

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CÉRVIX EN ATENCIÓN PRIMARIA



**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CÉRVIX
EN ATENCIÓN PRIMARIA**

SESCAM
DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN SANITARIA
ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA
Toledo, 2004.

COORDINACIÓN:

Servicios Centrales:

Jesús Hernández Díaz. Jefe de Área de Atención Primaria. SESCAM.

Gonzalo Sánchez Sánchez. Servicio de Programas Asistenciales de Atención Primaria. SESCAM.

Manuel Tordera Ramos. Servicio de Recursos Asistenciales de Atención Primaria. SESCAM.

Juan Carvajal Alonso-Barajas. Servicio de Evaluación de Cartera de Servicios de Atención Primaria. SESCAM.

Begoña Bugedo García. Servicio de Programas Asistenciales de Atención Primaria. SESCAM.

Mercedes Arribas Abad. Servicio de Recursos Asistenciales de Atención Primaria. SESCAM.

Grupo de trabajo para la elaboración del programa:

Ángela Rincón Carlavilla. Medicina Preventiva y S.P. Técnico Superior Salud Pública. GAP Cuenca.

Mª Ángeles Molina Morales. Enfermera. Responsable de enfermería de GAP Cuenca.

Alfonso Abaigar Martínez de Salinas. Coordinador de Equipos G.A.P. Cuenca.

Jesús Buendía Bermejo. Médico de Familia. C.A.P. Cuenca II.

Carmen Fernández Vergara. Médico de Familia. CAP Cuenca III.

Mercedes Martínez Torrero. Enfermera. C.O.F.

Adoración Romero Saiz. Medico de Familia. CAP Cuenca I.

Sagrario Saiz Santos. Médico de Familia. Cuenca II.

Juan Torres Martí. Jefe de Servicio de Ginecología. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

Nieves Valero Caracena. Enfermera. CAP Cuenca II.

Andrés Barrios Moreno. Médico. Delegación de Sanidad. Cuenca.

José Mª Díaz García. Director Médico. GAP Cuenca.

Pilar Ortega Fernández. Directora de enfermería GAP Cuenca.

Mercedes Vellisca Ayllón. Auxiliar administrativo GAP Cuenca.

Matronas del Área de la GAP de Cuenca.

ÍNDICE

| | Página |
|---|--------|
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| POBLACIÓN DIANA | 10 |
| OBJETIVOS EN SALUD | 10 |
| ACTIVIDADES | 11 |
| - Actividades específicas. | 12 |
| - Recepción y comunicación de resultados. | 13 |
| - Citación para visitas sucesivas. | 13 |
| - Algoritmo de intervención. | 15 |
| EVALUACIÓN | 17 |
| BIBLIOGRAFÍA | 19 |
| ANEXOS | |
| 1. Clasificación anatomopatológica de las lesiones cervicales. | 23 |
| 2. Factores de Riesgo potencialmente implicados en la génesis del cáncer de cérvix. | 25 |
| 3. Recomendaciones para la detección precoz de cáncer de Cérvix en población de riesgo. | 27 |
| 4. Hoja informativa sobre condiciones previas a citología | 29 |
| 5. Técnica de la toma citológica. | 31 |

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix es el **segundo cáncer femenino más frecuente en la población mundial**, después del de mama, constituyendo un importante problema de salud, sobre todo en los países en vías de desarrollo. Sin embargo en España la incidencia y mortalidad son, junto con las de Israel, de las más bajas del mundo, ocupando el 10º lugar entre las causas de muerte por cáncer en mujeres, con una tasa de incidencia ajustada que oscila entre 1,1/10⁵ en Navarra y el 13,6/10⁵ en Mallorca, siendo máxima entre los 45-65 años, manteniéndose estable la mortalidad en las últimas décadas en torno a 2,5 muertes por 10⁵ mujeres. Las tendencias mundiales en la incidencia de cáncer de Cérvix presentan un significativo descenso en poblaciones americanas (excepto para las estadounidenses hispanas), Australia, norte y oeste de Europa (excepto Italia y España, donde la tendencia permanece estable) y poblaciones asiáticas. Sin embargo, se detecta un incremento de la tendencia restringido a mujeres jóvenes en Eslovaquia, Israel y Reino Unido.

En nuestra Comunidad la **tasa de incidencia** en Albacete es de 6,2/10⁵(1991-92) y la tasa de mortalidad ajustada por edad para toda la Comunidad (años 88-92) oscila entre 1,4 y 1,7/10⁵ mujeres, lo que da idea de la baja incidencia de cáncer de cérvix también en nuestra región. Por eso, aunque la Asociación Americana del Cáncer y el ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) recomiendan el cribado anual desde el inicio de las relaciones sexuales, la baja incidencia, prevalencia, mortalidad en nuestra comunidad y el conocimiento existente sobre las limitaciones del cribado (incertidumbre en su historia natural, validez de la citología y escape de los grupos de riesgo) hace razonable concentrar los esfuerzos y los recursos de detección precoz en los grupos de población femeninos de máximo riesgo.

