

## EL PROCESO ASISTENCIAL DE DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN ANDALUCÍA.

**Rafael Torrejón Cardoso**

Profesor Titular de Obstetricia y Ginecología. Universidad de Cádiz  
Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital de Jerez. Cádiz

---

El desarrollo de un modelo de Gestión por Procesos Asistenciales Integrados ha constituido la estrategia central del Plan de Calidad de Consejería de la Junta de Andalucía, basándose en los siguientes principios básicos:

- Centrar las actuaciones en el usuario.
- Implicar a los profesionales como principales protagonistas del cambio.
- Garantizar una práctica clínica adecuada con incorporación de evidencias e innovaciones sólidamente sustentadas.
- Asegurar la continuidad asistencial con eliminación de interfases y espacios en blanco que no aportan valor añadido al proceso de atención.

En el año 2001 se puso en marcha el denominado Mapa 1 de procesos asistenciales entre los que se incluía el Proceso Cáncer de cérvix. Cáncer de útero en el que se recogía la estrategia propuesta de diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino en Andalucía.

En el año 2006 se ha revisado el proceso asistencial estimándose que se debería elaborar un documento específico de Detección Precoz del cáncer de cérvix. Este documento se integrará como un subproceso en la nueva revisión del Proceso Asistencial Cáncer de cuello uterino. Cáncer de útero que se comenzará a desarrollar en el año 2007. El subproceso Detección Precoz del cáncer de cuello uterino en Andalucía se encuentra en su fase final de elaboración, previa a su publicación y de forma resumida recogemos sus aspectos más importantes.

### **DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN ANDALUCÍA**

#### **Definición Funcional**

Conjunto de actividades dirigidas a la detección precoz del cáncer de cérvix mediante la realización de citología cérvico-vaginal (Técnica de Papanicolaou), a las mujeres residentes en Andalucía, sexualmente activas y con edades comprendidas entre los 25 y 65 años.

### **Límite de entrada**

- Mujeres entre 25 y 65 años de edad residentes en Andalucía, sexualmente activas, sin antecedentes de patología cervical, a las que no se les ha realizado citología alguna en los tres años previos y que acuden al Centro de Salud por cualquier motivo, o son captadas de manera activa por presentar antecedentes de riesgo para el cáncer cervical.
- En mujeres menores de 25 años sería deseable comenzar el cribado a los tres años de iniciadas las relaciones sexuales.
- Mujeres de más de 65 años sin citologías previas, o efectuadas antes de los 60 años.
- Las mujeres que no hayan tenido relaciones sexuales a los 25 años deben comenzar el cribado citológico después de iniciadas las relaciones sexuales.

### **Límite final**

- Mujer con edad igual o superior a 65 años en la que las tres últimas citologías realizadas en los últimos 10 años han sido normales.
- Mujer con hallazgo citológico anormal que ha requerido diagnóstico de confirmación y cuyo tratamiento y seguimiento se realiza en Atención Especializada. (La continuación del cribado citológico en Atención Primaria debe ser indicada en Atención Especializada, especificando cual será la periodicidad de las tomas citológicas)

### **Límites marginales**

- El diagnóstico de confirmación, tratamiento y seguimiento de hallazgos citológicos anormales se realiza en el subproceso correspondiente.
- El diagnóstico, tratamiento y seguimiento de mujeres a las que se les practica histerectomía total por patología benigna no relacionada con el VPH.

### **Observaciones**

Los factores que incrementan la efectividad del diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino están los ligados a las características del subproceso y a la técnica empleada. Debe asegurarse:

- Su aceptabilidad para alcanzar altas tasas de participación en la población diana.
- La aplicación en un amplio rango de edad.
- Monitorización y evaluación sistemática de la calidad.
- Actuaciones específicas que favorezcan la participación de las mujeres con factores de riesgo.
- Asegurar el tratamiento y seguimiento de resultados anormales y la continuidad de los cuidados.
- Mantener la repetición de la prueba en intervalos idóneos.
- Garantizar la calidad de la toma y su interpretación.

La implicación de Atención Primaria es clave para la mayoría de los factores antes mencionados, y es el nivel asistencial donde debe ubicarse la detección sistemática y de oportunidad, así como la captación activa de aquellas mujeres que puedan presentar factores de riesgo de neoplasia cervical y no participen por iniciativa propia.

En Atención Primaria se llevarán a cabo las pruebas recomendadas para la realización del programa de cribado del cáncer de cuello uterino:

- Citologías cérvico-vaginales
- Test de VPH en mujeres con cribado previo deficiente.

