



# PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO

recomendaciones para la detección precoz

INFORMACIÓN PARA PROFESIONALES



## TÍTULO

### PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO

Recomendaciones para la detección precoz. Información para profesionales

## REVISIÓN Y RECOPIACIÓN

Rafael Coño Fernández

*Servicio de Salud Poblacional. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios*

Rosario Hernández Alba

*Servicio de Salud Poblacional. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios*

Carmen Natal Ramos

*Unidad de Análisis y Programas. Servicio de Salud del Principado de Asturias*

## GRUPO ASESOR

Maria de Oña Navarro

*Servicio de Microbiología (Virología) HUCA*

Ana Isabel Escudero Gomis

*Asociación de Ginecólogos del Principado de Asturias*

Florentina García Hevia

*Servicio de Ginecología H. Valle del Nalón*

Begoña González González

*Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria*

M<sup>a</sup> Luisa Junquera Lloneza

*Unidad ITS H. Monte Naranco*

Santiago Melón García

*Servicio de Microbiología (Virología) HUCA*

Lorenzo Mier Lobato

*Servicio de Ginecología H. de Cabueñes*

Elena Rodríguez Vega

*Servicio de Ginecología HUCA*

Ángel Sánchez del Río

*Servicio de Ginecología H. Vital Álvarez Buylla*

Magdalena Torrents Muns

*Servicio de Ginecología HUCA y COF del Área IV*

Julio Velasco Alonso

*Servicio de Anatomía Patológica H. San Agustín*

Francisco Velasco Crespo

*Asociación de Ginecólogos del Principado de Asturias*

*A todos ellos nuestro agradecimiento por su colaboración*

---

Copias adicionales a este documento se pueden obtener gratuitamente a través de: [www.asturias.es/cuidar\\_tu\\_salud](http://www.asturias.es/cuidar_tu_salud)

## PROMUEVE

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y SESPA

## EDITA

Dirección General de Salud Pública y Participación

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

## DISEÑO

González Tejo

## DEPÓSITO LEGAL

AS-01933-2009

Oviedo, Marzo de 2009



PREVENCIÓN  
DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO  
recomendaciones para la detección precoz

INFORMACIÓN PARA PROFESIONALES





# INTRODUCCIÓN





El cáncer de cuello de útero, o cáncer de cérvix, es el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres en el mundo, cada año se diagnostican unos 500.000 casos nuevos, el 80 % en países menos desarrollados. La mayoría de los cánceres son de células escamosas y prácticamente todos los casos se relacionan con una infección previa por el virus del papiloma humano (VPH).

En la actualidad está ampliamente probado que existe una relación causal entre la persistencia de una infección por el virus del papiloma humano y la aparición del cáncer de cuello de útero y sus lesiones precursoras.

La aparición de cáncer de cuello uterino viene precedida por lesiones precancerosas de larga duración que pueden ser identificadas mediante la citología y pueden ser tratadas, evitando su evolución a cáncer invasivo.

Los programas organizados de cribado poblacional mediante la citología de Papanicolaou han demostrado su efectividad al disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino en los países donde se han aplicado de forma masiva, por encima del 70% de la población, sistemática y continuada durante años. El informe de la Comisión de evaluación de las actividades preventivas del cáncer de cuello uterino de la Agencia Internacional para Investigación del Cáncer (IARC) del año 2005, concluyó que hay evidencia suficiente de que el cribado de las lesiones intraepiteliales del cuello uterino mediante citología de Papanicolaou repetida cada 3-5 años entre las edades de 35 y 64 años, en programas de alta calidad, reduce la incidencia del cáncer de cuello de útero en un 80% de la población cribada. Los factores que condicionan la efectividad y eficiencia son la incidencia del tumor, la historia natural de la enfermedad, la sensibilidad de la citología y las dificultades de captación de los grupos de mayor riesgo de cáncer de cuello de útero.

Debe considerarse no obstante que las actividades de prevención secundaria son solamente uno de los pilares de la prevención del cáncer de cuello de útero: el conocimiento de la relación causal entre VPH y cáncer de cuello de útero hace necesario un replanteamiento de las estrategias preventivas, tanto desde el punto de vista de la prevención primaria como de la prevención secundaria. En prevención primaria adquieren gran importancia las intervenciones encaminadas a prevenir las infecciones persistentes por el virus del papiloma humano, como son la educación para la salud y la introducción de vacunas frente al VPH. En prevención secundaria la introducción de la vacuna y el desarrollo de las técnicas de detección de VPH, harán necesario la revisión de los protocolos de cribado.





# PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO

recomendaciones para la detección precoz

La causa principal del cáncer de cuello de útero y de sus lesiones precursoras es una infección persistente por algunos tipos de virus de papiloma humano denominados de alto riesgo oncogénico. La combinación de estrategias de prevención primaria y secundaria permite reducir su incidencia y mortalidad.

## INCIDENCIA Y MORTALIDAD DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO EN ASTURIAS

La incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello de útero en España es de las más bajas de Europa y del mundo, existiendo algunas diferencias entre comunidades autónomas. Asturias es una de las comunidades con incidencia más alta. En el año 2006 se diagnosticaron 74 casos de cáncer invasivo y fallecieron 22 mujeres por esta causa, suponiendo 242 años potenciales de vida perdidos.

La incidencia de tumores invasivos ha ido disminuyendo en los últimos años, así como la mortalidad por estos tumores. En la tabla 1, gráfico 1, se presenta la evolución de las tasas de incidencia y mortalidad de 1997 a 2006. La información de los años 1997-2003 procede del Registro Poblacional de Tumores del Principado de Asturias y la de los años 2004-2006 del Registro Hospitalario Central de Tumores del SESPA; es posible que para el año 2004 haya una infra-declaración en el registro hospitalario.