Existen **dos tipos de neoplasias derivadas del tejido epitelial**, el carcinoma de células escamosas que representa el 80-85% de los cánceres de cérvix y el adenocarcinoma (14-18%). Estos últimos se originan en epitelio cilíndrico endocervical y aunque son mucho menos frecuentes que los de tipo escamoso, su porcentaje se está incrementando al ser más difícil detectar estadios precoces. El de tipo escamoso se origina en la unión escamocolumnar y aunque su historia natural no es del todo conocida, se sabe que es precedido de **lesiones displásicas precursoras identificables** (ASC, SIL de bajo y alto grado).

El **crecimiento de las lesiones es lento**, pueden pasar de 10-15 años desde una displasia leve a un Cáncer invasor, y puede haber hasta un 35% de displasias que regresan espontáneamente, sobre todo en mujeres jóvenes y se ha estimado que sólo un 15% de las lesiones progresarán a Cáncer invasor, más probable cuanto mayor sea el grado de displasia. A pesar de esto, se estima que un 10% de las lesiones podría progresar en menos de un año y que otro 10% de Cáncer invasivo podría originarse ex novo y no de la transformación de una displasia.

La **supervivencia** del cáncer de Cérvix a los 5 años es muy elevada en estadios iniciales, del 90%, mientras que en estadios avanzados sólo es del 14%, siendo por tanto muy importante la detección precoz. Debido a que la mayoría de los cánceres de cérvix tienen un largo periodo de evolución y las lesiones predecesoras pueden detectarse con métodos sencillos, parece adecuada la realización de cribado cervical en mujeres. **La citología cérvico-vaginal (test de Papanicolau)** se considera el mejor método de detección precoz de las lesiones preinvasivas del cuello uterino permitiendo su descubrimiento en pacientes todavía asintomáticas. Desafortunadamente no se disponen de ensayos clínicos controlados que hayan demostrado la eficacia de la citología en la disminución de la mortalidad por cáncer de cérvix. Por tanto todas las recomendaciones deben basarse en niveles de evidencia grado II2-III, es decir, en estudios de cohortes, casos y controles, estudios ecológicos y opiniones de expertos. Aunque la mayoría de los estudios muestran que desde que la triple toma cervical se fue introduciendo en el ámbito de la Atención Primaria, ha disminuido la incidencia de cáncer de cérvix en los países industrializados donde se hace de forma "masiva" (no así en los países en vía de desarrollo), hay algunos otros que obtienen resultados más desalentadores, lo que nos obliga a pensar que es absolutamente necesario asegurar la máxima cobertura en la población seleccionada, realizar una adecuada técnica en la prueba de cribado, y conseguir una rigurosa y completa organización, como puede verse en Inglaterra que en los últimos años mejoró su programa de cribado e incrementó la cobertura (85%) asociándose a un descenso del 35% en la incidencia y una aceleración en la reducción de la mortalidad.

Existe una gran variabilidad en los resultados de **sensibilidad y especificidad** del test de Papanicolau, encontrándose según el IARC (International Agency for Research on Cancer) valores de aproximadamente 40% de falsos positivos y negativos en distintos estudios y obtenidos con distintas aproximaciones metodológicas, por lo que se concluye y se insiste en que la eficacia del cribado, y por tanto la reproductibilidad de la prueba, depende en gran medida, de la calidad de la toma, preparación de la muestra e interpretación citológica (por lo que habrá que insistir en la adecuada formación, protocolización y adopción de suficientes controles de calidad). La **reproducibilidad** de la prueba

depende de la adopción de suficientes controles en la toma de muestras y en su interpretación, ya que se cree que una tercera parte de los resultados falsos negativos se debe a errores de lectura e interpretación de las muestras en laboratorio y las dos terceras partes restantes a fallos en la toma de muestras.

La mayoría de las mujeres con cáncer invasivo corresponden a mujeres que nunca han participado en programas de cribado o lo han hecho hace más de 5 años. El riesgo de cáncer invasivo disminuye a medida que se acumulan resultados negativos sucesivos en los frotis. Así el **IARC destaca la alta protección ofrecida por dos o más resultados negativos** en el frotis respecto al cáncer invasivo en **los siguientes 5 años**.

Según los resultados de programas de screening en varios países la proporción de **muestras insatisfactorias** es de un 6-12% y la proporción de muestras con resultados patológicos es normalmente del orden de un 5-8%. Esto también se debe de tener en cuenta para programar la carga de trabajo en primaria y especializada, puesto que todas estas mujeres necesitaran un seguimiento posterior, o al menos una repetición de la prueba.