## Profesionales. Actividades. Características de calidad

<b>Equipo Básico de Atención Primaria</b>	
Actividades	Características de calidad
<b>Captación oportunista</b>	<p>Captación de mujeres en la franja de edad definida para la realización de cribado aprovechando cualquier motivo de contacto con el Centro de Salud (Demanda, Urgencias, Planificación Familiar).</p> <p>Se deberán identificar a aquellas mujeres con cribado inadecuado, entendiendo éste cuando en mujeres entre 25-65 años no se dispone de resultados de citologías correspondientes a los tres años previos o mujeres mayores de 65 años que nunca se han hecho una citología o que se la realizaron antes de los 60 años.</p> <p>Identificación de poblaciones de riesgo elevado y /o con menor acceso a partir de información procedente de otras fuentes de datos (Trabajo Social, Planificación Familiar, Atención domiciliaria, etc.).Ver factores de riesgo para el cáncer de cérvix en Anexo 1</p> <p>La captación oportunista debe hacerse por los distintos miembros del EBAP y en el contexto de cualquier modalidad de atención (demanda, programada ,urgente, a domicilio, etc.).</p> <p>Se dispondrá de un sistema informático de base poblacional para facilitar la captación, evitar repeticiones en la citación y realización de citologías e identificar a las mujeres que siguen controles ginecológicos al margen del subproceso. La historia clínica informatizada recogerá información clínica y permitirá la obtención de los datos correspondiente a la población diana del cribado y de los indicadores de evaluación básicos del cribado.</p>

<b>Médico de Familia/ Enfermera EBAP / Matrona de Familia/ Enfermera EBAP / Matrona</b>	
Actividades	Características de calidad
<b>Toma citológica / Toma de muestras para detección VPH en los casos definidos</b>	<p>Cumplimentación en la historia clínica de los datos referidos a antecedentes gineco-obstétricos y presencia de factores de riesgo para el cáncer de cérvix.</p> <p>Informar sobre el objetivo y periodicidad del cribado y de la importancia de su realización. Responder a las cuestiones que se puedan plantear.</p> <p>Realización de la toma citológica (especuloscopia y toma de muestra citológica cérvico-vaginal. y toma de muestras detección ADN del VPH en los casos definidos.</p> <p>Filiación correcta de las muestras citológicas / Test VPH.</p>

<b>Profesionales de Atención Primaria</b>	
Actividades	Características de calidad
<b>Sistemática cribado. Periodicidad tomas citológicas/ Test VPH</b>	<p>Comienzo del cribado:</p> <p>A) 25 años o a los 3 años de iniciadas relaciones sexuales.- Técnica: Citología cérvico vaginal - Seguimiento: Después de 3 citologías anuales normales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repetir citología cada 3 años en mujeres sin factores de riesgo</li> <li>• Repetir citología al año en mujeres con factores de riesgo</li> </ul> <p>Finalización del cribado: 65 años de edad.</p> <p>B) Mujeres de 40 a 65 años de edad que no se han hecho una citología en los 5 años anteriores. -Técnica: Citología cérvico vaginal y prueba del ADN de VPH de alto riesgo. - Seguimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si VPH y Citología negativa: Repetir la citología cada 3 años en mujeres sin factores de riesgo.</li> <li>• Repetir citología al año en mujeres con factores de riesgo</li> <li>• Si el VPH es positivo, con citología negativa:</li> <li>• Repetir la citología / VPH a los 12 meses.</li> <li>• Si citología positiva y/o test VPH positivo se remiten al servicio de Ginecología</li> </ul> <p>- Finalización del cribado: 65 años de edad.</p> <p>C) Mujeres de más de 65 años sin historia previa de citologías o a las que se les hizo la última citología antes de los 60 años. -Técnica: Citología Papanicolaou y prueba de VPH.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si alguna de las dos son positivas se procede como en el caso anterior.</li> <li>• Si negativas se finaliza el cribado.</li> </ul> <p>Finalización del cribado: Si ambas pruebas son negativas.</p>

## ANEXO 1: FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER DE CÉRVIX

La infección cervical por tipos de VPH de alto riesgo oncogénico condiciona el riesgo elevado para lesiones intraepiteliales o cáncer de cérvix. La infección por VPH se asocia con:

- Inicio precoz de relaciones sexuales.
- Múltiples compañeros sexuales (más de 3).
- Pareja de alto riesgo (varón promiscuo, relación con prostitutas, no circuncidado).
- Inmunosupresión (VIH; otras infecciones; iatrogénicas).
- Antecedentes de lesiones precancerosas en cérvix, o de condilomas.