Tabla 1

*Evolución de las tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas a la población europea por 100.000 y razón M/I por tumores invasivos de cuello de útero Asturias 1997-2006*

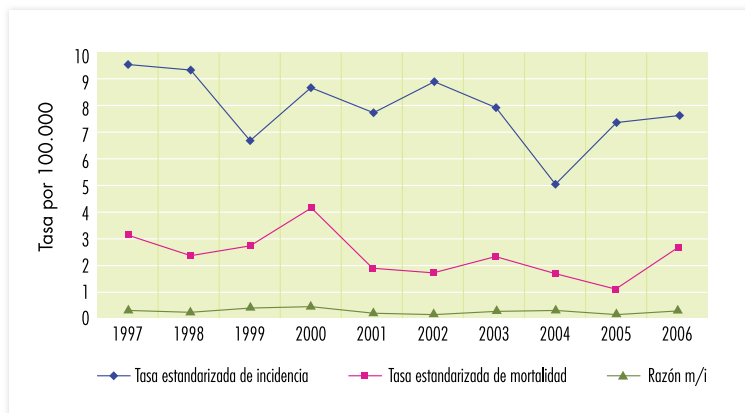
AÑO	INCIDENCIA	MORTALIDAD	RAZON M/I
1997	9.5	3.2	0.33
1998	9.3	2.4	0.25
1999	6.7	2.7	0.40
2000	8.6	4.1	0.47
2001	7.7	1.9	0.12
2002	8.8	1.7	0.19
2003	7.9	2.3	0.29
2004	5.0*	1.7	0.34
2005	7.3*	1.1	0.15
2006	7.6*	2.6	0.34

Fuente: Registro Poblacional de Tumores del Principado de Asturias. Registro de Mortalidad del Principado de Asturias. SADEI. \*Registro Hospitalario Central de Tumores del SESPA



Gráfico 1

Evolución de la incidencia y mortalidad por tumores invasivos de cuello de útero.  
Asturias 1997-2006



La incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello de útero en Asturias es baja y ha ido disminuyendo en los últimos 10 años.

Las tasas de incidencia específicas por edad para el mismo periodo, 1997-2006 (tabla 2, gráfico 2), muestran la misma disminución en la incidencia a lo largo del tiempo y un adelantamiento en la edad del diagnóstico.

Tabla 2

Tasas específicas por edad de incidencia de cáncer de cuello de útero por 100.000 mujeres. Asturias 1997-2006

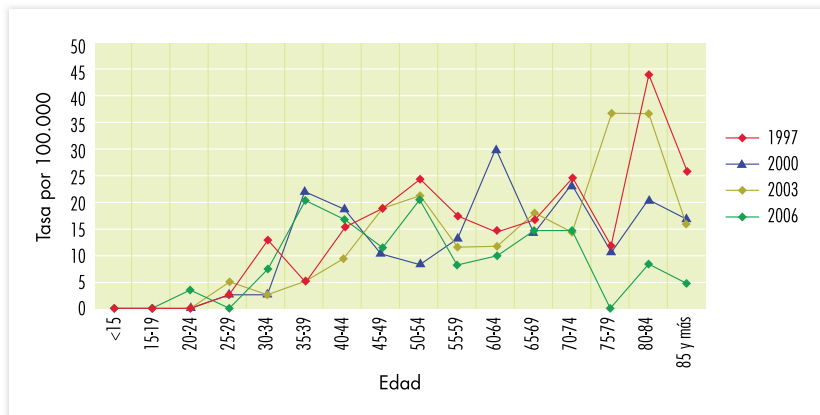
Grupo Edad	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004*	2005*	2006*
<15	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
15 - 19	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
20 - 24	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.6	0.0	0.0	0.0	3.2
25 - 29	2.6	2.5	0.0	2.4	2.4	0.0	4.7	2.4	0.0	0.0
30 - 34	12.6	5.1	2.6	2.6	7.8	10.2	2.5	4.9	2.4	7.2
35 - 39	4.8	12.0	14.5	22.0	7.3	7.4	4.9	5.0	10.1	20.1
40 - 44	15.1	27.1	12.1	19.0	11.6	11.7	9.3	11.8	16.5	16.7
45 - 49	18.7	15.9	13.1	10.4	15.4	22.3	19.3	9.5	18.5	11.4
50 - 54	24.1	23.4	8.5	8.3	16.1	24.2	21.1	10.5	15.6	20.3
55 - 59	17.5	10.3	6.7	13.1	9.6	21.0	11.3	5.4	13.3	8.0
60 - 64	14.3	18.1	22.2	30.2	0.0	15.2	11.6	11.1	10.2	9.6
65 - 69	16.5	19.3	19.4	13.9	26.1	22.3	17.7	9.4	20.6	14.4
70 - 74	24.4	15.0	8.9	23.3	31.6	5.7	14.1	8.4	14.0	14.4
75 - 79	11.9	11.4	33.1	10.6	30.8	6.6	36.4	9.7	12.7	0.0
80 - 84	43.8	16.1	0.0	20.6	10.1	4.9	36.7	17.6	0.0	8.2
85 y más	25.8	18.4	0.0	16.8	16.2	10.6	15.6	0.0	0.0	4.7
Total	12.1	11.2	8.5	11.6	10.9	10.1	11.5	6.4	8.7	8.9

Fuente: Registro Poblacional de Tumores del Principado de Asturias. SADEI. \*Registro Hospitalario Central de Tumores del SESPA



Gráfico 2

Tasas específicas de incidencia de cáncer de cuello de útero por edad.  
Asturias 1997-2006



La edad al diagnóstico del cáncer de cuello de útero ha ido disminuyendo progresivamente.

## HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

La causa principal del cáncer cervical y de las lesiones precursoras es una infección persistente por algunos tipos de VPH denominados de alto riesgo oncogénico (VPH-AR).

El virus se transmite con facilidad por contacto sexual: la infección por VPH es la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente entre las mujeres, pudiendo llegar a afectar hasta un 70% de las mujeres jóvenes. La prevalencia de VPH presenta una gran variabilidad en la población general, relacionada con la edad y la situación geográfica. La prevalencia es máxima en las mujeres más jóvenes, a partir de la edad de inicio de la actividad sexual, llegando a un 30-40% en los grupos de 15-25 años, y disminuye en los grupos de mediana edad (25-44), donde se estabiliza en torno al 3-10%. En algunas poblaciones, y en los análisis ajustados de revisión de la literatura, se ha observado un segundo pico de prevalencia en las mujeres postmenopáusicas cuya interpretación es todavía objeto de investigación. Según la localización geográfica, de manera general, las mayores prevalencias de infección ocurren en África, seguida de Sudamérica, con menores niveles en Asia. Las prevalencias más bajas se encuentran en Europa.

De los más de 150 tipos de VPH que han sido detectados, más de 30 infectan el tracto genital, y de ellos unos 15 se pueden considerar de alto riesgo oncogénico. Se estima que dos de los tipos oncogénicos, los VPH 16 y 18, son responsables en conjunto del 70% de todos los casos de cáncer de cuello de útero a nivel mundial.

La infección inicial del epitelio metaplásico de la zona de transformación cervical por VPH requiere el acceso de las partículas infectantes hasta las células basales, por lo que ha de existir alguna abrasión; para que la infección se mantenga el virus debe parasitar un epitelio cervical con un alto grado de diferenciación. La gran mayoría de las infecciones por VPH son transitorias y asintomáticas, con una duración variable, desapareciendo un año después de haber contraído la infección alrededor del 70% de las mismas, aunque la duración para los tipos de alto riesgo es mayor que para los tipos de bajo riesgo. La resolución de la infección puede ofrecer cierto grado de protección frente a reinfecciones por el mismo genotipo viral.

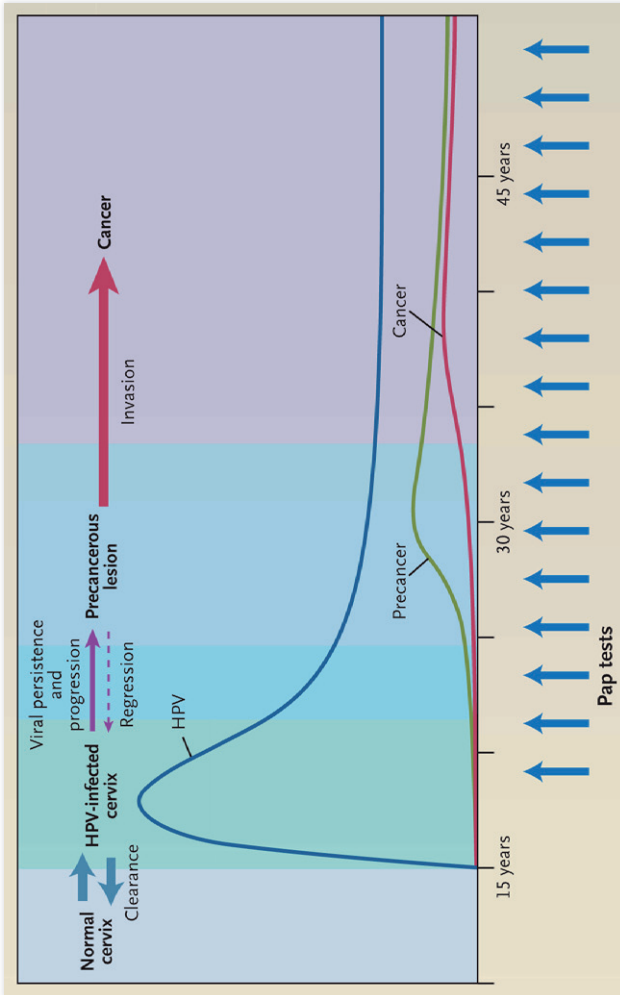


La historia natural de la infección por el VPH (figura 1), muestra que la persistencia de la infección es el primer requisito para que la transformación celular tenga lugar y el aclaramiento del VPH se relaciona con la regresión de las alteraciones citológicas, mientras que la progresión es necesaria para la progresión clínica y el desarrollo de carcinoma infiltrante.

Figura 1

Historia natural de la infección por VPH y cáncer cervical

Fuente: Modificado de Schiffman M, Castle PE. *N ENGL J Med*, 2005; 353.



Descripción de la figura: El pico de prevalencia de infección por VPH (línea azul), ocurre después del inicio de la actividad sexual, entre los 15 y 20 años. El pico de prevalencia de las lesiones precancerosas aparece aproximadamente 10 años después (línea verde) y el pico de cáncer invasivo a los 40-50 años de edad (línea roja)

Alrededor de un 20% de todas las infecciones cervicales persisten y se transforman en una neoplasia cervical intraepitelial, esta progresión está asociada a la persistencia de VPH oncogénicos, con un tiempo modal de evolución de 7-15 años.

Las lesiones preneoplásicas se identifican aproximadamente en un 4% de las mujeres sometidas a una revisión citológica periódica. La mayoría de estas lesiones se agrupan en dos categorías: las lesiones intraepiteliales de bajo grado (LSIL) y las lesiones escamosas atípicas de significado incierto (ASC-US), según el sistema Bethesda. Un tercer grupo son las lesiones denominadas lesiones intraepiteliales de alto grado (HSIL), que son considerablemente menos frecuentes.