Por otra parte está plenamente aceptado que el cáncer de cérvix y las lesiones preinvasivas son procesos relacionados con la actividad sexual por lo que se consideran importantes factores de riesgo la edad temprana en la primera relación sexual, el número de parejas sexuales tanto propias como del compañero y en los últimos tiempos cobra especial importancia la infección por el HPV, transmitido por vía sexual y asociado a lesiones proliferativas en el aparato genital (sobre todo los serotipos 16 y 18). Otros factores de riesgo implicados serían el uso por largo tiempo de anticonceptivos orales, el consumo de tabaco, el nivel socio-económico bajo, la paridad, y estados de inmunosupresión (sobre todo por VIH).

Con todos estos datos y reconociendo los posibles factores limitantes y de confusión en relación con la efectividad de los programas de cribado desarrollados en los distintos países aceptamos en líneas generales en nuestro contexto autonómico los criterios de intervención propuestos por el PAPPS como un intento realista de racionalización de este servicio preventivo una vez valorada la prioridad y la disponibilidad de los recursos para la prestación con la máxima calidad y garantías posibles.

POBLACIÓN DIANA

La población diana estaría formada por:

- a) Mujeres de 35-64 años con cuello uterino.
- b) Mujeres de 20 a 34 años con cuello uterino que presenten **factores de riesgo para desarrollar cáncer de cérvix (Anexo 3)**.
- c) Mujeres mayores de 65 años sin citologías realizadas en los últimos cinco años.

Criterios de exclusión:

- Mujeres sin cuello uterino.
- Mujeres que no han tenido actividad sexual.

OBJETIVOS EN SALUD

La mayoría de los expertos reconocen que el éxito de los programas de cribado está en relación al grado de organización y cobertura alcanzado por el mismo. Asegurar coberturas altas en edades tardías rinde mayores beneficios que multiplicar esfuerzos en alcanzar coberturas menores en mayores rangos de edad y teniendo en cuenta la larga evolución del proceso, nos parece conveniente priorizar especialmente a las mujeres entre 35-64 años.

OBJETIVO GENERAL

Disminuir la morbimortalidad por cáncer de cérvix en la población femenina de nuestra Comunidad Autónoma.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Garantizar la máxima cobertura en mujeres entre 35-64 años en un plazo de 6 años, con detección oportunista, prestando especial atención en la detección de las mujeres de alto riesgo.

- Garantizar la calidad en la realización de la toma utilizando el material adecuado y siguiendo las indicaciones de toma de muestra (**Anexo 5**).
- Garantizar que la interpretación de los resultados de las muestras sea homogénea y que según estos se realice la intervención y/o derivación adecuada a especializada (**algoritmo intervención del programa**).
- Promover la prevención primaria para identificar los factores de riesgo específicos, realizando educación sanitaria y recomendando las actuaciones concretas según los factores de riesgo (**Anexos 3**).
- Informar al 100% de las mujeres que participen en el programa de los resultados de su citología.

ACTIVIDADES

Se recomienda cribado sistemático de Cáncer cervical a todas las mujeres incluidas en la población diana que son o han sido sexualmente activas y tienen cuello uterino.

Las recomendaciones son las siguientes:

- Mujeres de 35-64 años: la intervención recomendada es el test de Papanicolau con una periodicidad anual en las dos primeras tomas, y posteriormente cada 5 años, salvo que presenten **factores de riesgo para desarrollar cáncer de cérvix**, en cuyo caso el test de Papanicolau se realizará con una periodicidad anual.
- Mujeres de 20 a 35 años con factores de riesgo: la intervención recomendada es el test de Papanicolau con una periodicidad anual.
- Mujeres mayores de 65 años sin citologías en los últimos cinco años: se le recomendaría la realización de dos citologías separadas por un año, y si fueran normales no realizar más intervenciones.

Además se realizarán actividades preventivas y educación sanitaria para disminuir los factores de riesgo. Las actividades preventivas del programa son competencia de todo el personal sanitario de Atención Primaria (Médico-Enfermera-Matrona),

Los REQUISITOS MÍNIMOS serían:

- a) Existencia de al menos un responsable sanitario del programa por Área de Salud. Será precisa la existencia de un sanitario de referencia entrenado en la realización de la citología cérvico-vaginal por centro de salud.
- b) Material adecuado: camilla ginecológica, espéculos vaginales desechables, espátulas desechables, varillas porta-algodón o cepillo intracervical, portaobjetos, spray de fijación, estuche para transporte y volantes de petición.
- c) Cauces adecuados para garantizar el transporte, la rapidez y fiabilidad de los resultados de Anatomía Patológica (< 30 días), y el acceso al Servicio de Ginecología (< 30 días) si fuera preciso.

