo de disminuir la incidencia y mortalidad de cáncer invasivo de cuello uterino, mediante la detección y tratamiento precoz de las lesiones malignas, así como la implantación de un procedimiento para la sistematización del cribado de cérvix en atención primaria, La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales a través del SES pone en marcha el cribado poblacional **del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cérvix**.

El programa va dirigido a todas las mujeres de 25-65. años que no estén embarazadas, ni tengan antecedentes personales de cáncer de cuello de útero.

La prueba de cribado variará en función de la edad. De esta manera, las mujeres que cumplan los criterios de inclusión y tengan entre 35 y 65 años inclusive, se les realizará una determinación del virus del papiloma humano (VPH), mediante una auto toma. Se les facilitarán las indicaciones oportunas por el profesional sanitario para realización de esta auto toma.

Es una prueba sencilla e indolora que está basada en el análisis de una muestra de células que recubren el cuello uterino y se desprenden a la vagina. Esta muestra se enviará para su análisis y nos permitirá detectar la presencia del virus (prueba de VPH). Se adjunta código QR para más información.

Para poder participar, ruego pida cita en su Centro de Salud con su enfermera/o en la ----- semana del mes de ----- de 2023, dónde se le dará la información correspondiente.

Para una mayor información puede llamar a los teléfonos 924382587/ 924382626

Reciba un cordial saludo,

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA.

UNIDAD DE PROGRAMAS

En Merida a ...de.....2023.

MODELO DE CARTA RESULTADO POSITIVO

Estimada Sra.:

En fechas recientes se ha realizado usted, a través del Programa de Cribado Detección Precoz de Cáncer de Cérvix una citología o auto toma (prueba para determinar la presencia del virus de papiloma humano)

Requiere completar estudio, para ello debe pedir cita con el profesional sanitario que le realizó la prueba.

Reciba un cordial saludo,

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA.

UNIDAD DE PROGRAMAS

En Merida a..... de 2023

MODELO CARTA RESULTADO INSATISFACTORIO

Estimada Sra.:

Con motivo de la prueba realizada en relación con el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cérvix, infórmale que es necesario repetir la citología o determinación de VPH, **por no ser válida técnicamente**.

Por ello, ruego se ponga en contacto con el profesional sanitario que le realizó la prueba (matrón/a o enfermera/o), para repetirla.

Reciba un cordial saludo,

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA.
UNIDAD DE PROGRAMAS

En Merida a..... de 2023

MODELO DE CARTA PARA COTEST A LOS 3 AÑOS.

Estimada Sra.:

Hace tres años, con motivo del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Cuello de Útero, usted se realizó una prueba que, aunque el resultado fue negativo debe continuar su estudio. Por este motivo, ruego pida cita en el Centro de orientación y planificación familiar que le corresponda o matró/a de referencia.

Reciba un cordial saludo,

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA.

UNIDAD DE PROGRAMAS

En Merida a..... de 2023

MODELO DE CARTA PARA VPH AL AÑO.

Estimada Sra.:

Hace un año, con motivo del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Cuello de Útero, usted se realizó una prueba que, aunque el resultado fue negativo debe continuar su estudio. Por este motivo ruego pida cita con su matró/a de referencia.

Reciba un cordial saludo,

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA.

UNIDAD DE PROGRAMAS

En Merida a..... de 2023

ANEXO III

SOLICITUD DE CITOLOGÍA O DETERMINACIÓN VPH

NOMBRE PACIENTE:

APELLIDOS:

CIP:

CENTRO DE SALUD.

RESPONSABLE DE LA TOMA:

Firma.

Motivo de la solicitud:

- Cribado rutinario
 - Citología.
 - Determinación de VPH.
- Seguimiento
 - Por ASCUS positivo
 - VPH-AR positivo

Procedencia:

- Centro de Salud:
- COPF

Población diana:

Exclusiones definitivas:

- Mujeres que no tengan cuello de útero.
- Mujeres con antecedentes personales de tumores de cuello útero

Exclusiones temporales

- Mujeres sin inicio de relaciones sexuales
- Mujeres con infección.
- Embarazo

Datos clínicos:

- Edad-----
- Menopausia Sí No
- Fecha última regla.....
- Portadora DIU Sí No
- Fecha de la toma de la muestra: -----
- ITS Sí No
- Vacuna papiloma Sí No
 - Fecha Vacuna -----
 - Número de dosis.....
 - Nombre vacuna

Tratamientos previos:

Tratamiento hormonal Radioterápico Quirúrgico Otros

Observaciones:

ANEXO IV

REALIZACIÓN TÉCNICA DE LA CITOLOGÍA EN MEDIO LÍQUIDO

Dos días antes de la prueba, la mujer debe evitar lavados vaginales, usar medicamentos vaginales y espermicidas. De ser estos necesarios se pospondrá la realización de la toma.