Las HSIL incluyen a las llamadas neoplasias cervicales intraepiteliales o CIN 2 (displasia moderada) y CIN 3 (displasia grave y carcinoma in situ). Las LSIL incluyen los cambios citológicos o histológicos característicos de la infección por VPH y a las CIN 1 o displasias leves.

Las lesiones evolucionan en función del grado de alteración celular, desde LSIL hasta carcinoma in situ, y por último hasta cáncer invasivo. Las LSIL deben ser consideradas como una infección VPH, la mayoría regresan a epitelio normal y sólo una parte evolucionan a una lesión intraepitelial de alto grado que, en menor medida, puede regresar o generar un carcinoma infiltrante. Las tasas de progresión/regresión se correlacionan con la edad, en mujeres jóvenes la probabilidad de regresión es mayor que entre las de más edad. Son necesarios habitualmente entre 5 y 15 años, con una media de 10 años para que una lesión precancerosa no tratada desarrolle un cáncer invasivo.

Los diagnósticos de ASC-US o LSIL se normalizan espontáneamente en más del 80% de los casos. En estos casos, la determinación del VPH puede ser de gran ayuda para seleccionar a las mujeres en las que está presente. Varios estudios muestran que aproximadamente el 50% de los ASC-US y el 50-70% de los LSIL llevan asociada una prueba de VPH positiva. Los casos de ASC-US y LSIL en los que no se detecta VPH tienen un riesgo mucho menor de progresar a lesiones más avanzadas.

Las tasas de regresión estimadas para el carcinoma in situ varían según los autores del 0 al 25%, siendo menores entre las pacientes seguidas por citología que entre las controladas por biopsia, lo que sugiere un posible efecto terapéutico de esta.





La infección por el VPH de alto riesgo oncogénico se considera causa necesaria pero no suficiente de cáncer de cuello uterino, existen otros factores de riesgo adicionales, como son: edad temprana de inicio de las relaciones sexuales, número elevado de compañeros sexuales, compañero sexual con historia de promiscuidad, alta paridad, otras enfermedades de transmisión sexual especialmente infección por clamidia, uso a largo plazo de anticonceptivos orales, inmunodepresión congénita o adquirida especialmente si es debida a VIH, o tabaquismo.



LA PREVENCIÓN  
DEL CÁNCER  
DE CUELLO DE ÚTERO



La combinación de estrategias de prevención primaria y secundaria permite reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello de útero. En este sentido el programa de atención al cáncer 2005-2007 del Principado de Asturias, establece dos líneas de acciones para la prevención del cáncer de cuello de útero, la primera desde la prevención primaria a través del Programa Afectivo-sexual y la segunda de prevención secundaria mediante el desarrollo de un Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cuello de Útero.

Por otra parte las recomendaciones del Consejo de Europa sobre cribado de cáncer incluyen la realización de cribado de citología cervico-vaginal para los precursores de cáncer de cuello de útero que deben empezar no antes de los 20 años y a más tardar a los 30.

Recientemente la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, a propuesta de la Dirección General de Salud Pública y Participación, ha introducido la vacunación frente al VPH en el calendario oficial de vacunaciones de Asturias mediante Resolución de 18 de agosto de 2008.

### La prevención primaria

El objetivo de la prevención primaria del cáncer de cuello de útero es evitar el contagio y la infección por VPH con un abordaje similar al de otras ITS, sobre todo si tenemos en cuenta que la infección por VPH es la ITS más frecuente. En la actualidad se basa en tres pilares fundamentales:

- 1) Información y educación para la salud: Dado que el contagio de la enfermedad se produce a través de unas determinadas pautas de conducta, es necesario proporcionar a la población una adecuada información sobre la causa de la enfermedad, mecanismo de transmisión y control de la misma. Esta información, y consejo, debe incluir a los hombres ya que con frecuencia el reservorio y principal fuente de contagio es el hombre infectado. Podría, además, tener un importante papel en la prevención secundaria, desde la percepción por la población del propio riesgo personal.
- 2) Métodos de barrera: El uso del preservativo en las relaciones sexuales es la principal medida general de prevención, disminuyendo las tasas de infección. Existen intervenciones educativas eficaces para promover el uso de preservativos para las relaciones sexuales (especialmente las relaciones sexuales tempranas en las mujeres jóvenes).



- 3) La vacunación: En el Calendario de Vacunaciones Infantiles, vigente en Asturias a partir del 1 de enero de 2009, la vacunación frente al VPH se administrará a niñas de 13 años de edad, aplicándose con una pauta de tres dosis (0-1-6 meses).

## La prevención secundaria

Se pueden considerar tres niveles estratégicos en la prevención secundaria: el primero, el diagnóstico de lesiones precoces en población general mediante el cribado; el segundo, la confirmación y vigilancia de los casos dudosos y LSIL procedentes del cribado; y el tercero, la confirmación y tratamiento de los casos diagnosticados como HSIL y cáncer in situ.

El cribado es el método por el cual se seleccionan aquellas personas a las que puede beneficiar el tratamiento precoz, que es propiamente la intervención preventiva. Se basa en la utilización de pruebas que permitan clasificar a las personas objeto de la intervención en afectadas o al menos sospechosas de estarlo y no afectadas, de manera que tales pruebas deben ser válidas, reproducibles y aceptables, además de especialmente seguras.