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS:

- 1- Los profesionales de A.P. ofertarán el estudio citológico recomendando una periodicidad de cinco años tras la realización de dos citologías consecutivas con resultado normal separadas por un año, salvo que existan factores de riesgo (**Anexo 3**) en cuyo caso la periodicidad será anual.
- 2- Los profesionales de A.P. identificarán los factores de riesgo asociados al Cáncer de Cérvix recomendando la citología anual si estuvieran presentes y prevendrán la aparición de aquellos mediante educación sanitaria, recomendando la utilización de métodos barrera para la prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual.
- 3- En las mujeres mayores de 65 años sin estudio o citología en los últimos cinco años, Los profesionales de A.P. ofertarán dos citologías consecutivas separadas por un año, y no realizarán más intervenciones si éstas no fueran patológicas.
- 4- Realizarán en todos los supuestos previos, una citología cérvico-vaginal con rigurosa metodología (**Anexo 5**).
- 5- En el caso de que la citología fuera positiva para lesiones citológicas “sugerentes de malignidad” derivarán a Atención Especializada con carácter preferente, considerándose necesario que la mayoría de las mujeres sean vistas en un plazo menor de 1 mes
- 6- Si el resultado es positivo para otra patología infecciosa o inflamatoria el médico de A.P. instaurará tratamiento específico.
- 7- Se registrará en la historia clínica de la mujer, la fecha de la toma de citología, nº de citologías realizadas, resultado de éstas y el plan de actuación/control por Atención Primaria o por Atención Especializada.

- 8- Se establecerá un registro adecuado por E.A.P., para la valoración periódica de las actividades.

RECEPCIÓN Y COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados llegaran por los medios habituales al Centro de Salud, de la misma forma que el resto de analíticas en un plazo menor de 30 días y se entregarán a su médico. Según el resultado de la citología se procederá de la siguiente forma:

A. Citología normal o con resultados negativos para lesión intraepitelial o maligna:

- Se archivará el resultado en su historia clínica y se comunicará a la mujer.
- Se introducirá el resultado en el Registro del Programa, para que se pueda enviar una carta recordatorio a la mujer con suficiente antelación.

B. Citología insatisfactoria o no valorable:

- Se comunicará a la mujer y será citada para nueva citología en un plazo no menor a 6 semanas.

C. Citología con anomalías de las células epiteliales:

- Se procederá según algoritmo de intervención: comunicación a la mujer y citación para ser vista en atención especializada en un plazo inferior a 30 días.

D. Citología con alteraciones infecciosas o inflamatorias inespecíficas:

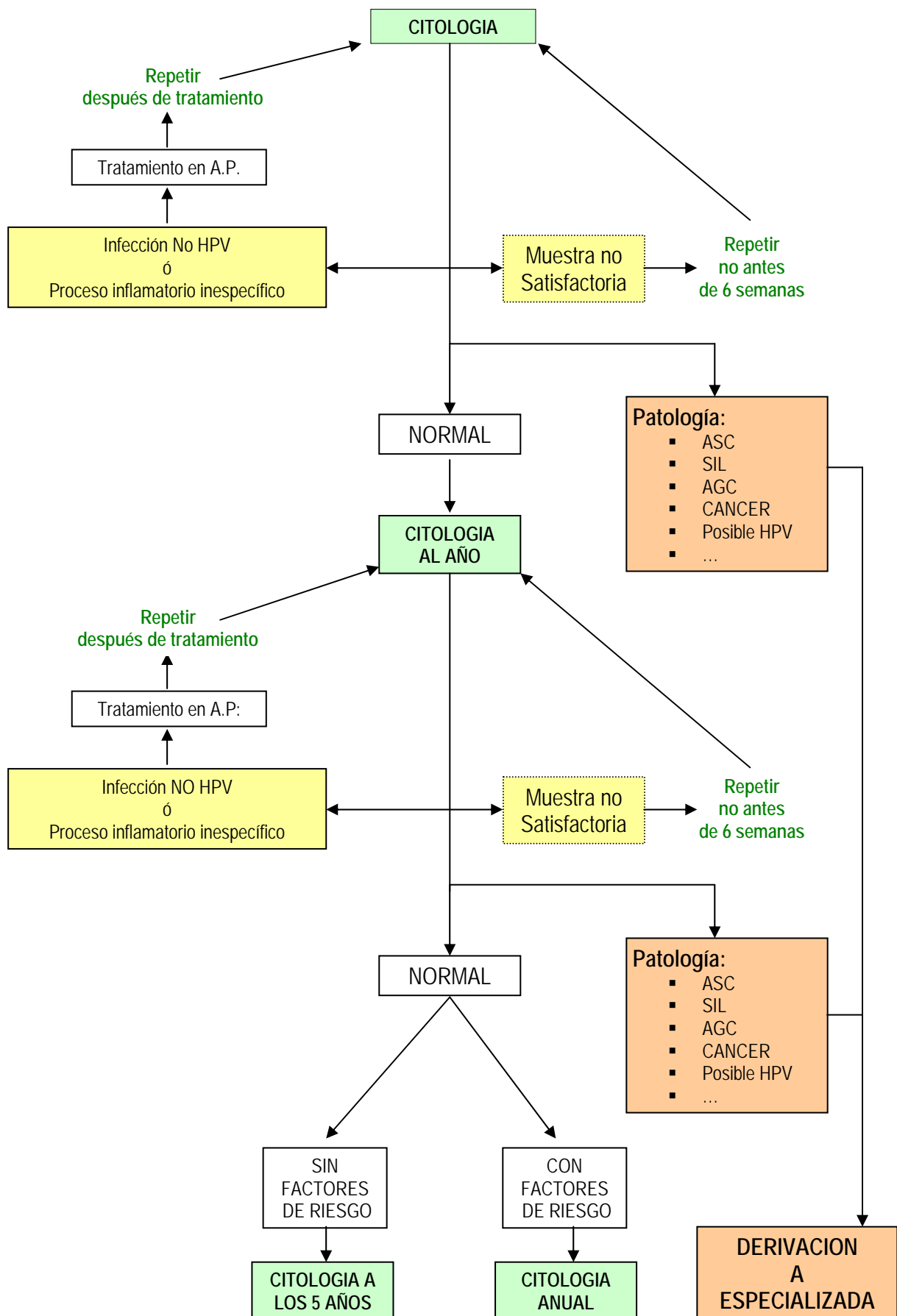
- Se comunicará a la mujer y se instaurará tratamiento médico.