1.- Preparar todo el material antes de empezar el procedimiento:

- Comprobar la fecha de caducidad del vial de la toma de muestra. No usar viales caducados.
- Extraer completamente el precinto del plástico del tapón del vial. Desechar el precinto.
- Destapar el vial antes de tomar la muestra.
- Si se requiere lubricar el espéculo puede usarse una pequeña cantidad de agua, suero fisiológico o un lubricante soluble en agua. Es importante evitar cualquier contaminación del cérvix con lubricante, ya que puede ser causa de una muestra insatisfactoria.

2.- Para obtener una muestra adecuada del cérvix mediante el dispositivo tipo escobilla:

Introducir las cerdas centrales de la escobilla en el canal endocervical profundizando lo suficiente como para permitir que las cerdas más cortas contacten plenamente con el exocérvix. Presionar suavemente la escobilla y girar cinco veces en la dirección de las agujas del reloj.

Lavar la escobilla dentro del vial que contiene la solución PreservCyt presionándola contra el fondo del vial unas diez veces forzando la separación de las cerdas. Como paso final, agitar vigorosamente la escobilla para liberar el resto del material. Inspeccionar visualmente la escobilla para asegurar que no queda material adherido. Desechar la escobilla. No dejar nunca ninguna parte de la escobilla dentro del vial.

Cerrar el vial de modo que la marca que hay en la tapa coincida con la marca del vial, no forzar por encima de la marca.

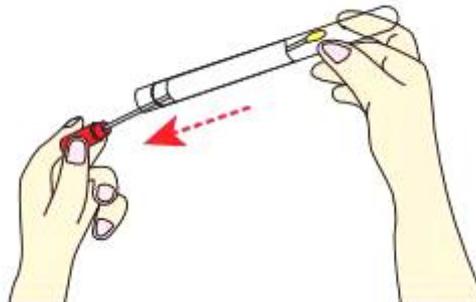
3.- El material obtenido se conserva inmediatamente tras su extracción en un medio líquido, de base alcohólica, que permite su almacenaje y transporte, el procesamiento se realiza íntegramente en el Sº centralizado de Anatomía Patológica.

ANEXO V

RECOGIDA DE MUESTRA POR AUTOTOMA

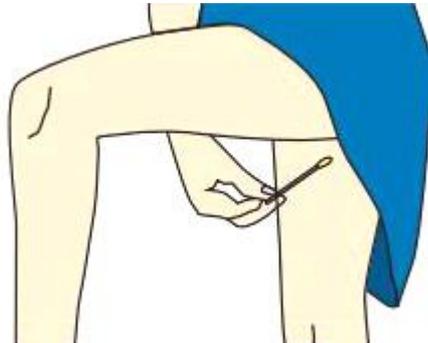
La infección por el VPH se puede detectar fácilmente en las células del cérvix que se desprenden a la vagina.

El dispositivo para la auto toma lo tendrá disponible en su centro de salud y el proceso de recogida de la muestra es sencillo, y sigue los siguientes pasos:



PRIMER PASO

- Lávese las manos y séqueselas bien.
- Baje su ropa interior
- Gire la tapa roja y tire del hisopo
- Mire el hisopo y fíjese en la marca roja más cercana a la punta blanda



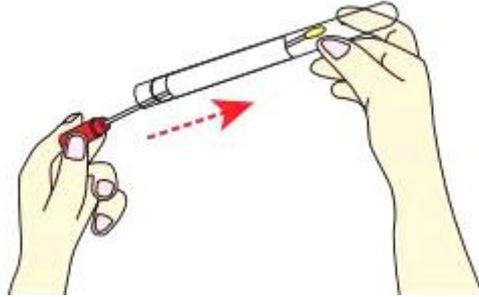
SEGUNDO PASO

- Póngase en una posición cómoda, introducir el hisopo, es como ponerse un tãmpax.
- Gire la tapa roja y tire del hisopo
- Coja el hisopo con dos dedos por la marca roja.
- Con la otra mano libre, separe los labios vaginales.
- Introduzca el hisopo en la vagina suavemente, hasta la marca roja



TERCER PASO

- Una vez dentro de la vagina, haga girar el hisopo suavemente durante 20 segundos.
- A continuación, extraiga el hisopo.
- No debería doler, aunque puede resultar algo incómodo.