Los cribados, como cualquier intervención sanitaria, tienen riesgos y beneficios que deben ser considerados. Los beneficios parecen claros: la precocidad en el diagnóstico y la intervención mejorará el pronóstico en algunas personas enfermas. Los inconvenientes son más complejos: se alargará la duración de la enfermedad en las personas diagnosticadas cuando no haya modificaciones del pronóstico; puede haber un sobretratamiento para las formas más leves de la enfermedad; las personas enfermas con resultados negativos en la prueba serán identificadas falsamente como sanas; las pruebas realizadas tienen riesgos asociados; otro inconveniente destacado es que las personas sanas con resultados positivos en la prueba de cribado pueden experimentar preocupación y ansiedad hasta el diagnóstico definitivo, además de ser sometidas a pruebas que no precisan.

El Consejo Danés de Ética establece tres cuestiones clave en relación con los riesgos y beneficios de los cribados:

La PRIMERA de ellas es si las pruebas de cribado suponen la patologización de numerosas personas sanas o, si por el contrario, suponen un buen servicio ofrecido para identificar a pocas personas enfermas.

La SEGUNDA es que es importante conocer que las pruebas de cribado pueden tener falsos resultados, esto es, clasificar como enfermas a las personas sanas y clasificar como sanas a las personas enfermas. Esta circunstancia, que es común a cualquier prueba de diagnóstico, tiene mayor importancia en las pruebas de

cribado, cuya finalidad es clasificar a las personas que la realizan en dos grupos con diferentes probabilidades de tener la enfermedad buscada.

La TERCERA hace referencia a que el uso de los programas de detección precoz indica el modo en que el sistema sanitario distribuye y prioriza sus recursos. Tiene interés entonces determinar si los programas de detección precoz suponen distribuir y priorizar equitativamente los recursos, así como saber cuál es el impacto esperado de estos programas.

## LA DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO

La prevención secundaria del cáncer de cuello uterino mediante la detección precoz de lesiones cervicales preinvasoras se considera fundamental para el control de la enfermedad. La prueba de elección es la citología según la técnica de Papanicolaou, la cual se basa en el estudio morfológico de las células obtenidas por la exfoliación del epitelio cervical.

En los años 80 del pasado siglo los estudios realizados en el IARC probaron que la incidencia de cáncer cervical de células escamosas entre mujeres que habían tenido dos citologías negativas a los cinco años, recuperaba las tasas de las mujeres no cribadas en 10 años después del último cribado negativo, y concluyeron que el cribado mediante citología convencional protege frente al desarrollo de enfermedad invasiva en los siguientes cinco años. Estos resultados consideran que la participación en el cribado es del 100% y que todas las mujeres con un resultado anormal de la prueba tienen la evaluación y el tratamiento adecuados.

En cuanto al intervalo de repetición de la citología de cribado después de un resultado normal, se acepta cada tres años, ya que el riesgo de desarrollar cáncer es similar para uno, dos o tres años, mientras que ASC-US y LSIL alcanzan hasta el 95 % de los hallazgos anormales.

Debido a que la sensibilidad del test de Papanicolaou es baja, y su variabilidad alta (entre el 30 y el 87%), espaciar la citología más de tres años se asocia con un aumento de riesgo de cáncer.

No hay una evidencia firme de la edad óptima de inicio del cribado, un inicio temprano implicará el tratamiento de algunas lesiones precancerosas de bajo grado que podrían regresar espontáneamente sin tratamiento. Por otra parte un comienzo tardío supondrá que algunos cánceres invasivos en estadios tempranos se pierdan.



El uso del preservativo en las relaciones sexuales es la principal medida general de prevención, tanto frente a infecciones por VPH, como frente a otras infecciones de transmisión sexual.



# RECOMENDACIONES





Las recomendaciones para la detección precoz de cáncer de cuello de útero que aquí se recogen tratan de homogeneizar y actualizar las actividades de prevención secundaria, adecuándolas al conocimiento científico, así como mejorar la calidad, efectividad y cobertura del cribado en nuestra Comunidad Autónoma, especialmente en los sectores de la población diana de más difícil acceso.

Estas recomendaciones están dirigidas a profesionales sanitarios de atención primaria y especializada que tomen contacto en su práctica habitual con mujeres de la población diana: médicos de atención primaria, especialistas en ginecología y obstetricia, personal de enfermería y matronas.

Estas son las recomendaciones actuales generales en nuestra Comunidad. En cada caso particular, los profesionales sanitarios aplicarán su juicio clínico, pudiendo ocurrir que éste justifique una actuación diferente a la recomendación para la población general.

### Objetivo

Establecer las pautas de actuación que permitan la detección de las lesiones escamosas de alto grado (HSIL / CIN 2 y CIN 3), adenocarcinoma in situ y carcinoma microinvasivo de cuello de útero.

### Población Diana

Se recomienda que realicen pruebas de detección precoz todas las mujeres residentes en Asturias con edades comprendidas entre 25 y 65 años que son, o han sido, sexualmente activas y que tienen cuello uterino.

Las mujeres menores de 25 años que mantienen relaciones sexuales desde hace más de tres años y las mujeres mayores de 65 años que nunca han realizado una citología cervical, también se incluyen en la población diana.

No se recomienda la realización de pruebas de detección precoz de cáncer de cuello de útero a mujeres que no tienen relaciones sexuales ni a aquellas que se han sometido a una histerectomía total por patología benigna.