CITACIÓN PARA VISITAS SUCESIVAS

En el centro de salud se seguirá según algoritmo a mujeres en función del resultado de la citología:

- **Resultado normal:** Citación al año si no hay citologías negativas previas. Si se dispone de dos citologías anuales consecutivas negativas se informará a la mujer sobre la realización de nueva citología de control en un plazo de 5 años, salvo que existan factores de riesgo, en cuyo caso la periodicidad será anual.
- **Resultado de muestra insatisfactoria:** Citación en un plazo no menor a 6 semanas.

ALGORITMO DE INTERVENCIÓN:



EVALUACIÓN

El programa se evaluará anualmente, mediante los siguientes indicadores:

Estructura:

$$\frac{\text{Nº de E.A.P. en los que se realiza toma de citología por algún médico/enfermera x 100}}{\text{Total centros del área}}$$

$$\frac{\text{Nº de E.A.P. centros en los que la matrona realiza toma de citología x 100}}{\text{Total centros del área}}$$

Cobertura:

$$\frac{\text{Nº de mujeres de 20 a 34 años con factores de riesgo a las que se les realiza la citología en el año x 100}}{\text{Nº de mujeres entre 20-34 años}}$$

$$\frac{\text{Nº de mujeres de 35 a 64 años que se les realiza la primera citología anual x 100}}{\text{Nº de mujeres entre 35-64 años}}$$

$$\frac{\text{Nº de mujeres de 35 a 64 años que se les realiza la segunda citología anual x 100}}{\text{Nº de mujeres entre 35-64 años}}$$

$$\frac{\text{Nº de mujeres de 35 a 64 años que se les realiza la citología quinquenal x 100}}{\text{Nº de mujeres entre 35-64 años}}$$

$$\frac{\text{Nº de mujeres mayores de 64 años que se les realiza la primera citología anual x 100}}{\text{Nº de mujeres mayores de 64 años}}$$

$$\frac{\text{Nº de mujeres mayores de 64 años que se les realiza la segunda citología anual x 100}}{\text{Nº de mujeres mayores de 64 años}}$$

Proceso:

$$\frac{\text{Nº de citologías no valorables o insatisfactorias x 100}}{\text{Nº de citologías realizadas}}$$

Resultado:

$$\frac{\text{Nº de citologías valorables con resultado patológico x 100}}{\text{Nº de citologías realizadas}}$$

$$\frac{\text{Mujeres entre 35-64 años con cáncer de cérvix confirmado x 100}}{\text{Nº de mujeres entre 35-64 años}}$$