CUARTO PASO

- Retire el hisopo y colóquelo de nuevo en el tubo. Evite que la punta blanda toque algún objeto y no lo deje en ninguna superficie.
- Cierre bien el tubo y manténgalo a temperatura ambiente.
- Devuelva el tubo al profesional sanitario que se lo entregó.
- Si tiene alguna duda, pregunte al profesional sanitario

Una vez introducidas en el tubo de recogida, las muestras son estables a temperatura ambiente durante varios días o semanas según el dispositivo utilizado. Se deben respetar las instrucciones sobre el tiempo máximo de transporte al laboratorio.

ANEXO VI ANAMNESIS PREVIA A PRUEBA DE CRIBADO

Fecha:

Médico de COPF.....

Enfermera de COPF.....

Enfermera de EAP.....

Matrona.....

Apellidos y nombre usuaria:

Fecha de nacimiento:Localidad:

C.I.P.:

1. ¿Se ha realizado usted alguna citología en el último año? Si No

¿Cuándo?

2. ¿Tiene usted ausencia de cuello uterino? Si No

3. ¿Tiene usted antecedentes personales de cáncer de cuello uterino? Si No

4. ¿Ausencia relaciones sexuales coitales? Si No

5. ¿Está usted embarazada? Si No

6. ¿Presenta usted en el momento actual alguno de los siguientes síntomas?

-Sangrado genital espontaneo, irregular y reiterado

- Coitorragia repetida

-Flujo vaginal anómalo (acuoso, mucoide, maloliente), si la paciente presenta dos cultivos negativos.

Nota: las mujeres con alguno de los síntomas sugestivos de CCU se derivarán de forma preferente a ginecología.

ANEXO VII

INFORME CITOLÓGICO SISTEMA DE CLASIFICACIÓN BETHESDA.

Adecuación de la muestra

- ⤴ Tipo de toma: citología líquida, otros.
- ⤴ Satisfactoria para evaluación (especifique la presencia o la ausencia de componente endocervical o de zona de transformación).
- ⤴ Insatisfactoria para evaluación (especifique la razón).
- ⤴ Muestra rechazada/no procesada (especifique la razón).
- ⤴ Muestra procesada y examinada, pero insatisfactoria para la evaluación de anomalías epiteliales debido a (especifique la razón).

Categorización general (opcional)

- ⤴ Negativo con respecto a lesiones intraepiteliales o malignidad.
- ⤴ Anomalías celulares epiteliales
- ⤴ Otra.

Interpretación y resultados

1. Negativo con respecto a lesiones intraepiteliales o malignidad.

Microorganismos:

- ⤴ Trichomonas vaginales
- ⤴ hongos con características morfológicas indicativas del género *Candida*
- ⤴ Alteración en la flora, indicativa de vaginosis bacteriana;
- ⤴ Bacterias con características morfológicas indicativas del género *Actinomyces*
- ⤴ Cambios celulares indicativos del virus del herpes simple.

Otros hallazgos no neoplásicos (notificación opcional, la lista no es exhaustiva):

- ⤴ Cambios celulares reactivos asociados con:
 - Inflamación (incluye reparación típica).
 - radiación
 - dispositivo intrauterino (DIU) anticonceptivo.
 - ⤴ Presencia de células glandulares tras la histerectomía.
 - ⤴ Atrofia.

2. Anomalías celulares epiteliales.

En células escamosas:

Células escamosas atípicas (ASC):

- ⤴ De significado indeterminado (ASC-US)
- ⤴ No puede excluirse una lesión de alto grado (ASC-H)
- ⤴ Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL)
- ⤴ Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL)
- ⤴ Carcinoma epidermoide.

En células glandulares:

- ⤴ Células glandulares atípicas (AGC) (especificar endocervicales, endometriales o sin especificar).
- ⤴ Células glandulares atípicas indicativas de neoplasia (especificar endocervicales o sin especificar).
- ⤴ Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS)
- ⤴ Adenocarcinoma.