## Prueba de Cribado

1. La citología cervical, test de Papanicolaou, se considera la prueba indicada para la detección del cáncer de cuello de útero y sus lesiones precursoras para todas las mujeres de la población diana.
2. La prueba de detección de ADN-VPH de alto riesgo oncogénico, junto con la citología, puede ser útil en determinadas situaciones, como son:
  - Mujeres con citología ASC-US, con objeto de seleccionar las que precisan estudio colposcópico.
  - Historia de cribado inadecuado en mayores de 35 años.
  - Control de curación postratamiento de las neoplasias intraepiteliales.
  - Mujeres posmenopáusicas con citología LSIL, con objeto de seleccionar las que precisan un estudio diagnóstico más complejo.
  - Seguimiento de pacientes con LSIL / CIN 1 confirmado por biopsia, seleccionadas después de colposcopia.

## Periodicidad de la Prueba

- Al iniciar el cribado se recomienda hacer dos citologías cervicales con un intervalo de un año y, si estas son negativas, la periodicidad entre las pruebas sucesivas será de tres años.
- Se recomienda realizar cribado anual en poblaciones con riesgo elevado de desarrollar cáncer de cuello de útero debido a los siguientes factores de riesgo:
  - Inmunodepresión:- VIH
    - Iatrogénica
  - Condilomas acuminados a cualquier edad
  - Antecedentes de VPH en cribado cervical
  - Prácticas de Riesgo: promiscuidad sexual, prostitución, adicción a drogas, posibles contactos con grupos de alto riesgo....
  - Exclusión social
  - Otras infecciones de transmisión sexual

## Método para la elaboración de las recomendaciones

### Búsqueda bibliográfica

#### Criterios de búsqueda:

- Búsqueda sistemática de guías de práctica clínica, informes de evaluación y revisiones sistemáticas actuales a enero de 2003.
- Búsqueda no sistemática de guías de práctica clínica y protocolos promovidos por las sociedades científicas y/o las autoridades sanitarias de las diferentes comunidades autónomas del Estado Español.
- Los resultados de las búsquedas se completaron con una revisión de la situación de la atención a esta patología en Asturias.

#### Fuentes de la búsqueda sistemática:

- Guías de práctica clínica: Guía Salud, NICE, SIGN.
- Informes de evaluación y revisiones sistemáticas: Centre for reviews and dissemination, Cochrane Library. El informe de Avalia para el estudio DESCRIC, promovido por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, recoge revisiones sistemáticas desde enero de 2000 a diciembre de 2006. Se excluyeron en la búsqueda los estudios incluidos en este informe.

Palabras clave: Cervical cancer screening.

### Elaboración del informe por parte del grupo redactor.

Discusión: El informe se presentó para discusión al grupo asesor que aprobó la definición de la población diana, pruebas de cribado y periodicidad de las mismas, que se incluyen en estas recomendaciones, así como los requisitos para su generalización.



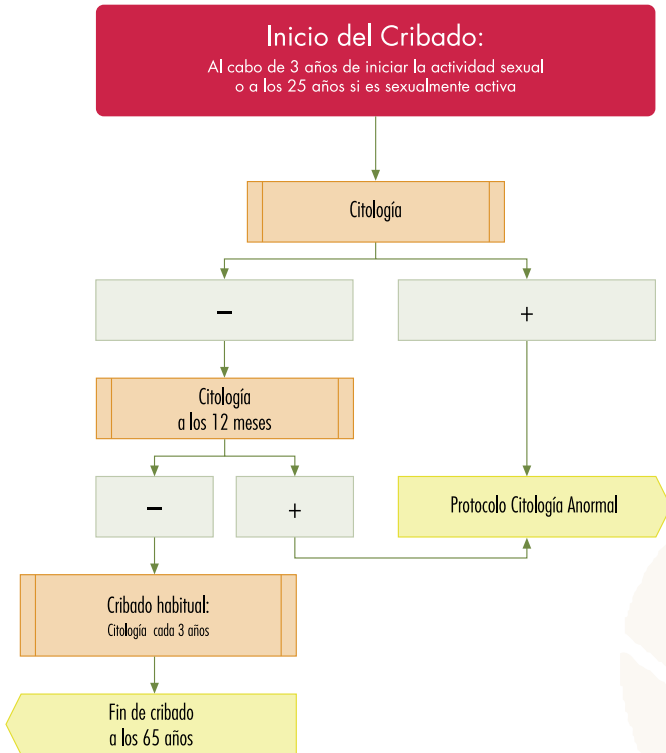
## Actividades

Se recomienda el cribado sistemático a mujeres incluidas en la población diana que son, o han sido, sexualmente activas y que tienen cuello uterino.

- Mujeres de 25 a 65 años: citología cervical, test de Papanicolaou, con una periodicidad anual en las dos primeras tomas y, si estas son negativas, continuar cada tres años.
- Mujeres menores de 25 años con más de tres años de relaciones sexuales: test de Papanicolaou con una periodicidad anual en las dos primeras tomas y, si estas son negativas, posteriormente cada tres años.
- Mujeres con riesgo elevado de desarrollar cáncer de cuello de útero: mujeres VIH positivas, inmunodeprimidas, otras infecciones de transmisión sexual, colectivos de riesgo (prostitución, exclusión social...), la periodicidad de la citología será anual.
- El cribado finaliza, si se ha cumplido adecuadamente el programa, a los 65 años.

Estas son las recomendaciones actuales generales en nuestra Comunidad, se basan en el conocimiento científico actual, la revisión de la experiencia internacional y las aportaciones de expertos en la materia. En cada caso particular, los profesionales sanitarios aplicarán su juicio clínico, pudiendo ocurrir que éste justifique una actuación diferente a la recomendación para la población general.