BIBLIOGRAFIA

- Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young L, Cancer incidence in five continents. Lyon: IARC Sci Publ n° 143;1997.
- Cervix uteri. In: Coleman M.P, Estéve J, Damiecki P, Arslan A, Renard H, editors. Trends in cancer incidence and mortality. Lyon: IARC Sci Publ n° 121;1993; p. 433-54.
- Alonso Gordo JM, Bellas Beceiro B, Cierco Peguera P, Gálvez Ibáñez M, González Enríquez J. Martín Blanco N, et al. Prevención del cáncer. Aten. Primaria 1999; 24 (Supl 1):76-98.
- IARC Working group on evaluation of cervical cancer screening programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. BMJ1986;293:659-64.
- Duque A, Reche P, Murillo E. Cáncer de Cérvix en Oncología Clínica de González Barón M; 1998; McGraw-Hill/ Interamericana Madrid
- Wright T, Cox J, Massad L, Twiggs L, Wilkinson E. 2001 Consensus Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. Jama April 24, 2002;287:2120-2129
- Solomon ad col. The 2001 Bethesda System. Terminology for reporting results of cervical cytology. Jama April 24, 2002;287:2114-2119
- ICSI .Health Care guideline: Cervical Cancer Screening. June 2002
- CDC. The National Breast and Cervical Cancer Early detection program. [http:// www. cdc.gov](http://www.cdc.gov)
- American Cancer Society. What are the risk factors for cervical cancer?. <http://www.acs.org>
- INSALUD-Albacete. Gerencia Atención Primaria Programa de diagnóstico precoz del cáncer de Cérvix. Gerencia de A. Primaria de Guadalajara Programa de Atención a la Mujer. Guadalajara. 2001.
- Franco E, Duarte E, Ferenczy A, Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. CMAJ, Apr 3;164(7):1017-1025
- Bellas B, Cierco P, González J. et ad Cáncer de cérvix. Documento del grupo de expertos del PAPPS de la SemFYC. Atención Primaria, Nov 2001; Vol 28,2:54-57
- Smchmolling Y, Barquín J, Zapata i et ad Anomalías citológicas de Cérvix y lesiones precancerosas subsecuentes en un área sanitaria. Aten Primaria 2002,marzo.29(4):223-229
- ASCCP. Management of women with atypical squamous cells of undetermined significance (ASC_US) 2002.

- Thomas Cox J., et ad ASCCP Practice Guidelines: The follow-up system for abnormal cervical cytological findings, *J. Low Gen Tract Dis*, 1997; 1(3), 1997:167-170
- Surveillance Program, Division of Cancer Prevention and Control, National Cancer Institute, Unpublished data, 1990
- Remington P, Lantz P, Phillips JL; Cervical cancer deaths among older women: implications and prevention, *Wisconsin Medical Journal*, 89(1):30,32-34, 1990
- Subprograma de detección precoz de cáncer ginecológico: Gerencia de Atención Primaria de Santander (Laredo) 1999
- Bellas B, Cierco P, González J. et ad Cáncer de cérvix. Documento del grupo de expertos del PAPPS de la SemFYC. *Atención Primaria*, Nov 2001; Vol. 28,2:54-57
- Screening de cáncer de cuello uterino: Cuando comenzar, cuando finalizar, frecuencia y nuevos métodos. [http:// www.intermedicina.com](http://www.intermedicina.com)
- J.C. Olazábal et al. Diez años de citologías de cérvix uterino en un Centro de Salud. *Atención Primaria*. 6-15 Octubre 1997,20:293-298.
- A.M. Redondo et al. Prevención de cáncer de cérvix. Comparación de la calidad de la muestra según utilizemos bastoncillos o cepillo cervical. *Atención Primaria* . 1-15 Junio 2000,26:38-41.
- M. Gálvez Ibáñez et al. Cribado de cáncer de cérvix. A quien y cuando. *Atención Primaria*. Vol. 21. Nº 4-15 Marzo 1998.
- J.M. Borrás y X. Iglesias. Cribado del cáncer de cuello de útero. *Medicina Clínica*. Vol. 102. Suplemento I. 1994.
- Torné et al. Determinación del papiloma virus mediante hibridación in situ. Correlación clínico patológica y virológica en pacientes con lesiones escamosas intraepiteliales del cérvix uterino. *Medicina Clínica*. 1997. Nº 18 Vol. 109:691-695.
- M.A. Ripoll et al. ¿ Cómo diagnosticamos a las pacientes con cáncer de cérvix?. *Atención Primaria*. Vol. 21. 6-15 Abril 1998.
- P.J. Subías y M^a C. Ginés . Aspectos generales del cribado del cáncer. *Formación Médica Continuada*. Vol. 2, nº 2. Febrero 1995.
- J. Martín Pérez et al. Detección precoz del cáncer de cuello de útero. *Formación Médica Continuada*. Vol. 2. Nº 5, Mayo 1995.
- Buitrago et al. Cáncer de cuello uterino. *Formación Médica Continuada*. Vol. 4, nº 5. Mayo 1997.
- J. Martín Pérez et al. Detección precoz del cáncer de cuello de útero. *Formación Médica Continuada*. Vol. 2, nº 5. Mayo 1995.
- Programa básico de Salud: Programa de la mujer. Publicación de la SemFYC. 2000 Ediciones Doyma. Madrid

ANEXOS

ANEXO 1

CLASIFICACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA DE LAS LESIONES CERVICALES

En 1989 el National Cancer Institute (NCI) reunió a representantes de Organizaciones Internacionales científicas para unificar criterios anatomopatológicos sobre cáncer de cérvix y se creó el **Sistema Bethesda**, que ha sido actualizado en dos ocasiones, la última en 2001. El sistema Bethesda 2001 comprende los siguientes posibles resultados de la citología, de forma resumida:

1. **Resultados negativos para lesión intraepitelial o maligna**
2. **Anomalías de células epiteliales:**
 - A) **Células escamosas:**
 - a) Células escamosas atípicas (**ASC**):
 - de indeterminada significación (**ASCUS**)
 - atípicas en las que no se puede excluir SIL (**ASC-H**)
 - b) Lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado **SIL de bajo grado**, que corresponden:
 - displasia leve o CIN I
 - lesiones citológicas correspondientes a infección por PVH
 - c) Lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado, **SIL alto grado**
 - displasias moderadas (CIN II)
 - displasia severa (Cáncer in situ, CIN III)
 - d) **Carcinoma de células escamosas**
 - B) **Células Glandulares:**
 - Células glandulares atípicas (**AGC NOS**): endocervicales, endometriales o células glandulares no especificadas
 - Células endocervicales o glandulares o atípicas "favor neoplasia" (**AGC favor neoplasia**)
 - Adenocarcinoma endocervical in situ (**AIS**)
 - **Adenocarcinoma**
3. **Otras neoplasias malignas**
4. **Otros: Células endometriales en mujeres mayores de 40 años.**

ANEXO 2

FACTORES DE RIESGO POTENCIALMENTE IMPLICADOS EN LA GÉNESIS DEL CÁNCER DE CÉRVIX.

- ◆ **Edad temprana de inicio en las relaciones sexuales.**
- ◆ **Gran número de compañeros sexuales.**
- ◆ **Compañero sexual con historia de promiscuidad.**
- ◆ **Paridad.** Parece haber una asociación lineal entre número de embarazos y riesgo de cáncer cervical, especialmente en países en vías de desarrollo.
- ◆ **Infección por papilomavirus humano (HPV).** El virus del papiloma humano (HPV) es el factor de riesgo más importante para cáncer de cérvix con un RR en el rango de 20 a 70, encontrándose en estudios recientes que el DNA del HPV esta presente en el 99,7% de los casos. Esto indica que la infección por HPV puede ser una causa necesaria para las neoplasias cervicales, siendo esta la primera vez que se establecería esta relación en epidemiología del cáncer. El IARC ha clasificado el potencial oncogénico para humanos de los diferentes tipos de HPV, y lo serian con seguridad los tipos 16 y 18, probables los tipos 31 y 33 y posibles los otros tipos, exceptuando el 6 y 11. La infección por HPV es la infección de transmisión sexual más frecuente hoy en día, encontrándose infección por el virus asintomática en el 5-40% de las mujeres en edad reproductiva. Sin embargo esta infección es un fenómeno transitorio o intermitente y sólo una pequeña proporción de mujeres que dan positivo para un tipo de HPV se les vuelve a encontrar el mismo tipo, en sucesivas muestras. El riesgo de posterior neoplasia intracervical es proporcional al número de especímenes que dan positivo para HPV, lo que sugiere que el desarrollo carcinógeno depende de infección persistente.
- ◆ **Otras enfermedades de transmisión sexual,** especialmente infección por Clamidia, recientes estudios indican que mujeres con test sanguíneos que indiquen infección pasada o presente por Clamidia tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de cérvix, aunque se necesitan más estudios para confirmarlo.
- ◆ **Uso de anticonceptivos orales.** Existe un exceso de riesgo asociado con el uso a largo plazo (≥ 12 años) de anticonceptivos. La asociación es más fuerte para adenocarcinoma que para carcinoma de células escamosas. Sin embargo no se sabe si esto podría ser un factor de confusión, ya que el uso de anticonceptivos esta fuertemente asociada con otros factores de riesgo como actividad sexual y estas mujeres acuden más a realizarse pruebas de Papanicolau.
- ◆ **Inmunodepresión, especialmente por HIV.**

- ◆ **Dieta.** Dietas pobres y bajas en frutas y verduras se asocian con un incremento en el riesgo de cáncer cervical, existiendo evidencia de que una dieta en la que haya una alta ingesta de alimentos con β -carotenos y vitamina C y en menor medida de vit A, puede reducir el riesgo de cáncer cervical.
- ◆ **Tabaco.** Las mujeres que fuman tienen aproximadamente el doble de posibilidades de desarrollar cáncer de cérvix que las no fumadoras. Se han encontrado productos del tabaco en el moco cervical de las fumadoras. Parece ser que estos productos podrían dañar el DNA de las células cervicales, contribuyendo al desarrollo del cáncer.
- ◆ **Historia familiar de Cáncer de cérvix.** Estudios recientes sugieren que las mujeres que tienen familiares de primer grado afectas de cáncer de cérvix tiene más posibilidades de desarrollar la enfermedad.
- ◆ **Bajo estatus socio económico.**