Otros factores de riesgo que se han relacionado con el cáncer de cuello uterino son:

- Tabaquismo. Se ha estimado que el riesgo para las fumadoras actuales puede duplicar el de las no fumadoras.
- Coinfecciones por chlamydia o herpes. La coinfección por herpes virus tipo 2 (HSV-2) se ha relacionado con un riesgo tres veces superior de padecer cáncer de cuello uterino, tras ajustar posibles variables de confusión.
- Paridad elevada. Varios estudios de casos y controles han estimado que las mujeres con 3-4 embarazos a término tenían un riesgo 2,6 veces más alto de padecer un cáncer de cuello uterino que las nulíparas. En las que habían tenido 7 partos o más, el riesgo fue de 3,8 veces mayor.
- Algunos estudios refieren un aumento de riesgo relativo de padecer cáncer de cuello uterino en mujeres con infección genital por VPH que toman anticonceptivos orales durante periodos superiores a 5 años. Sin embargo la OMS convocó una reunión de expertos que ha recomendado no cambiar la práctica de prescribir anticonceptivos orales, pues además de que la paridad es un factor de riesgo de cáncer de cuello uterino, el riesgo de mortalidad materna por la falta de uso de anticonceptivos sobrepasaría cualquier riesgo adicional de cáncer de cuello para la mayoría de las mujeres

### Bibliografía

ACOG Committee on Practice Bulletins. ACOG Practice Bulletin: clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Cervical cytology screening. Obstet Gynecol. 2003 ;102(2): 417-27.

Alberta Cervical Cancer Screening Program. Screening for Cervical Cancer: Revised. 2006. <http://www.cancerboard.ab.ca/accsp/>

Cervical Cancer Screening Guidelines. Centers for disease control and prevention. 2006. <http://www.cdc.gov/std/hpv/ScreeningTables.pdf>

Europa contra el cáncer: plan de acción 1996 – 2002. <http://europa.eu/scadplus/leg/es/cha/c11505c>

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Cervical cancer screening. 2005. <http://www.icsi.org/index.asp>

Kulasingam SL, Myers ER, Lawson HW, McConnell KJ, Kerlikowske K, Melnikow J, Washington AE, Sawaya GF. Cost-effectiveness of extending cervical cancer screening intervals among women with prior normal pap tests. *Obstet Gynecol*. 2006 ;107(2 Pt 1):321-8.

Moreno V, Bosch FX, Munoz N, Meijer CJ, Shah KV, Walboomers JM, 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(9312):1085-92.

Puig-Tintoré LM, Cortés X, Castellsague X, Torne A, Ordi J, de Sanjose S, et al. Prevención del cáncer de cuello uterino, ante la vacunación frente al virus del papiloma humano. *Prog Obstet Ginecol* 2006; 49 Supl. 2:5-62.

Recomendaciones de Actividades preventivas y de promoción de la Salud (PPAPS). Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). 2003. [http://www.papps.org/recomendaciones/01\\_recomendaciones.pdf](http://www.papps.org/recomendaciones/01_recomendaciones.pdf)

Recomendaciones para la organización de un servicio de Obstetricia y Ginecología. Documentos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Internacional Marketing & Communication. Madrid. 2005 (61-79).

Recommendations on cancer screening in the European union. Advisory Committee on Cancer Prevention. *Eur J Cancer*. 2000 ;36(12):1473-8.

Sanjosé de S, Alejo M, Combalia N, Culubret M, Tarroch X, Badal JM, Mendez I, Autonell J, Bosch FX. Historia de cribado en mujeres con cáncer infiltrante de cuello uterino. *Gaceta Sanitaria* 2006; 20 (2).

Saslow D, Runowicz CD, Solomon D, Moscicki AB, Smith RA, Eyre HJ, Cohen C; American Cancer Society. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA Cancer J Clin*. 2002 ;52(6):342-62.

Sawaya GF, McConnell KJ, Kulasingam SL, Lawson HW, Kerlikowske K, Melnikow J, Lee NC, 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(16):1501-9.

Screening for Cervical Cancer. U.S. Preventive Services Task Force. 2003. <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspscerv.htm#summary>

Sharma A, Menon U. Screening for gynaecological cancers. *Eur J Surg Oncol*. 2006 6; 818; 824

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(9364):1159-67.