## Cribado de Cáncer de Cuello de Útero en Población Diana

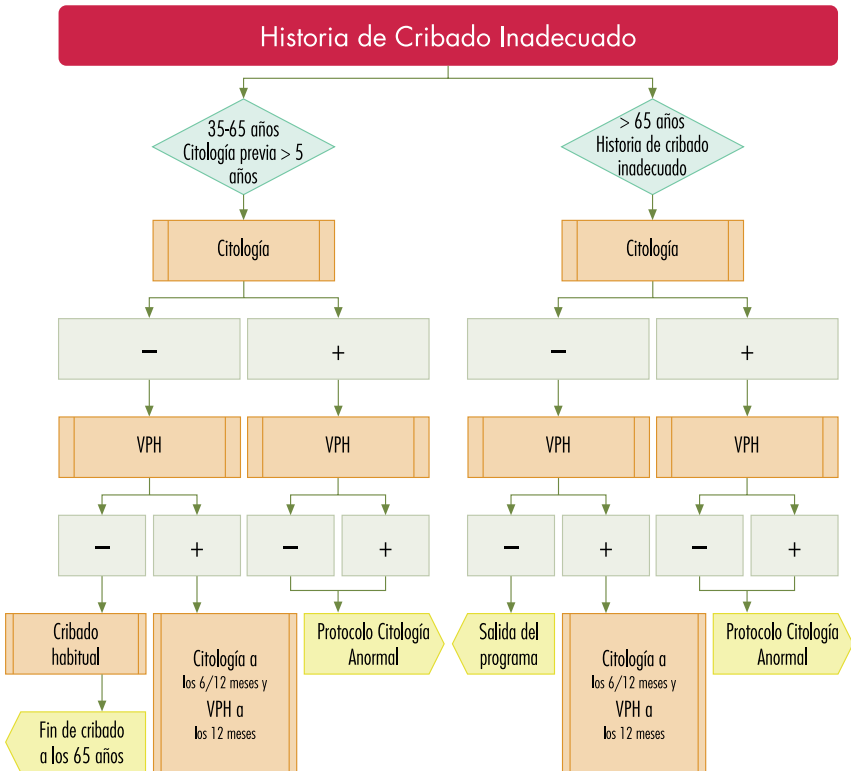




## Mujeres con Historia de Cribado Inadecuado

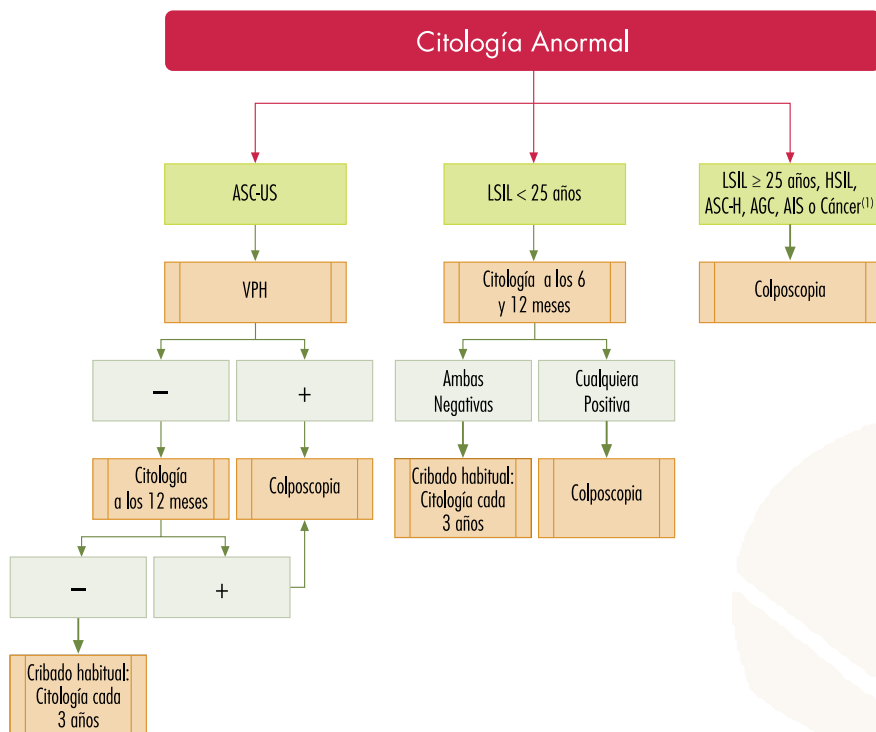
En las mujeres entre 35 y 65 años que no han cumplido adecuadamente el programa (más de cinco años sin realizar una citología): se asociará a la primera citología que se realice la determinación de VPH de alto riesgo oncogénico.

En las mujeres mayores de 65 años que nunca han realizado el cribado o no lo han realizado adecuadamente: citología y determinación de VPH de alto riesgo oncogénico antes de dar por finalizado el cribado. Si las dos pruebas son negativas no son necesarios estudios adicionales y puede darse por finalizado el cribado.



## Mujeres con Citología Anormal

En las mujeres con resultado anormal de la citología se realizará seguimiento clínico, virológico y anatomopatológico según proceda.



<sup>(1)</sup> ASC-H: Atipias que no permiten descartar HSIL  
 AGC: Atipias en células glandulares  
 AIS: Adenocarcinoma in situ





## Situaciones Especiales

1. Presencia de síntomas: aunque los resultados de la citología sean negativos, si aparecen manifestaciones clínicas se realizará estudio de patología cervical.
2. Control en gestantes: se aplicarán los criterios generales de cribado. Si la mujer no ha seguido las recomendaciones del cribado se aplicarán las pruebas para mujeres con cribado inadecuado en el primer trimestre del embarazo. Las decisiones clínicas que se adopten, en función de los resultados tendrán en cuenta el marco del seguimiento del embarazo.
3. Mujeres vacunadas después del inicio de la actividad sexual: se aplicarán las mismas recomendaciones establecidas para la población diana.