ANEXO 3

DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CÉRVIX EN POBLACIÓN DE RIESGO

| Grupo de riesgo | Actuaciones |
|--|--|
| Condilomas acuminados a cualquier edad | Cribado anual, aunque las lesiones hayan desaparecido |
| Papilomavirus humano en citología cervical | Cribado anual, aunque las lesiones hayan desaparecido |
| Promiscuidad sexual, prostitución, adición a drogas por vía parenteral, posibles contactos con grupos de alto riesgo | Cribado anual |
| Enfermedad de transmisión sexual (ETS) | Cribado de todas las enfermedades de transmisión sexual (hepatitis, sida, lúes, etc.). Cribado anual durante dos o tres años consecutivos, y si el resultado persiste negativo se puede espaciar la revisión. Si ETS de repetición, cribado anual. Consejo sobre prevención. |

ANEXO 4

HOJA INFORMATIVA SOBRE CONDICIONES PREVIAS PARA LA CITOLOGÍA

La citología es la técnica más eficaz para detectar precozmente el cáncer de cuello de útero (cérvix). Consiste en tomar una muestra de las células del cuello del útero para analizarlas y comprobar que son normales. Es indolora, aunque algunas mujeres pueden sentir una ligera molestia.

Para que se pueda realizar de forma adecuada, usted debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- ◆ No debe mantener relaciones sexuales en las 48 horas anteriores a la realización de la citología.
- ◆ Se puede realizar siempre que no exista menstruación (preferiblemente a mitad del ciclo).
- ◆ No debe existir excesiva inflamación ni atrofia local. Debe de tratarse previamente.
- ◆ No debe aplicarse ninguna sustancia en la zona externa (cremas, pomadas...) en las 48 horas anteriores ni utilizar en los 5 días previos tratamientos vaginales.
- ◆ No debe hacerse irrigaciones ni lavados internos en el día de la toma, únicamente debe lavarse externamente (con agua y jabón).

ANEXO 5

TECNICA DE LA TOMA CITOLOGICA

Advertencias:

- La mujer debe haberse abstenido de relaciones sexuales al menos 48 horas antes de la toma.
- No tener la menstruación y no haber utilizado tratamientos vaginales por lo menos 5 días anteriores a la toma.
- Se obtienen los mejores resultados realizando los frotis a mitad del ciclo.
- La vejiga vacía facilita la toma.

Material necesario:

- Camilla ginecológica y foco luminoso.
- Guantes desechables.
- Espéculos de distintos tamaños.
- Espátula de madera (Fig 1)
- Cepillo intracervical o torunda de algodón.
- Portaobjetos de cristal esmerilado en un extremo y dividido en tres campos.
- Fijador.
- Medio de transporte.
- Formulario que recoja los datos de la paciente.
- Formulario de solicitud de estudio citológico.

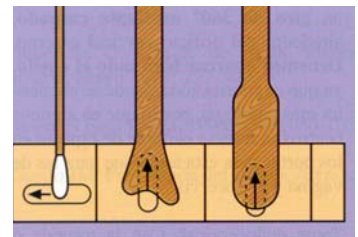


Fig. 1



Fig. 2

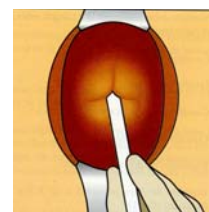


Fig. 3

Método de toma:

Se emplea la triple toma de cérvix clásica.

1. **Identificación** del porta en el borde esmerilado.
2. **Colocar a la paciente en posición ginecológica**. Para que la introducción del espéculo moleste lo menos posible, pedirle que relaje la musculatura perineal, lo que se consigue no tensando los músculos y apoyando bien los glúteos.
3. Introducir el espéculo, en sentido longitudinal a la vulva rotándolo luego 90°. Abrirlo, hasta la completa visualización del cuello, procurando no rozar el cérvix. Fijar el espéculo. **No se deben utilizar lubricantes**, pues alteran el resultado de la prueba.
4. **Toma del fondo de saco vaginal posterior** mediante raspado con el **extremo convexo de la espátula**. (Fig 2).
5. **Toma exocervical o escamo-columnar**. Con el **lado cóncavo de la espátula**, que se adapta a la forma del cérvix, haremos un giro de 360° mediante raspado, alrededor del orificio cervical externo. **Debemos abarcar bien todo el cuello**, ya que es en esta zona donde se encuentra más patología, por lo que en algunos centros se reserva el doble de espacio en los portas para esta toma que para las de vagina y endocérvix.
6. **Toma endocervical**. Con la **torunda o cepillo**, insertándolos en el orificio cervical y realizando un giro completo. Las mejores muestras se obtienen con el cepillo, pero debemos valorar el posible sangrado en cuellos muy friables (Fig 3).
7. **Extensión del material** de las tomas en los tres campos del porta de izquierda a derecha. Generalmente la extensión de la vagina y cérvix se hace verticalmente y la de endocérvix horizontalmente. Para facilitar la lectura es importante que las tomas no queden demasiado gruesas y la extensión sea uniforme (Fig 1).
8. **Fijación inmediata con aerosol comercial** ateniéndose a las especificaciones sobre la distancia de pulverización (generalmente 15-20 cm.).