## Revisión de las recomendaciones

El constante avance del conocimiento científico en este área, las nuevas tecnologías introducidas en el cribado de cáncer de cuello de útero, así como la reciente introducción de la vacuna frente al virus del papiloma humano y las decisiones en políticas sanitarias, aconsejan la revisión de estas recomendaciones en un plazo no superior a tres años.

## Conflictos de interés

No se han declarado conflictos de interés.

## BIBLIOGRAFÍA

Resolución de 18 de Agosto de 2008, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, por la que se modifica el calendario oficial de vacunaciones infantiles (BOPA: N° 210 de 9 de septiembre de 2008).

European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2th Ed. International Agency for Research on Cancer. European Communities, 2008.

Huerta González Ismael. Vacunación frente al VPH en Asturias y nuevo calendario de vacunaciones infantiles para 2009. Servicio de Vigilancia y Alertas Epidemiológicas. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Asturias, agosto de 2008.

Descripción del cribado del cáncer en España. Proyecto DESCRIC. 2008.

Segura A. Políticas de salud (actuaciones poblacionales) en los servicios asistenciales. Informe SESPAS 2008 Gac Sanit. 2008; 22(supl1): 104-110.

Canadian Agency for drugs and technologies in health. Liquid-based techniques for cervical cancer screening: systematic review and cost effectiveness analysis. February 2008.

Grupo de trabajo de la Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones. Virus del papiloma Humano. Situación Actual, vacunas y perspectivas d su utilización. Febrero 2007.

Grupos de Expertos del PAPPS. Estrategias de prevención del cáncer. Aten Primaria 2007; 39 (Sup 3): 47-66.

Silvia de San José Llonguera. Ana M. García García. Virus del Papiloma humano y cáncer: epidemiología y prevención. 4ª Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. Sociedad Española de Epidemiología, 2006.

Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). HTA of cervical cancer screening and HPV testing. 2006.

Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de sanidad y Consumo, 2006.

Vacunas VPH y Cribado en la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino. Vaccine: Vol. 24, Suple. 3, Agosto 2006.

Prevención del cáncer de cuello uterino ante la vacunación frente al virus del papiloma humano. Progresos de Obstetricia y Ginecología. Vol 49 (Extraordinario 2), Nov 2006.



Protocolo de las Actividades para el Cribado de Cáncer de Cuello Uterino en la Atención Primaria. Instituto Catalán de Oncología. 2006.

Cribado del cáncer cervical en el área sanitaria III con el test VPH. Servicio de Calidad y Programas de Salud. Dirección General de Ordenación de Prestaciones Sanitarias. Gobierno del Principado de Asturias. Abril, 2006.

Programa de Atención al Cáncer 2005-2007 Principado de Asturias. Unidad de Coordinación de Atención al Cáncer. Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2005.

Institute for clinical System Improvement (ICSI). HPV DNA testing for the screening and monitoring of cervical cancer. 2005.

Schiffman M, Castle PE. The Promise of global cervical-cancer prevention. N Engl J Med, 2005; 353: 2101-04.

Cervix Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention. International Agency for Research on Cancer, 2005.

Stein K, Lewendon G, Jenkins R, Davis C. Improving uptake of cervical cancer screening in women with prolonged history of non-attendance for screening: a randomized trial of enhanced invitation methods. Journal of Medical Screening, 2005, 12 (4): 185-1989.

L'Agence Nationale d'accréditation d'évaluation en santé (ANAES). Assesment of human papilloma virus (HPV) testing in primary screening for cervical cancer in France. 2004.

Programa de Prevención de cáncer de cérvix en Atención Primaria. SESCAM, 2004.

Detección precoz de cáncer de cérvix. Generalitat Valenciana, 2004.

Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Cervix- Cáncer de Útero. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2002.

Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Cribado de cáncer de cérvix. Métodos convencionales y nuevos métodos. Revisión de la evidencia para su posible implantación en Galicia. Santiago de Compostela: Servicio Gallego de Saúde. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias, avaliat; 2002. Informes de Evaluación: INF2002/01.

Prevención y detección Precoz de Cáncer de cuello de Útero. Junta de Castilla y León.

The Danish Council of Ethics. Screening a report Version 1. Febr. 2001.

## HOJA DE SUGERENCIAS

Profesión: \_\_\_\_\_

Centro de trabajo: \_\_\_\_\_

Área Sanitaria \_\_\_\_\_

Con el fin de adecuar la información a sus necesidades, le agradeceríamos que nos hiciera llegar las sugerencias que considere oportunas.

### 1. VALORACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE ESTA GUÍA

- a) En relación con aspectos fundamentales en la detección precoz del cáncer de cuello de útero
  
- b) ¿Ayuda a la toma de decisiones ante diferentes situaciones que se pueden dar en relación con el cáncer de cuello de útero en el día a día?
  
- c) Información más relevante
  
- d) Información menos relevante

### 2. INFORMACIÓN QUE LE GUSTARÍA RECIBIR

- a) En relación con la prevención del cáncer de cuello de útero
  
- b) En relación con el cáncer de cuello de útero
  
- c) ¿Cómo le gustaría recibir esa información? (formato, frecuencia, medio)

### 3. OTROS COMENTARIOS

Puede remitir esta hoja a:

#### Servicio de Salud Poblacional

Dirección General de Salud Pública y Participación

C/ Ciriaco Miguel Vigil, nº 9, 33006 - OVIEDO

Fax: 985 10 65 88

E-mail: [saludpoblacional@asturias.org](mailto:saludpoblacional@asturias.org)







# PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO

recomendaciones para la detección precoz



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS  
CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS