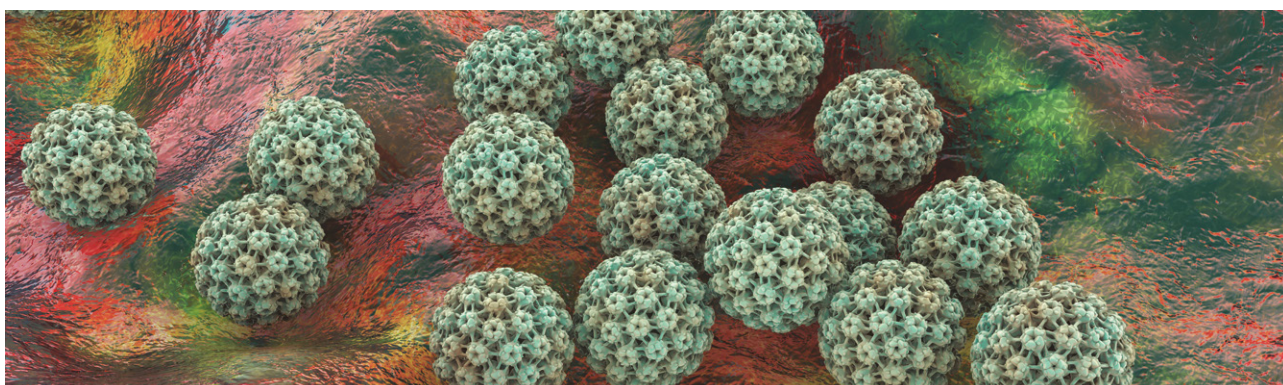


PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE **CÁNCER DE CÉRVIX**



Recomendaciones para su desarrollo
en el Principado de Asturias

INFORMACIÓN PARA PROFESIONALES

2ª versión previa a implantación
mayo 2023

Título

Programa de Cribado Poblacional de Cáncer de Cérvix
Recomendaciones para su desarrollo en el Principado de Asturias
Información para profesionales

Coordinación Institucional

Servicio de Salud Poblacional. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud.

Coordinación Técnica del Programa (revisión y recopilación)

María Azucena Fariñas Cabrero

José María Blanco González

Servicio de Salud Poblacional. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud.

Óscar Suárez Álvarez

Lucía Grande Álvarez

Emma Moatassim Fernández

Área de Coordinación Asistencial. Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

Óscar Evaristo Veiras Del Río

Subdirección de Atención Primaria y Salud Pública. SESPA.

Servicios de Información Sanitaria

José Ramón Quirós García

Sección de Información Sanitaria. Consejería de Salud.

Referencia sugerida:

Grupo de trabajo del Cribado Poblacional del Cáncer de Cérvix del Principado de Asturias. Programa de Cribado Poblacional de Cáncer de Cérvix. Recomendaciones para su desarrollo en el Principado de Asturias. Información para profesionales. Servicio de Salud Poblacional. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud del Principado de Asturias, 2023.

Diseño

etería

Oviedo, 2023

Grupo Asesor y/o Consultor

Ángel Martínez Martín

Beatriz Rodríguez-Vijande Alonso

Servicio de Ginecología. Hospital Universitario de Cabueñes. Área Sanitaria V.

José Ramón Riera Velasco

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Área Sanitaria IV.

Santiago Melón García

Servicio de Microbiología (Virología). HUCA. Área Sanitaria IV.

Grupo Revisor

Cristina Morales Martínez

Servicio de Ginecología. Fundación Hospital Jove. Área Sanitaria V.

Concesa Rodríguez Mon

Servicio de Ginecología. Hospital Universitario San Agustín. Área Sanitaria III.

Marta María Castillo Núñez

Servicio de Ginecología. Hospital Valle del Nalón. Área Sanitaria VIII.

José Argüelles Fernández

Servicio de Ginecología. Hospital Carmen y Severo Ochoa. Área Sanitaria II.

Yolanda Ruano Rodríguez

Servicio de Ginecología. HUCA. Área Sanitaria IV.

Ana Victoria Cortina Gash

Servicio de Ginecología. Hospital del Oriente de Asturias Francisco Grande Covián. Área Sanitaria VI.

Lucía González Pérez

Servicio de Ginecología. Hospital de Jarrio. Área Sanitaria I.

Ángel Sánchez del Río

Servicio de Ginecología. Hospital Vital Álvarez Buylla. Área Sanitaria VII.

Eva Pérez Anes

Matrona. Área Sanitaria III.

Emma Sánchez Valles

Matrona. Área Sanitaria VIII.

Belén Vega Álvarez

Matrona. Área Sanitaria V.

Cristina Cordero Bernardo

Matrona. Área Sanitaria IV.

María José Raneros Cartujo

Enfermería Atención Primaria. Área Sanitaria II.

Pilar Sánchez Vilchez

Enfermería Atención Primaria. Área Sanitaria IV.

María del Mar Rodríguez Rodríguez

Enfermería Atención Primaria. Área Sanitaria I.

María Rosa Fernández Fernández

Enfermería Atención Primaria. Área Sanitaria VII.

Marta Mínguez Picasso

Medicina Atención Primaria. Área Sanitaria III.

Lorena Rodríguez Solís

Medicina Atención Primaria. Área Sanitaria VIII.

Marta Eugenia González García

Medicina Atención Primaria. Área Sanitaria V.

Carmen González González

Medicina Atención Primaria. Área Sanitaria IV.

*A todos/as nuestro más sincero
agradecimiento por su colaboración.*

Contenido

01.		
Introducción	.....	05
02.		
Aspectos epidemiológicos del cáncer de cérvix	.....	07
2.1. Situación mundial	.....	07
2.2. Situación en el Principado de Asturias	.....	11
2.2.1. Mortalidad del cáncer de cérvix	.....	11
2.2.2. Incidencia del cáncer de cérvix	.....	15
03.		
Desarrollo del cáncer de cérvix	.....	17
3.1. Virus del Papiloma Humano (VPH)	.....	17
3.2. Historia natural del VPH y cáncer de cérvix	.....	19
3.3. Cofactores	.....	20
04.		
Prevención del cáncer de cérvix	.....	22
4.1. Prevención primaria	.....	23
4.1.1. Métodos barrera	.....	23
4.1.2. Vacunación frente al VPH	.....	23
4.2. Prevención secundaria	.....	26
05.		
Recomendaciones para el desarrollo del Programa de Cribado Poblacional de Cáncer de Cérvix en el Principado de Asturias	.....	28
5.1. Objetivos	.....	28
5.2. Estrategia de cribado poblacional de cáncer de cérvix	.....	29

5.3. Circuito del Programa	32
5.3.1. Invitación a la población diana	32
5.3.2. Criterios de exclusión	34
5.3.3. Otras situaciones	39
5.3.4. Actuación ante los resultados de la prueba de cribado	40
5.3.4.1. Algoritmo de actuación en el grupo de edad entre 25-34 años	41
5.3.4.2. Algoritmo de actuación en el grupo de edad entre 35-65 años	44
5.3.5. Derivación a Ginecología tras resultado positivo de cribado	47

06.

Evaluación del Programa	48
6.1. Indicadores	49
6.1.1. Alcance del cribado	49
6.1.2. Rendimiento de la prueba de detección	50
6.1.3. Evaluación diagnóstica, tratamiento y seguimiento postratamiento	53
6.1.4. Otros indicadores	55

07.

Abreviaturas	56
---------------------------	----

08.

Referencias bibliográficas	58
---	----

09.

Anexos	63
Anexo I. Modo correcto de usar condón masculino	63
Anexo II. Modo correcto de usar condón femenino	64
Anexo III. Cómo usar barrera bucal para tener sexo oral	65
Anexo IV. Derivación a Ginecología algoritmo cribado 25-34 años	66
Anexo V. Sistema Bethesda 2014	68
Anexo VI. Derivación a Ginecología algoritmo cribado 35-65 años	69
Anexo VII. Citología con presencia de células endometriales	71

01.

Introducción

Actualmente, en el Principado de Asturias, el cribado de cáncer de cérvix o cuello uterino (CCU), es de tipo oportunista, este modelo aprovecha para su captación la consulta realizada por la persona a los servicios sanitarios. Este tipo de cribado dificulta la obtención de una cobertura óptima, y supone déficits en la equidad y eficiencia. Esto explica que la mayoría de los CCU en nuestro país ocurren en mujeres sin cribado previo o cribado inadecuado. El objetivo principal del cribado es reducir la incidencia y mortalidad por CCU, mediante la detección precoz de las lesiones precursoras del cáncer invasor.

El 1 de julio de 2019 entró en vigor la orden de actualización de la cartera de servicios de la sanidad pública del SNS (Orden SCB/480/2019) que obliga a las CCAA a implantar un cribado poblacional de cáncer de cérvix de manera progresiva y en el plazo de cinco años.

La Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud junto con el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) ha constituido un grupo de trabajo para diseñar la estrategia que permita implantar de forma homogénea el cribado poblacional de cáncer de cérvix en todas las Áreas de Salud.

Se ha podido constatar que las distintas áreas sanitarias presentan diferencias organizativas a la hora de desarrollar las actividades propias del cribado de cáncer de cérvix. Por ello, parece oportuno establecer un marco homogéneo, así como los elementos necesarios para el desarrollo y despliegue de un programa de cribado poblacional:

- Formar un equipo coordinador del programa, que de forma conjunta establecerá las bases y el diseño del programa poblacional.
- Centralizar el procesamiento de las pruebas del cribado poblacional realizadas en Atención Primaria, de todas las Áreas de Salud, en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).
- Convertir la detección del VPH-AR (Virus del Papiloma Humano de Alto Riesgo) en la prueba primaria de cribado en las mujeres de la población diana a partir de 35 años.
- Instaurar la citología en base líquida (CBL) como medio de recogida de las muestras, en todas las Áreas de Salud, aumentando así la calidad del procesamiento de las mismas.

- Implantar una herramienta informática que permita realizar una adecuada gestión y evaluación del programa.
- Iniciar el despliegue del programa primero con un pilotaje, previsto en el Área V, para posteriormente hacerlo extensivo al resto de las áreas del Mapa Sanitario de Asturias.

La implantación de este programa de cribado poblacional se debe realizar progresivamente dada la complejidad que supone su puesta en marcha con las adecuadas garantías de calidad. Este cambio supondrá un importante reto organizativo, por lo que se necesitará un periodo de adaptación, acorde con la realidad de las 8 Áreas de Salud del Principado de Asturias. Corresponderá a cada área adaptar estas recomendaciones a sus características, para poder desarrollar dicho programa.

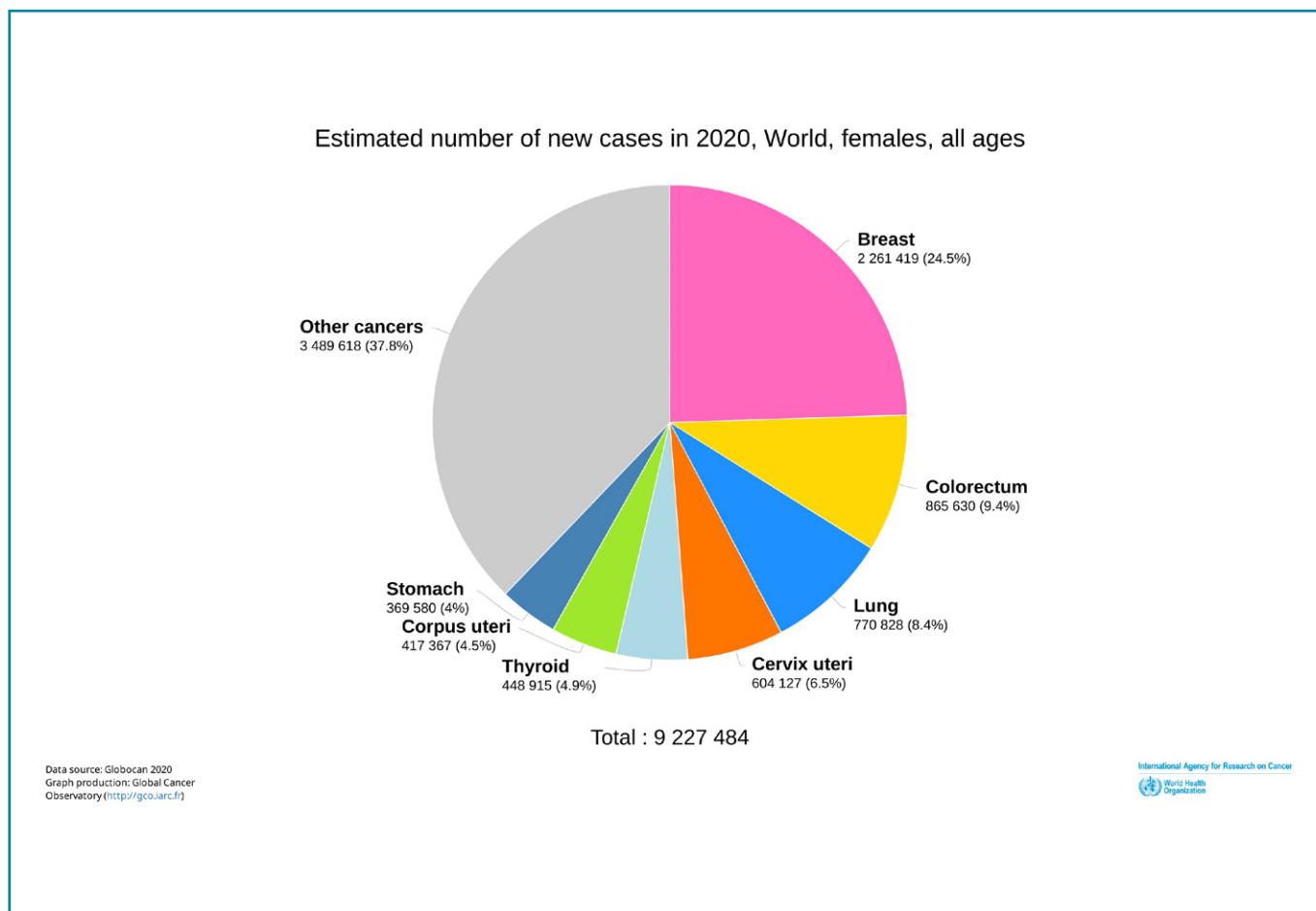
La conversión de un cribado oportunista a un cribado poblacional organizado debe ser gradual de manera que en el plazo de 10 años, a contar desde la entrada en vigor de la Orden SCB/480/2019, la cobertura entendida como invitación a participar, se aproximará al 100%.

Es importante adoptar un discurso adecuado que explique los beneficios del cribado en términos de disminución del riesgo y no de garantía diagnóstica o de protección. Los diferentes ámbitos sanitarios, de manera unificada, deben transmitir a la ciudadanía expectativas realistas sobre el cribado, con el objetivo de reducir el impacto negativo que puede tener el acabar desarrollando la enfermedad (o sus complicaciones) a pesar de haber tenido un resultado negativo en el cribado, o que la persona no se llegue a curar a pesar de que la enfermedad se haya detectado a través del programa.

02.

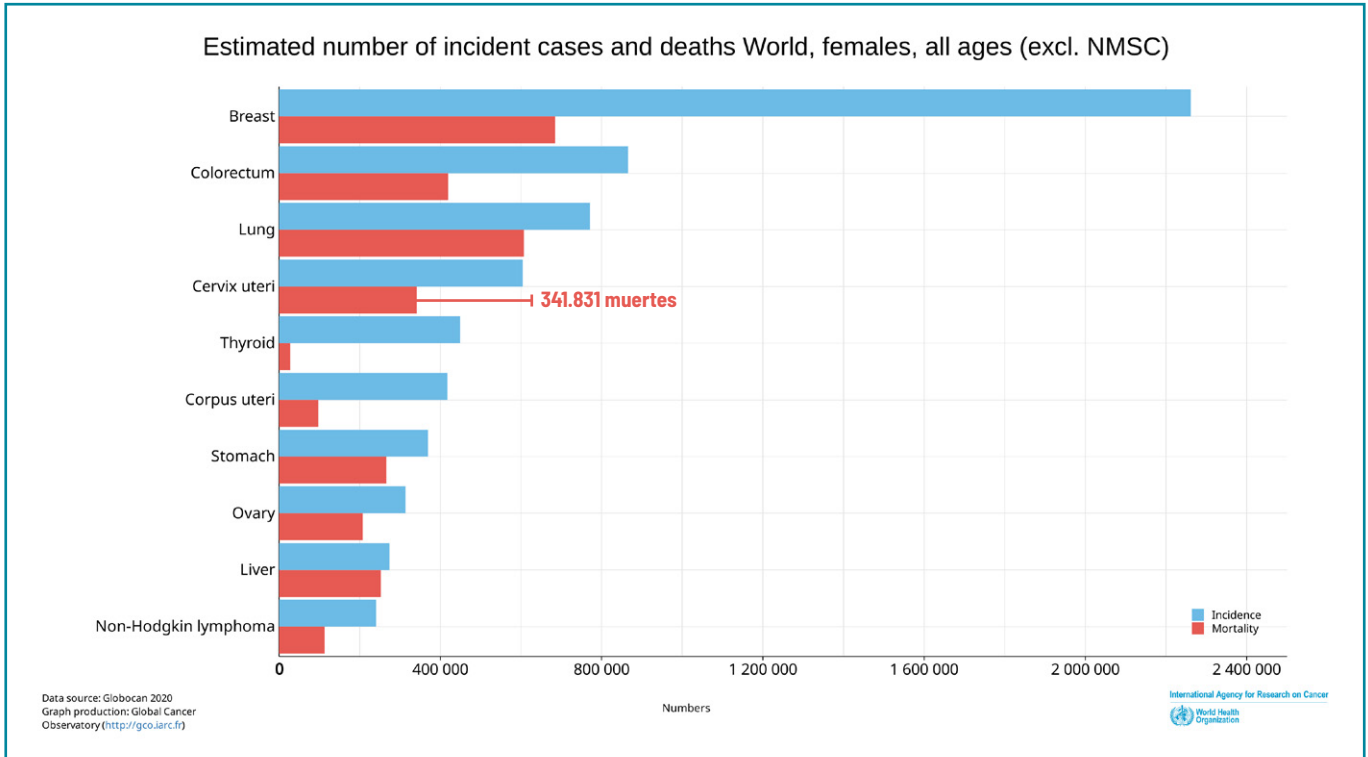
Aspectos epidemiológicos del cáncer de cérvix

2.1. Situación mundial



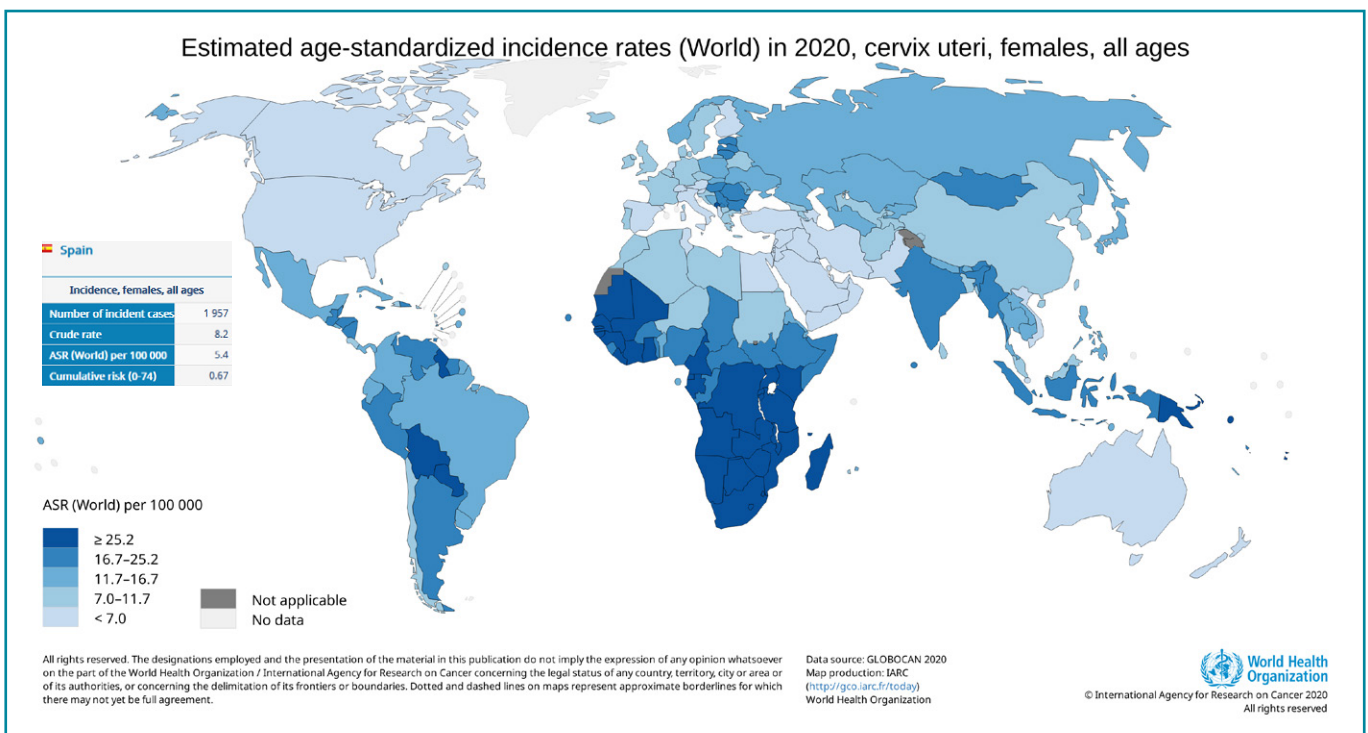
Fuente: Globocan 2020, Graph production: Global Cancer Observatory. <https://gco.iarc.fr/>

Según los datos del Global Cancer Observatory (GCO) publicados en 2020, el cáncer de cérvix es la 4ª neoplasia más frecuente, entre las mujeres a nivel mundial, se calcula que en 2020 se diagnosticaron unos 604.127 nuevos casos, suponiendo un 6.5% de los cánceres en mujeres y se registraron un total de 341.831 muertes.

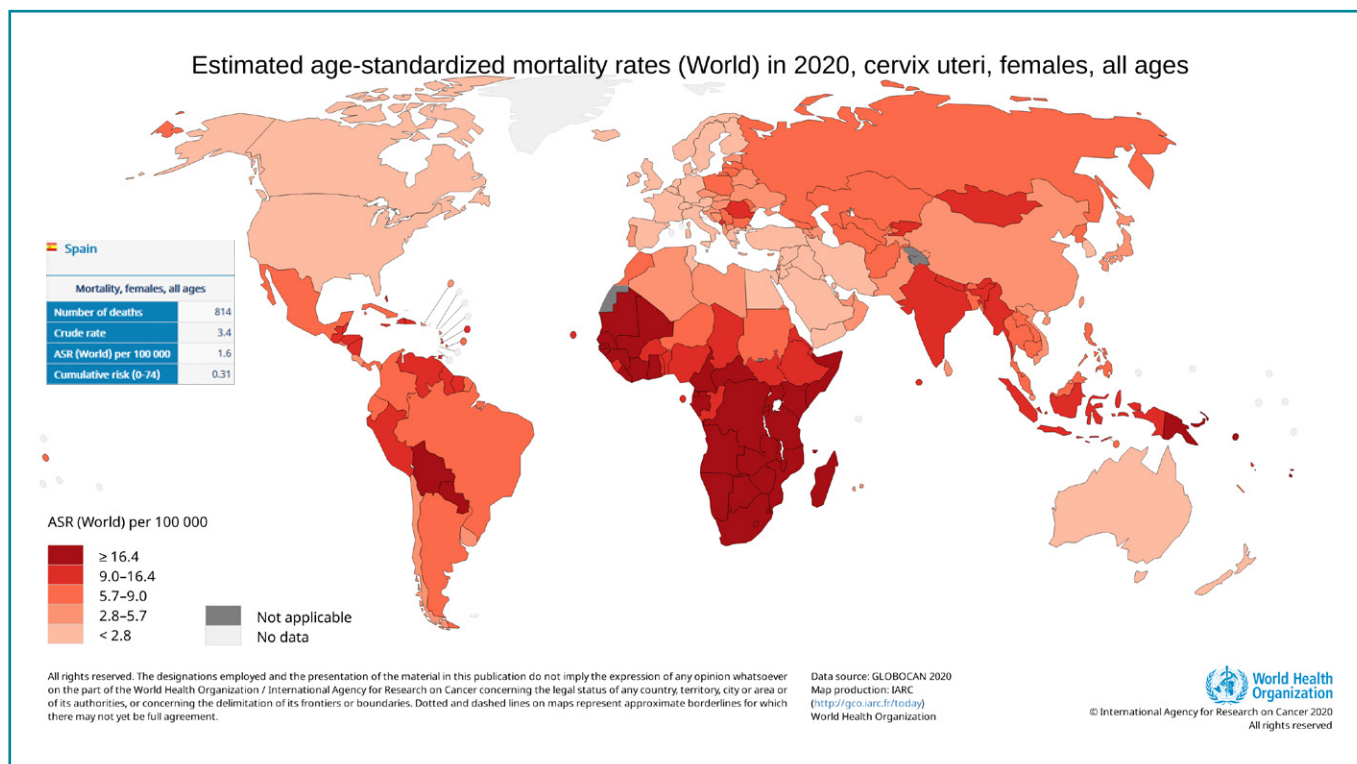


Fuente: Adaptado de Globocan 2020, Graph production: Global Cancer Observatory. <https://gco.iarc.fr/>

Las tasas de incidencia y de mortalidad más altas se producen en los países con un nivel de ingresos bajo. En España la estimación de la tasa de incidencia estandarizada por edad en 2020 fue 5,4 por 100.000 mujeres y año, mientras que la tasa de mortalidad fue 1,6.



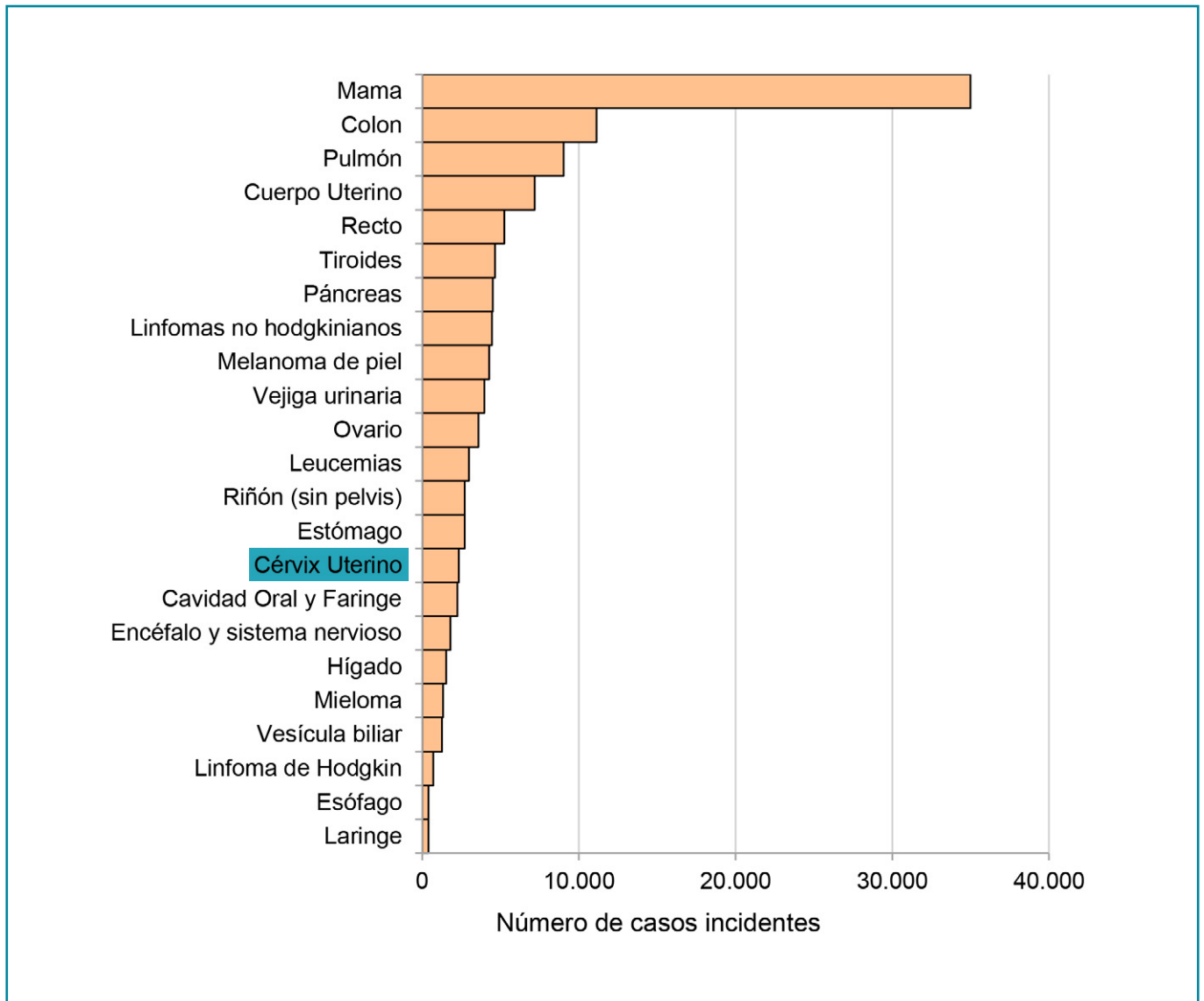
Fuente: Adaptado de Globocan 2020, Map production: IARC. <https://gco.iarc.fr/today/home>



Fuente: Adaptado de Globocan 2020, Map production: IARC. <https://gco.iarc.fr/today/home>

Según los datos extraídos del estudio elaborado por REDECAN (Red Española de Registros de Cáncer), en el que participan los siguientes registros poblacionales de cáncer: Albacete, Asturias, Canarias (Gran Canaria y Tenerife), Castellón, Castilla y León (Salamanca), Ciudad Real, Cuenca, Euskadi, Girona, Granada, La Rioja, Mallorca, Murcia, Navarra y Tarragona, las estimaciones para el año 2023 en el número de casos incidentes en España coloca al cáncer de cérvix en la 15ª posición (gráfico 1), muy alejado del lugar que ocupa en el ranking mundial.

Gráfico 1. Número estimado de casos incidentes de cáncer en España por tipo tumoral, 2023. Mujeres.



Fuente: Red Española de Registros de Cáncer. <https://redecán.org/es>

Como se refleja en el informe de REDECAN, de enero de 2023, hay que tener en cuenta que la pandemia de Covid-19 ha afectado a los cribados de cáncer en mayor o menor medida por lo que, con toda probabilidad, aunque no se sabe en qué magnitud, el número real de cánceres diagnosticados en 2020 fue menor al que se había estimado sin la pandemia. Por lo tanto, las estimaciones de la incidencia realizadas tanto para España como a nivel mundial de cáncer para 2020 fueron con mucha probabilidad sobreestimaciones respecto a la incidencia real, ya que dichas estimaciones se realizan a partir de proyecciones realizadas con datos de los registros de cáncer de población de años anteriores, y usando métodos estadísticos que son válidos si no se producen fenómenos, como ha sido la pandemia, que alteren significativamente la capacidad diagnóstica. Por tanto, las estimaciones de incidencia de 2023 que se presentan en dicho informe deben entenderse como la incidencia que habría si no hubiera habido pandemia.

2.2. Situación en el Principado de Asturias

2.2.1.

Mortalidad del cáncer de cérvix

La tasa de mortalidad ajustada por edad de cáncer de cérvix en 2021 en el Principado de Asturias fue 2,8 por 100.000 mujeres, siendo la causa de defunción de 26 mujeres en dicho año. La evolución de las tasas de mortalidad por este cáncer en los últimos años en el Principado de Asturias se puede observar en la tabla 1.

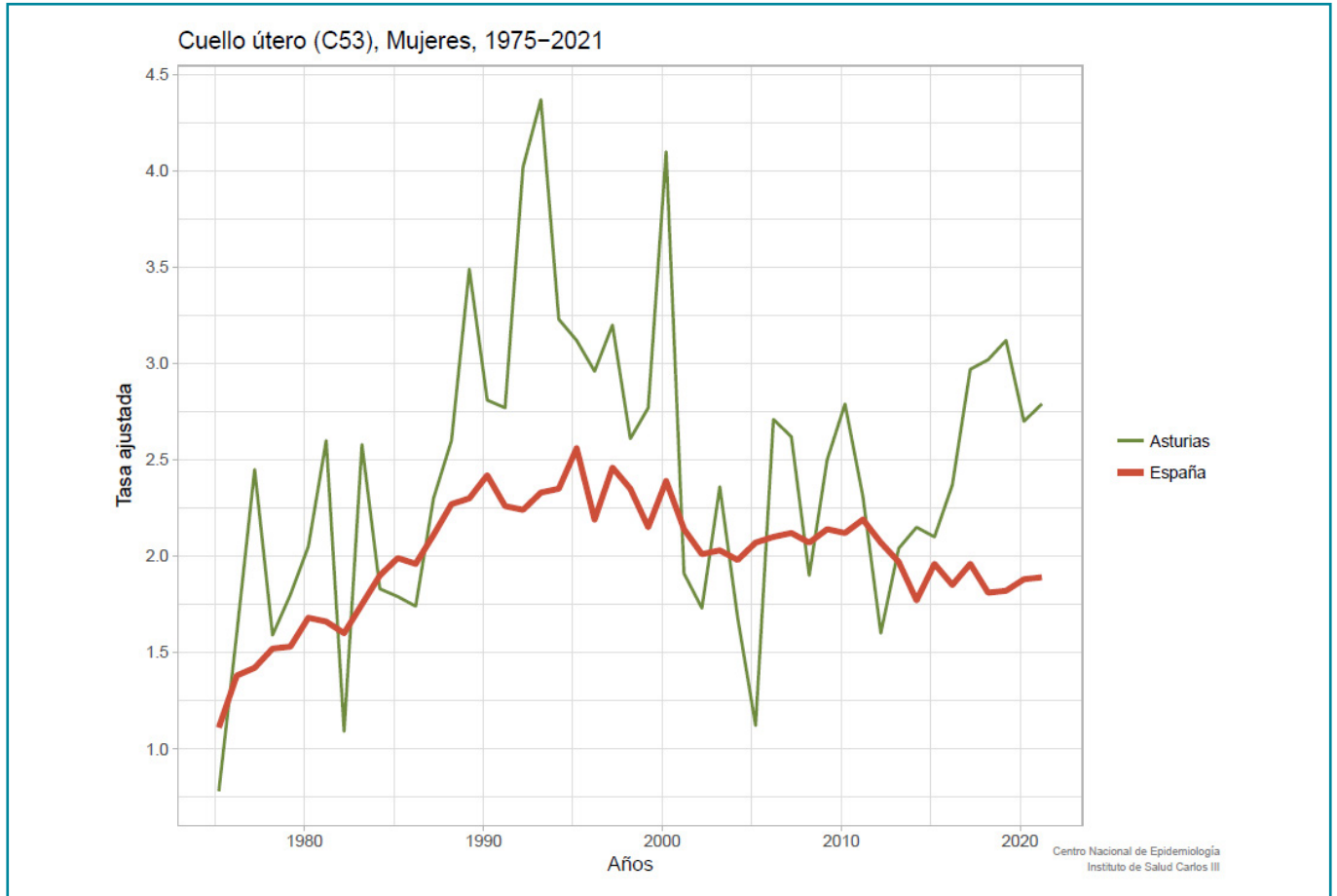
Tabla 1. Número de fallecidos y tasas de mortalidad por tumor maligno del cuello de útero (CIE-10: C53) en Asturias 2000-2021.

Asturias

Año	Número	TB	TAE	Año	Número	TB	TAE
2000	30	5,4	4,1	2011	20	3,6	2,3
2001	18	3,3	1,9	2012	16	2,9	1,6
2002	14	2,5	1,7	2013	17	3,1	2,0
2003	17	3,1	2,4	2014	23	4,2	2,1
2004	14	2,5	1,7	2015	25	4,6	2,1
2005	12	2,2	1,1	2016	25	4,6	2,4
2006	22	4,0	2,7	2017	29	5,4	3,0
2007	25	4,5	2,6	2018	29	5,4	3,0
2008	14	2,5	1,9	2019	30	5,6	3,1
2009	24	4,4	2,5	2020	27	5,1	2,7
2010	24	4,3	2,8	2021	26	4,9	2,8

TB: Tasa bruta x 100.000. TAE: Tasa ajustada por edad a la población europea estándar OMS x 100.000. Fuente: Registro de Mortalidad de Asturias. Sección de Información Sanitaria (inforsan). Servicio de Salud Poblacional. Dirección General de Salud Pública a partir de datos primarios de INE y SADEI.

Según los datos del servidor interactivo de información epidemiológica (Ariadna) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), podemos ver en el siguiente gráfico la tasa, ajustada a la población europea, de mortalidad para cáncer de cuello uterino, homologado a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), en Asturias desde el año 1975 hasta 2021 y su comparativa con España:



Fuente: Servidor interactivo de información epidemiológica (ARIADNA) del ISCIII. <https://ariadna.isciii.es/>

Tabla 2. Distribución por grupos de edad y año: número absoluto de fallecidos por tumor maligno del cuello de útero (CIE-10: C53) Asturias 2000-2021.

Edad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
00-04	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
05-09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	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	0	0
20-24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25-29	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30-34	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
35-39	1	1	1	2	0	1	1	1	0	0	1	1	1	2	0	0	0	1	0	1	1	2
40-44	4	0	0	1	1	0	4	1	3	1	1	0	1	1	2	1	0	2	1	1	0	2
45-49	1	2	1	1	1	0	4	2	2	1	1	2	0	2	0	2	3	3	2	2	1	1
50-54	5	3	1	2	2	0	0	1	1	3	5	3	0	2	2	2	1	3	3	3	3	1
55-59	2	0	1	4	0	2	1	2	1	1	1	1	2	1	5	2	0	1	5	2	1	4
60-64	3	0	1	0	1	0	1	0	0	4	2	2	1	2	1	1	5	2	1	4	3	2
65-69	2	0	2	2	4	1	1	4	3	1	3	1	1	2	0	2	2	3	5	5	2	3
70-74	4	4	2	3	0	1	6	3	1	3	2	2	2	0	2	1	3	3	4	1	3	1
75-79	4	3	3	0	2	3	0	4	2	3	3	1	1	2	1	1	3	1	0	3	3	2
80-84	1	4	1	1	3	2	3	3	0	2	2	1	1	0	5	6	4	5	3	2	3	3
85+	2	1	0	1	0	2	1	4	1	5	3	5	5	3	5	7	4	5	5	6	6	5
Total	30	18	14	17	14	12	22	25	14	24	24	20	16	17	23	25	25	29	29	30	27	26

Fuente: Registro de Mortalidad de Asturias. Sección de Información Sanitaria (inforSan). Servicio de Salud Poblacional. Dirección General de Salud Pública a partir de datos primarios de INE y SADEI.

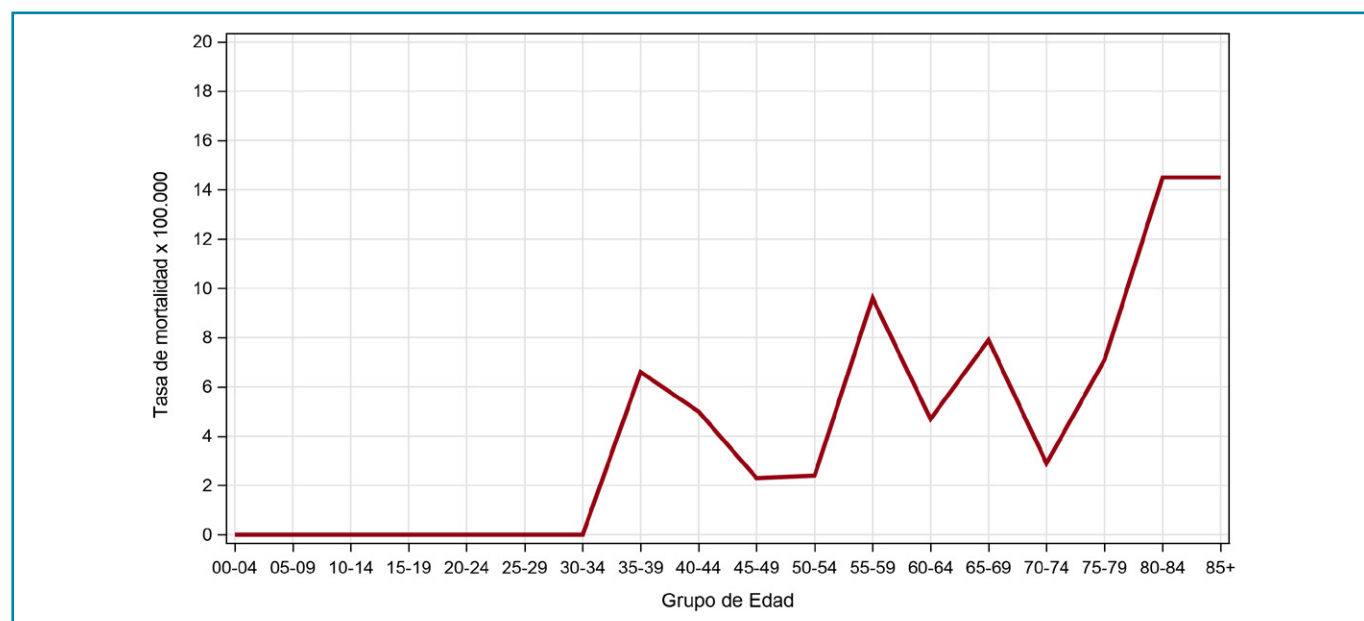
En el periodo analizado no se ha producido ninguna defunción por debajo de los 25 años de edad. Desde el 2012 no se ha registrado ningún fallecimiento por debajo de los 29 años de edad (tabla 2).

Tabla 3. Distribución por grupo de edad y año: tasas de mortalidad por 100.000 por tumor maligno del cuello del útero (CIE-10: C53) Asturias 2000-2021.

Edad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
00-04	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
05-09	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	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	0,0	0,0	0,0	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	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
25-29	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
30-34	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	0,0
35-39	2,5	2,5	2,5	5,1	0,0	2,6	2,5	2,5	0,0	0,0	2,4	2,3	2,3	4,7	0,0	0,0	0,0	2,7	0,0	3,0	3,1	6,6	6,6
40-44	9,6	0,0	0,0	2,4	2,4	0,0	9,8	2,5	7,5	2,5	2,5	0,0	2,5	2,4	4,8	2,4	0,0	4,7	2,4	2,4	0,0	5,0	5,0
45-49	2,6	5,1	2,5	2,4	2,4	0,0	9,4	4,7	4,7	2,4	2,4	4,8	0,0	4,8	0,0	4,9	7,4	7,3	4,8	4,8	2,4	2,3	2,3
50-54	13,6	8,1	2,7	5,3	5,3	0,0	0,0	2,5	2,4	7,2	11,8	7,1	0,0	4,6	4,7	4,7	2,4	7,2	7,2	7,3	7,3	2,4	2,4
55-59	6,6	0,0	3,0	11,4	0,0	5,5	2,7	5,4	2,7	2,6	2,6	2,5	5,0	2,4	11,8	4,7	0,0	2,3	11,7	4,7	2,4	9,6	9,6
60-64	10,3	0,0	3,7	0,0	3,5	0,0	3,2	0,0	0,0	11,3	5,5	5,5	2,7	5,4	2,7	2,6	12,8	5,0	2,5	9,6	7,1	4,7	4,7
65-69	5,6	0,0	5,9	6,2	13,2	3,5	3,7	15,1	11,2	3,6	10,3	3,2	3,1	5,7	0,0	5,5	5,6	8,3	13,7	13,7	5,4	7,9	7,9
70-74	11,8	11,6	5,8	8,6	0,0	2,9	18,0	9,3	3,3	10,4	7,4	7,7	7,9	0,0	7,5	3,5	9,9	9,4	11,9	2,9	8,6	2,9	2,9
75-79	14,2	10,4	10,2	0,0	6,6	9,7	0,0	12,7	6,3	9,5	9,6	3,3	3,4	6,9	3,7	4,0	12,6	4,4	0,0	12,1	11,3	7,1	7,1
80-84	5,3	20,3	4,9	4,7	13,4	8,6	12,6	12,3	0,0	7,9	7,8	3,8	3,8	0,0	17,8	21,6	14,6	18,8	11,9	8,6	13,7	14,5	14,5
85+	11,7	5,6	0,0	5,4	0,0	10,1	4,9	18,7	4,5	21,4	12,3	19,6	18,8	10,4	16,7	22,8	12,6	15,4	15,0	17,6	17,4	14,5	14,5
Total	5,4	3,3	2,5	3,1	2,5	2,2	4,0	4,5	2,5	4,4	4,3	3,6	2,9	3,1	4,2	4,6	4,6	5,4	5,4	5,6	5,1	4,9	4,9

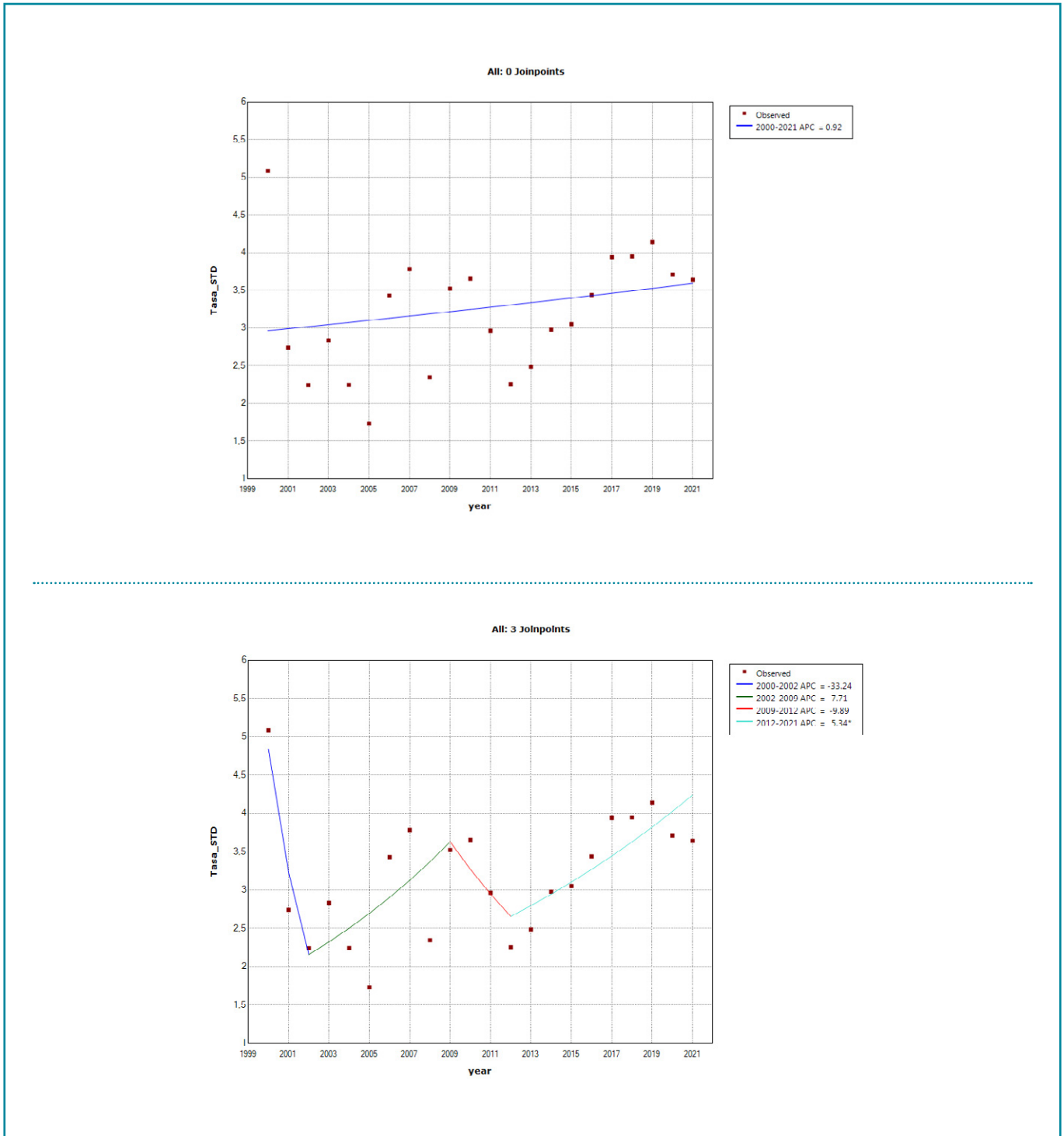
Fuente: Registro de Mortalidad de Asturias. Sección de Información Sanitaria (inforsan). Servicio de Salud Poblacional. Dirección General de Salud Pública a partir de datos primarios de INE y SADEI.

Gráfico 2. Tasas de mortalidad por 100.000 por tumor maligno del cuello de útero (CIE-10: C53) por grupo de edad, Asturias 2021.



Fuente: Registro de Mortalidad de Asturias. Sección de Información Sanitaria (inforsan). Servicio de Salud Poblacional. Dirección General de Salud Pública a partir de datos primarios de INE y SADEI.

Gráfico 3. Tendencias en mortalidad del cáncer de cuello de útero Asturias 2000-2021.



Fuente: Registro de Tumores del Principado de Asturias. Sección de Información Sanitaria. Servicio de Salud Poblacional. Dirección General de Salud Pública (DGSP).

La evolución de las tasas de mortalidad a lo largo del periodo 2000-2021 presenta un tendencia muy discretamente ascendente, con un Porcentaje Anual de Cambio (APC) de 0,92 (no significativo, IC 95% del APC -0,7 a 2,6), sin embargo, a partir de 2012 el APC crece significativamente (IC 95% del APC 0,1 a 10,9) a un ritmo del 5,34% anual.

2.2.2.

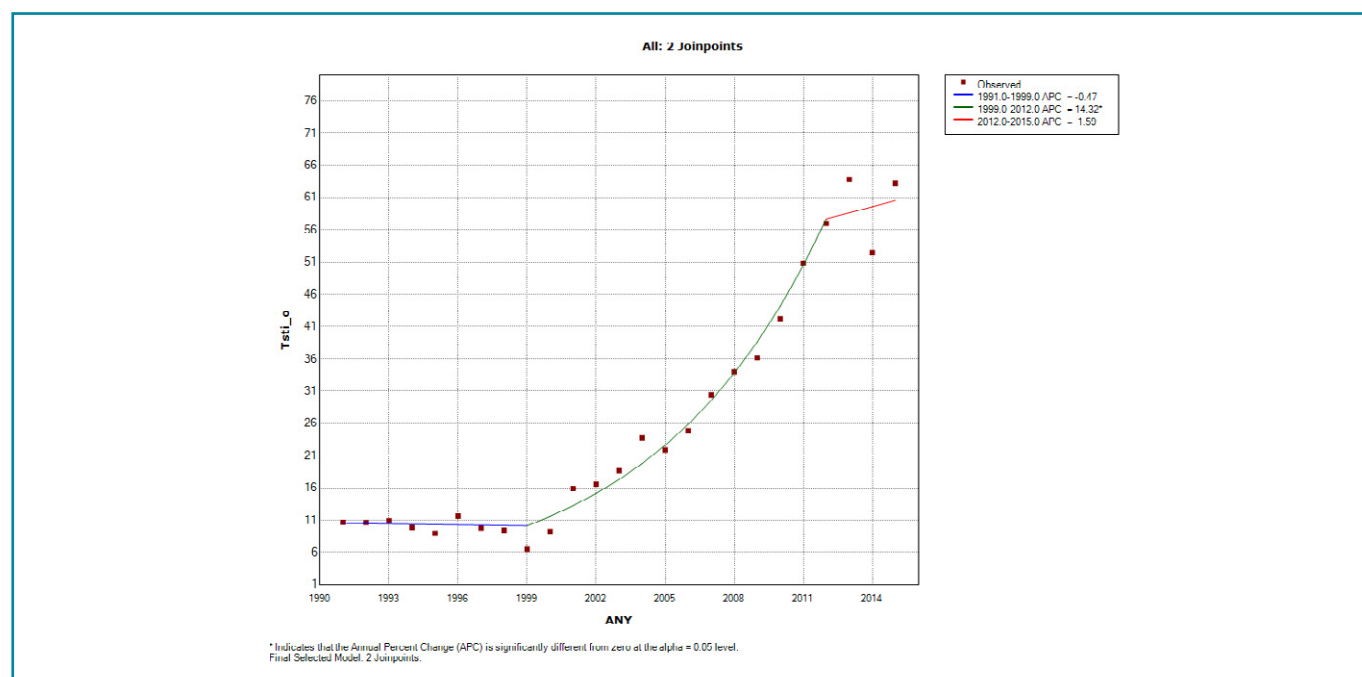
Incidencia del cáncer de cérvix

Tabla 4. Casos, tasas crudas y ajustadas de todos CCU (CIE-0-3: C53) por edad y año e intervalos confianza tasas (x100.000). Asturias 2001-2015.

		Asturias													
Año	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Número	106	103	122	144	134	153	186	209	221	247	299	327	347	296	340
TB	19,16	18,63	22,09	26,09	24,28	27,74	33,68	37,82	40,06	44,74	54,27	59,60	62,66	53,87	62,44
TAE	15,88	16,57	18,67	23,74	21,86	24,85	30,40	33,98	36,17	42,23	50,80	57,02	63,83	52,48	63,22
LímInf	14,69	15,36	17,37	22,23	20,42	23,31	28,68	32,15	40,23	48,58	54,70	54,70	61,40	50,30	60,85
LímSup	17,11	17,84	20,03	25,30	23,35	26,44	32,17	35,86	38,07	44,28	53,07	59,38	66,30	54,70	65,65

TB: Tasa bruta x 100.000. TAE: Tasa ajustada por edad a la población europea estándar OMS x 100.000. LímInf: Límite inferior del intervalo de confianza. LímSup: Límite superior del intervalo de confianza. Fuente: Registro de Tumores del Principado de Asturias. Sección de Información Sanitaria (inforsan). Servicio de Salud Poblacional. DGSP.

Gráfico 4. Tendencias en incidencia de todos CCU (CIE-0-3: C53). Asturias 1991-2015.



Fuente: Registro de Tumores del Principado de Asturias. Sección de Información Sanitaria. Servicio de Salud Poblacional. DGSP.

La evolución de las tasas de incidencia de todos los CCU a lo largo del periodo 1999-2012 (desde 2002 se incluye CIN III/in situ sistemáticamente) presenta un tendencia ascendente, con un APC de 14,32 (estadísticamente significativo, IC 95% del APC 12,4 a 16,3). Del 2012 al 2015 el ritmo anual de crecimiento es de 1,59% (no significativo, IC 95% del APC -7,6 a 11,7).

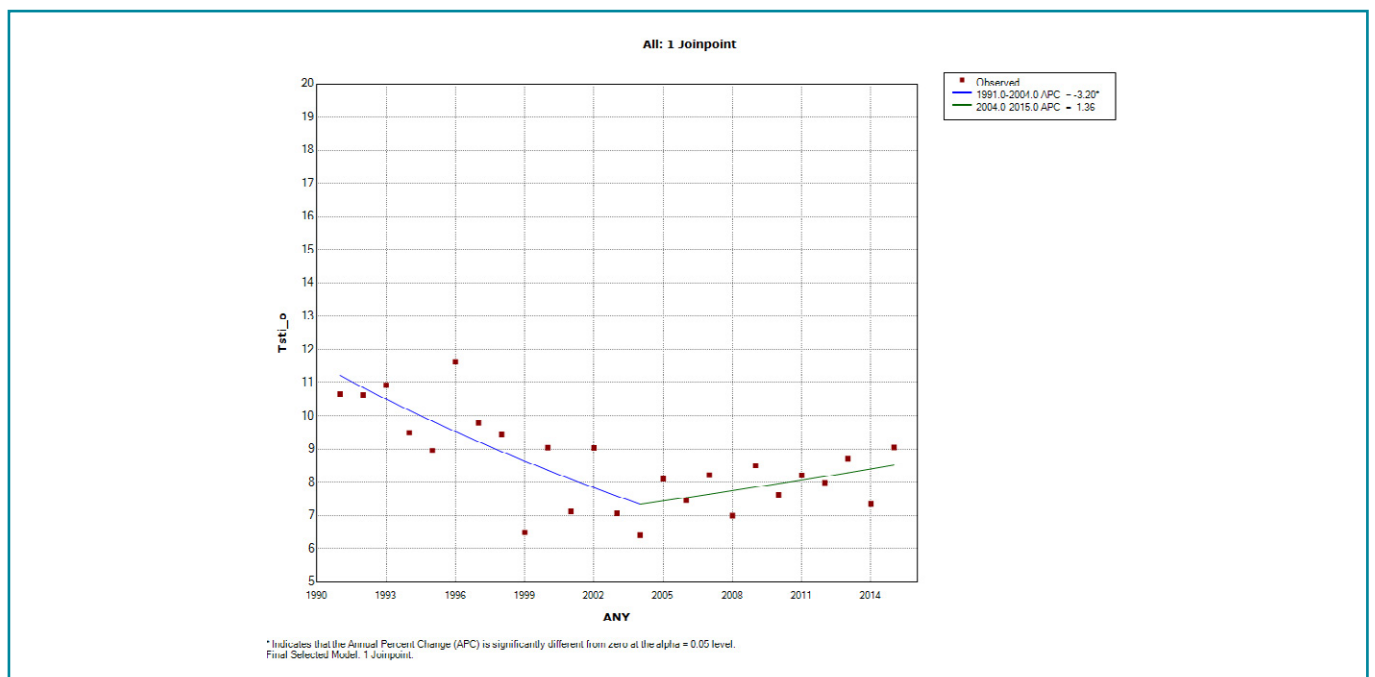
Tabla 5. Casos, tasas crudas y ajustadas de CCU invasivo por edad y año e intervalos confianza tasas (x100.000). Asturias 2001-2015.

Asturias

Año	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Número	56	58	55	45	55	51	57	49	63	58	59	59	61	59	66
TB	10,12	10,49	9,96	8,15	9,97	9,25	10,32	8,87	11,42	10,51	10,71	10,75	11,02	10,74	12,12
TAE	7,12	9,03	7,06	6,40	8,10	7,45	8,22	6,99	8,50	7,62	8,21	7,98	8,70	7,35	9,04
LímInf	6,39	8,17	6,33	5,67	7,27	6,66	7,39	6,22	7,67	6,84	7,38	7,19	7,82	6,57	8,15
LímSup	7,88	9,94	7,83	7,17	8,97	8,29	9,09	7,81	9,38	8,43	9,08	8,82	9,63	8,16	9,98

TB: Tasa bruta x 100.000. TAE: Tasa ajustada por edad a la población europea estándar OMS x 100.000. LímInf: Límite inferior del intervalo de confianza. LímSup: Límite superior del intervalo de confianza. Fuente: Registro de Tumores del Principado de Asturias. Sección de Información Sanitaria (inforsan). Servicio de Salud Poblacional. DGSP.

Gráfico 5. Tendencias en incidencia del CCU invasivo. Asturias 1991-2015.



Fuente: Registro de Tumores del Principado de Asturias. Sección de Información Sanitaria. Servicio de Salud Poblacional. DGSP.

Sin embargo, si consideramos solamente las tasas de incidencia del cáncer de cérvix invasivo el APC es de -3,20 (estadísticamente significativo, IC 95% del APC -4,8 a -1,6) en el periodo 1991 a 2004, es decir, presenta una tendencia descendente, la cual se vuelve ascendente durante el periodo 2004 a 2015 con un ritmo anual de crecimiento de 1,36% (no significativo, IC 95% del APC -0,8 a 3,6).

03.

Desarrollo del cáncer de cérvix

Hay cuatro etapas necesarias en el desarrollo del CCU que podemos ver en el siguiente esquema:



VPH-AR: Virus del Papiloma Humano de Alto Riesgo; MB: Membrana.

El CCU es la etapa final poco frecuente de una infección por VPH en el cérvix no resuelta, en la que persiste el ADN del VPH en muestras cervicales. Esta persistencia de la infección por VPH en el cérvix es una condición necesaria para el desarrollo del CCU.

3.1. Virus del papiloma humano (VPH)

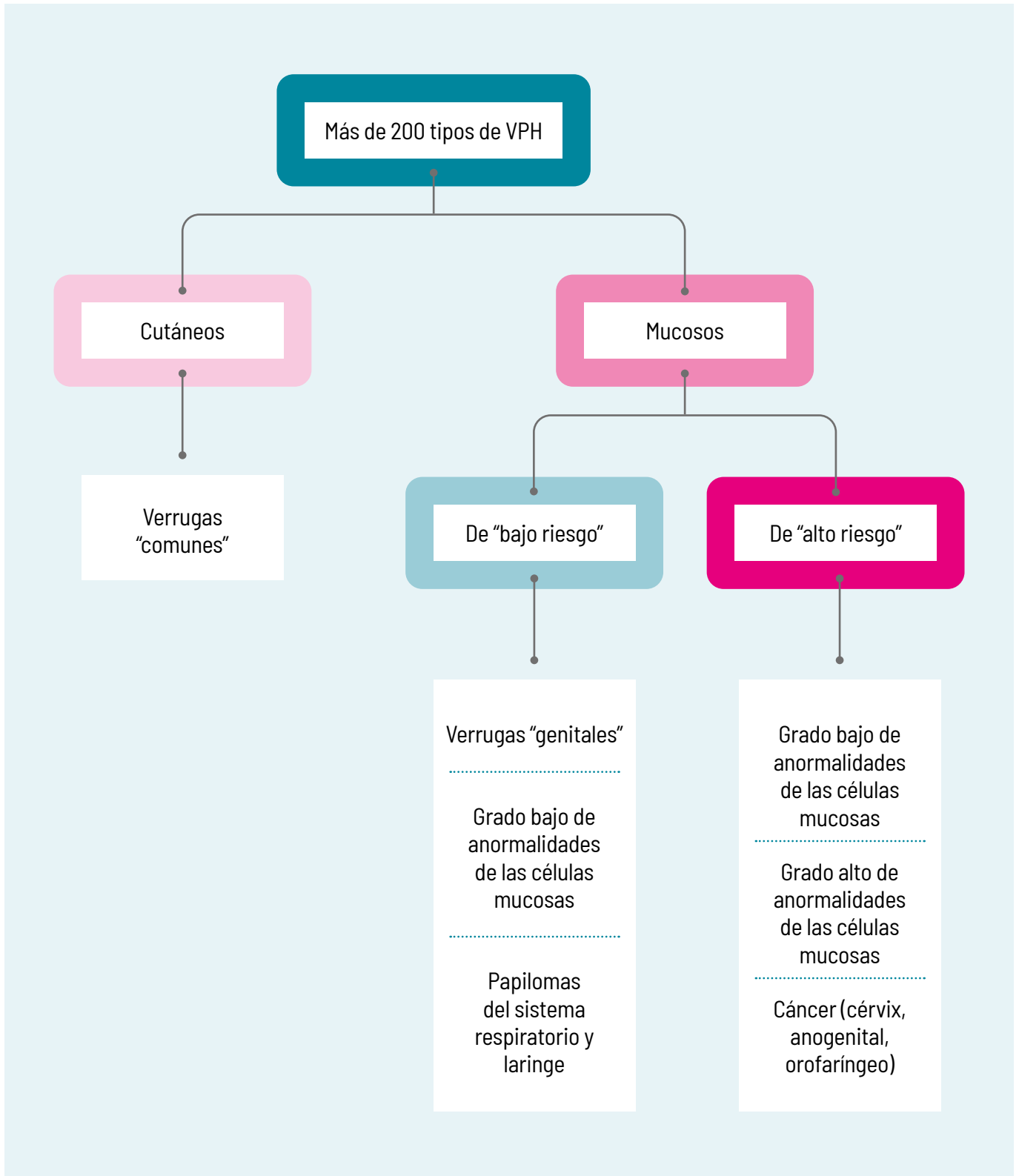
Los VPH forman parte de la familia Papillomaviridae, y pertenecen al género Papillomavirus. Son virus pequeños sin envoltura y su genoma está constituido por ADN circular de doble cadena, recubierto por una cápside icosaédrica.

Según su tropismo se clasifican (figura 1) en cutáneos (infectan la piel) y en mucosos (infectan superficies mucosas), y según su potencial oncogénico se clasifican como de alto y bajo riesgo (VPH-AR y VPH-BR).

Hay descritos más de 200 genotipos de VPH, los cuales tienen tropismo por epitelios escamosos estratificados, infectando piel, mucosa oral y/o del tracto ano-genital.

Aproximadamente 40 pueden infectar la mucosa anogenital, entre los de bajo riesgo (VPH-BR) los más importantes son los tipos 6 y 11 que producen verrugas genitales tanto en hombres como en mujeres, y al menos 14 genotipos (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68) se consideran como de alto riesgo (VPH-AR) para el desarrollo y progresión del CCU. Los VPH 16 y 18 causan aproximadamente el 70% de las lesiones cervicales invasivas y otros 10 tipos explican el 25-35% restante.

Figura 1. Tipos de VPH.



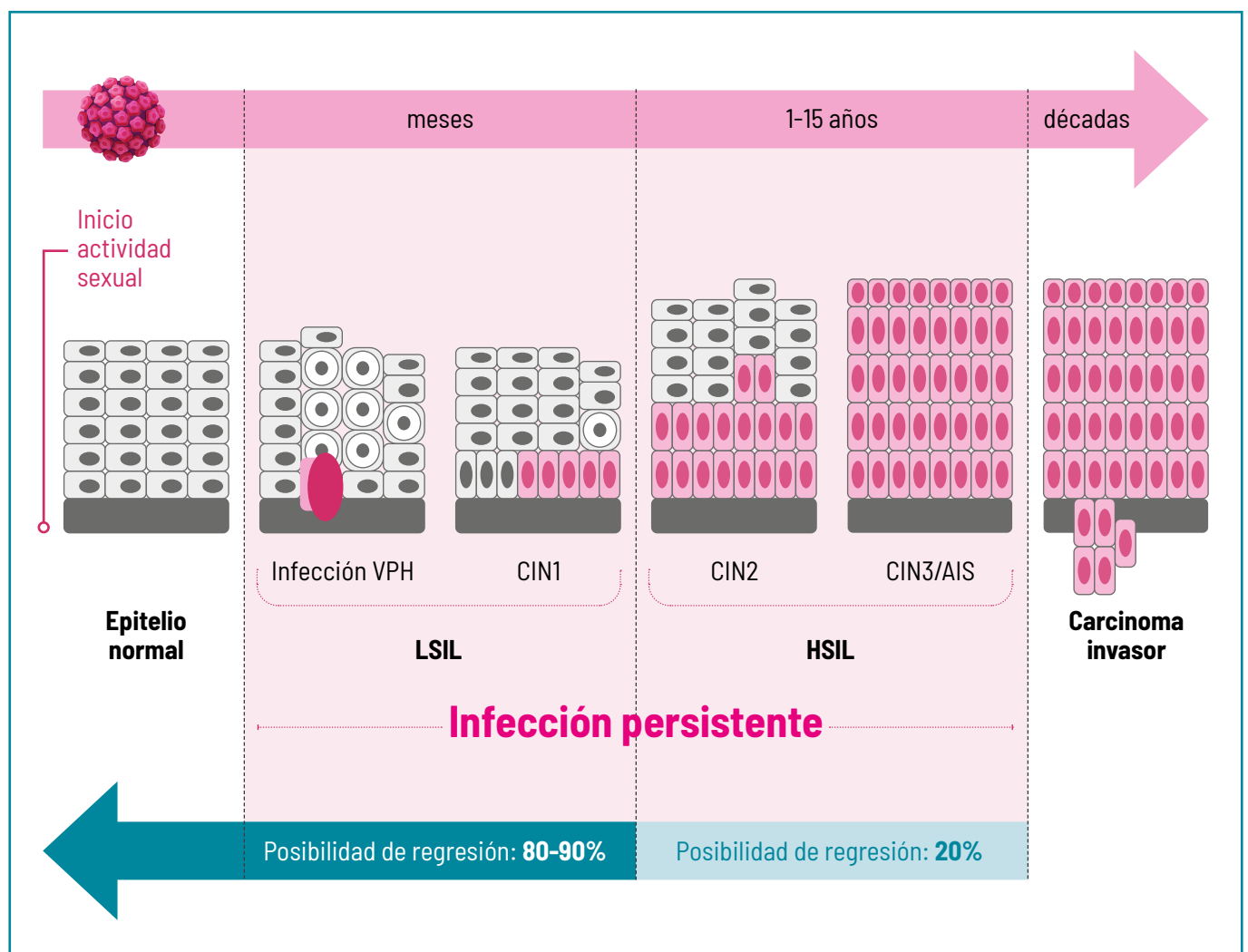
La infección por VPH-AR también causa una parte de los cánceres de ano, vulva, vagina, pene y en menor frecuencia orofaríngeo, que pueden evitarse mediante estrategias de prevención primaria similares a las del CCU.

3.2. Historia natural del VPH y cáncer de cérvix

El VPH es la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente a nivel mundial y la mayoría de la población sexualmente activa, tanto hombres como mujeres, entra en contacto con el virus a lo largo de su vida. La infección es asintomática así que muchas de las personas que están infectadas lo desconocen y por lo tanto lo pueden transmitir.

No hay forma de saber con certeza cuándo se contrajo el VPH o quién lo transmitió, ya que una persona puede tener el VPH durante muchos años antes de que se le detecte.

Cerca del 90% de las infecciones por VPH son transitorias y remiten de forma espontánea sin tratamiento durante los primeros dos años tras la infección. Alrededor del 10% restante de las infecciones persistirá en el tiempo, y de estas solo un 1% desarrollará lesiones neoplásicas relacionadas con el VPH.



VPH: Virus del Papiloma Humano; CIN: Neoplasia Cervical Intraepitelial; AIS: Adenocarcinoma in situ; LSIL: Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado; HSIL: Lesión escamosa intraepitelial de alto grado. Fuente: Modificado de Ortega Quiñero, P. Impacto de la vacuna frente al virus del papiloma humano en mujeres conizadas por lesión premaligna de cérvix [tesis doctoral]. Universidad de Murcia. Departamento de Ciencias de la Salud; 2018. <https://repositorio.ucam.edu/handle/10952/3416>

La mayoría de las lesiones precoces regresan de forma espontánea, pero la tasa de regresión va disminuyendo a medida que aumenta la severidad de la lesión. Las infecciones persistentes y las lesiones precancerosas se establecen dentro de 5-10 años.

En mujeres con un sistema inmunitario normal, el CCU puede tardar en desarrollarse entre 15 y 20 años. Sin embargo, en mujeres con un sistema inmunitario debilitado, como las infectadas por VIH no tratadas, ese periodo de tiempo se acorta, pudiendo ser de 5 a 10 años.

El CCU es una complicación tardía e infrecuente de una infección persistente por el VPH y es el resultado final de una cadena de acontecimientos que pueden emplear más de 10 años en desarrollarse.

3.3. Cofactores

Como se acaba de ver una infección del VPH es causa necesaria para el desarrollo del CCU, pero solamente un pequeño porcentaje de mujeres infectadas desarrollará lesiones premalignas y algunas de ellas cáncer. Por consiguiente, el VPH aunque es causa necesaria, no es suficiente, por lo que otros factores deben intervenir para contribuir en el desarrollo del CCU. Estos factores o cofactores que favorecen la persistencia del VPH en el huésped aumentando el riesgo de progresión se clasifican en:

- Co-factores virales (relacionados con la propia infección por VPH): genotipo viral, variantes, carga viral, integración viral del VPH y co-infección con otros tipos de VPH.
- Co-factores medioambientales o exógenos: hábito tabáquico, co-infección con algunas ITS, uso prolongado de anticonceptivos orales (≥ 5 años) y alta paridad (≥ 5).
- Co-factores del huésped o del propio individuo: nivel de hormonas endógenas, factores genéticos y otros factores relacionados con la respuesta inmunitaria.

El **tipo de VPH** es el co-factor más importante que afecta al riesgo absoluto de persistencia del virus y de progresión a lesiones precancerosas.

Entre los co-factores medioambientales y los del huésped han sido identificados como co-factores establecidos en la persistencia y progresión de la infección por VPH a lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado y a carcinoma de cuello uterino los siguientes:

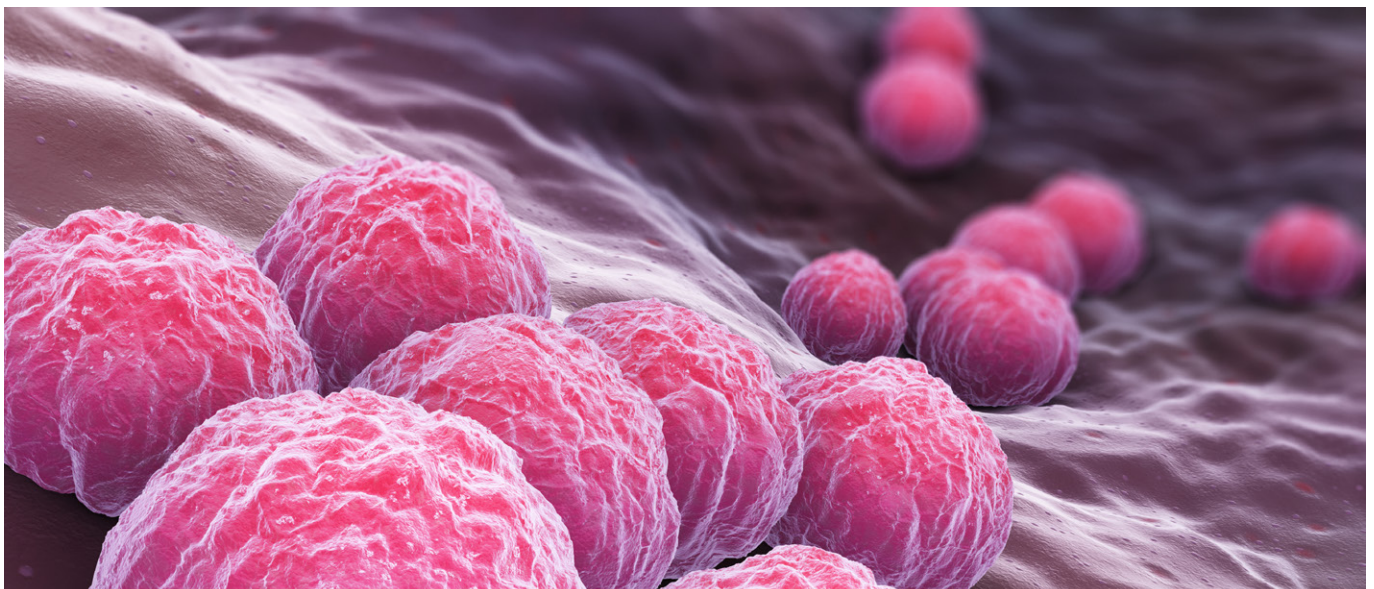
- Uso a largo plazo de anticonceptivos orales (ACO). Existe evidencia de que el uso de ACO durante largo tiempo (≥ 5 años), puede aumentar ligeramente el riesgo de CCU, pero este riesgo disminuye al abandonarlos, y al cabo de 10 años de haberlos suspendido el riesgo vuelve a ser similar al de las no usuarias de ACO.

- Alta paridad (≥ 5 embarazos a término) tiene un riesgo ligeramente aumentado de desarrollar un CCU. Los motivos no son conocidos con detalle, pero algunos estudios señalan los cambios hormonales e inmunitarios que se producen durante la gestación.
- Consumo de tabaco. El riesgo aumenta con el número de cigarrillos/día. Se han identificado productos derivados del tabaco en el moco cervical de las fumadoras. El tabaquismo reduce la respuesta inmunitaria a las infecciones.
- Co-infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La inmunodepresión producida por el VIH aumenta el riesgo de desarrollar CCU. La gran mayoría de las mujeres infectadas por VIH también lo estarán por VPH y presentan mayor prevalencia de infección por VPH, de infección persistente por el VPH, de infección por múltiples tipos de VPH, y de lesiones precursoras de CCU que las mujeres no infectadas por el VIH.

Cuando se inicia la terapia antirretroviral (TAR) poco después del diagnóstico del VIH y con una supresión viral del VIH sostenida, se ha demostrado una disminución del riesgo de lesiones precancerosas de cuello uterino y de CCU. No obstante, las mujeres que reciben una TAR con un recuento mínimo de células CD4+ bajo o desconocido siguen presentando un alto riesgo a pesar del uso de TAR.

- Inmunosupresión. Las pacientes con inmunodepresión congénita o adquirida (como por ejemplo el tratamiento crónico con agentes inmunosupresores por una enfermedad autoinmune o un trasplante de órgano), por la consecuente disminución de la respuesta inmune y la dificultad en permitir el aclaramiento viral, tienen mayor riesgo de persistencia de la infección por VPH y por tanto mayor riesgo de desarrollar CCU.

El papel en el riesgo de progresión de la co-infección del VPH con otros agentes infecciosos de transmisión sexual, como la *Chlamydia Trachomatis*, han sido inconsistentes.



04.

Prevención del cáncer de cérvix

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad que se puede prevenir y curar, siempre que se detecte de manera precoz y se gestione con eficacia.

El 17 de noviembre de 2020, la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** anunció el lanzamiento de la estrategia mundial para acelerar la eliminación de este tipo de cáncer, conocida como la “**estrategia 90-70-90**”, un hito sin precedentes. Para ello se han marcado 3 objetivos para el año 2030:

- Que el **90%** de las niñas estén vacunadas frente al VPH antes de cumplir los 15 años.
- Que el **70%** de las mujeres se hayan cribado mediante test de VPH al menos dos veces entre los 35 y los 45 años.
- Que el **90%** de los cánceres de cuello uterino o lesiones precancerosas se traten adecuadamente.

Alcanzar estos objetivos para 2030 significaría que la reducción media en la tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino sería del 2%, 42% y 97% para 2030, 2045 y 2120, respectivamente, lo que conseguiría evitar 74 millones de casos, siendo el número acumulado de muertes evitadas debidas a esta neoplasia de aproximadamente 2 millones hasta el año 2040, 5 millones hasta 2050 y más de 62 millones hasta 2120.

El umbral para considerar la eliminación del CCU como problema de salud pública en un país se ha determinado en una tasa de incidencia inferior a 4 por 100 000 mujeres-año.

La combinación de estrategias de prevención primaria y secundaria permite reducir la incidencia y mortalidad por CCU.

90 - 70 - 90

4.1. Prevención primaria

El objetivo de la prevención primaria del CCU 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.

4.1.1.

Métodos barrera

La principal vía de transmisión es la sexual (vagina-pene, ano-pene, boca-pene, boca-vagina, uso de juguetes sexuales, etc.), no es necesario que exista penetración, ya que el contacto directo piel con piel de la zona genital se ha descrito que es suficiente.

El uso de preservativos (masculinos y/o femeninos) y barreras bucales ([Anexos I, II y III](#)) disminuye la probabilidad de transmisión del VPH, pero no la impide por completo, debido al contacto de zonas genitales no cubiertas por dichos métodos o a su uso inadecuado.

Se debe proporcionar, por parte de los/las profesionales sanitarios/as, consejo e información, incluyendo el uso correcto, sobre las medidas de protección en los contactos sexuales.

4.1.2.

Vacunación frente al VPH

La inclusión del programa de vacunación frente al VPH a mujeres adolescentes dentro del calendario de vacunación del SNS se acordó por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) en 2007 y se implantó completamente en España durante el año 2008.

Esta vacunación sistemática frente a genotipos oncogénicos del VPH comenzó en Asturias en la segunda mitad del año 2008, estableciéndose la vacunación de las niñas a los 13 años de edad, que se dirigió para las nacidas a partir del año 1995. En ese momento, se optó por utilizar la vacuna tetravalente (VPH4, Gardasil).

En el año 2013, como consecuencia de la participación del Principado de Asturias en la compra centralizada de vacunas mediante un Acuerdo Marco nacional, se pasó a utilizar la vacuna bivalente adyuvada (VPH2, Cervarix).

Tras un cambio en las fichas técnicas de las vacunas frente al VPH, desde principios del año 2015, la vacunación hasta los 13-14 años de edad se realiza con una pauta de 2 dosis (separadas 6 meses), manteniéndose la pauta de 3 dosis (a los 0, 1 o 2 y 6 meses) a partir de esa edad y en las personas con inmunodepresión.

Por otro lado, el Programa de Vacunaciones de Asturias contempla, desde el año 2014, la vacunación no sistemática frente al VPH para personas con un mayor riesgo de progresión a cáncer o a patología grave en caso de infección por este virus. Estas indicaciones se revisaron y ampliaron nuevamente en el año 2017 y 2019. En esta última actualización, para cada una de las indicaciones establecidas se definieron los criterios específicos de vacunación en función del sexo (mujeres, hombres o ambos), la edad (hasta los 26 años o sin límite de edad) y el tipo de vacuna a utilizar (la vacuna que esté disponible en el Programa de Vacunaciones o, específicamente, la vacuna VPH9, disponible en España desde 2015).

INDICACIONES DE VACUNACIÓN NO SISTEMÁTICA FRENTE AL VPH

Indicación	Sexo	Edad ⁽¹⁾	Tipo de vacuna
Inmunodeficiencias primarias ⁽²⁾ : de células T y combinadas, celulares en síndromes definidos, déficits de inmunidad humoral, enfermedades de disregulación inmune, déficits del número y función de las células fagocíticas, déficits de la inmunidad innata ⁽³⁾	Todos	Cualquier edad	VPH9
Síndromes de insuficiencia medular congénita: Anemia de Fanconi, disqueratosis congénita y otras	Todos	Cualquier edad	Vacuna del programa
Papilomatosis respiratoria recurrente	Todos	Cualquier edad	VPH9
Infección por VIH	Todos	Hasta 26 años	VPH9
Enfermedades que requieran o puedan requerir tratamiento inmunosupresor ⁽⁴⁾ y otras inmunodeficiencias adquiridas	Mujeres	Hasta 26 años	Vacuna del programa
Trasplantes (TOS y TPH)	Mujeres	Hasta 26 años ⁽⁵⁾	Vacuna del programa
Mujeres con lesiones cervicales premalignas del alto grado o AIS que vayan a ser conizadas o lo hayan sido recientemente	Mujeres	Cualquier edad	VPH9
Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	Hombres	Cualquier edad	VPH9
Personas en situación de prostitución	Todos	Cualquier edad	VPH9
Vacunación sistemática ⁽⁶⁾	Mujeres	Hasta 26 años	Vacuna del programa

(1) A partir de los 9 años de edad.

(2) No todas implican un mayor riesgo asociado a VPH, pero no se contempla una clasificación exhaustiva. Aunque la vacunación es segura, en algunas la respuesta a la vacunación puede ser escasa.

(3) No se incluyen los déficits de complemento.

(4) Incluyendo enfermedades de base autoinmune.

(5) A cualquier edad en situaciones de EICH.

(6) Personas no vacunadas en la edad prevista en el Calendario de Vacunación.

Fuente: Circular 01/2019 de la Dirección General de Salud Pública. Actualización en vacunación no sistemática frente al VPH en Asturias 2019.

Por otra parte, en el 2019 también se actualiza la edad de la vacunación sistemática frente al VPH, en niñas, adelantándola a los 10 años de edad.

En 2021, tras solicitud del Comité Asesor de Vacunaciones, y con el acuerdo del Servicio de Salud del Principado de Asturias, la Dirección General de Salud Pública decide implementar el cambio del preparado comercial utilizado para la vacunación frente al VPH en el Programa de Vacunaciones de Asturias, pasando a usar exclusivamente la vacuna nonavalente (VPH9, Gardasil 9), para todas las indicaciones, tanto de vacunación sistemática, como de vacunación no sistemática (Circular 01/2021 de 23 de junio).

Nombre comercial vacuna frente al VPH

Composición Antigénica

CERVARIX	Proteína L1 del VPH tipo 16 y tipo 18 (20 y 20 µg) + adyuvante AS04
GARDASIL	Proteína L1 del VPH tipo 6, 11, 16 y 18 (20, 40, 40 y 20 µg respectivamente)
GARDASIL 9	Proteína L1 del VPH tipo 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58 (30, 40, 60, 40, 20, 20, 20, 20 y 20 µg respectivamente)

En 2023, se aprueba el nuevo calendario oficial de vacunaciones infantiles en el Principado de Asturias en el cual se incluye la vacunación frente al VPH de los niños.



Fuente: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/calendario-2023-vacunacion-infantil-del-principado-de-asturias>

4.2. Prevención secundaria

La idea que debe ser introducida en la práctica clínica es el de una prevención integral del CCU, que a la eficacia demostrada de la prevención primaria (vacunación) le suma la de la prevención secundaria (diagnóstico precoz o cribado). La acción conjunta de ambas hace posible plantear con credibilidad la posibilidad de erradicar a medio/largo plazo el CCU, tal como predice la OMS, en aquellas comunidades en las que se lleve a cabo.

En la prevención secundaria el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado son esenciales para el control de la enfermedad.

Frente a la situación actual de un cribado de cáncer de cérvix oportunista, que penaliza la equidad y limita la eficacia y la eficiencia, la Orden SCB/480/2019 establece la aplicación de un programa de cribado poblacional.

Las características diferenciales entre los dos modelos de cribado (extraídas de la Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España, 2014) se reflejan en la siguiente tabla:

Cribado oportunista	Cribado poblacional
Falta de estructura propia, aprovecha para su captación la consulta realizada por la persona al sistema sanitario (no garantiza la equidad)	Tiene estructura propia, utiliza una base censal para la captación de la población diana, con sistemas de rellamada a las mujeres que no asistieron (garantiza la equidad)
Cobertura inadecuada (población cribada por debajo del 80%)	Cobertura adecuada (población cribada por encima del 80%)
Reiteración innecesaria de la prueba de cribado (riesgo de morbilidad asociado al sobrediagnóstico y costes elevados)	Adecuación de los intervalos de aplicación de la prueba de cribado
Falta de homogeneidad de las pruebas de cribado utilizadas	Ofrece la técnica de cribado validada
No hay control de calidad de las pruebas de cribado	Asegura el control de calidad de las pruebas de cribado
Los protocolos de actuación ante un caso dependen de cada centro	Circuitos propios de derivación, tratamiento y seguimiento de los casos detectados. El diseño incluye dos niveles: 1. práctica exclusiva de la prueba de cribado en la asistencia primaria 2. diagnóstico y tratamiento de los casos detectados en unidades especializadas
Falta de monitorización y registro del proceso	Monitorización y registro del proceso

Tal como viene recogido en el "Documento de consenso sobre el programa de cribado de cáncer de cérvix en el SNS" de abril de 2016, el beneficio de los programas de cribado poblacional es superior al alcanzado por los oportunistas, tanto en términos de mortalidad como de incidencia, tal como se ha podido constatar en varios países europeos, así por ejemplo:

- En el Reino Unido al cambiar de un programa oportunista a uno poblacional el descenso de la mortalidad por CCU pasó de un 1-2% anual a un 7%.
- En Dinamarca, las mujeres que residían en regiones con programas poblacionales presentaron un 23% menos de riesgo de CCU con respecto a las mujeres de regiones con programas oportunistas.
- En Italia (Turín) tras implantar un programa de cribado poblacional se observó en la incidencia una disminución de un 20%, pese a que existía anteriormente una intensa actividad de cribado oportunista.

Un programa de cribado es un servicio complejo. No solo es una prueba sino una serie de etapas y actividades, en las que participan diferentes niveles asistenciales, y por tanto diferentes grupos de profesionales, quienes deben establecer unos circuitos adecuados que permitan una coordinación apropiada de todo el proceso.

05.

Recomendaciones para el desarrollo del Programa de Cribado Poblacional de Cáncer de Cérvix en el Principado de Asturias

Las recomendaciones para la detección precoz del CCU 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.

Estas recomendaciones están dirigidas fundamentalmente a profesionales sanitarios de Atención Primaria (matronas/ones, enfermería y/o médicos/as) quienes llevarán a la práctica el cribado poblacional de CCU en la población diana.

En cada caso particular, los/las profesionales sanitarios/as aplicarán su juicio clínico, pudiendo ocurrir que éste justifique una actuación diferente a la recomendación para la población general.

Las recomendaciones están dirigidas a la población general, y por tanto no deberían aplicarse a mujeres con antecedentes de CCU, pacientes expuestas a dietilestilbestrol (DES) o inmunosuprimidas. Estas mujeres deben ser controladas por el Servicio de Ginecología.

5.1. Objetivos

Objetivo principal

Reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix en el Principado de Asturias mediante la detección precoz y el tratamiento de las lesiones precursoras del cáncer invasor.

Objetivos secundarios

- Garantizar la equidad del programa estableciendo en todas las Áreas de Salud un marco homogéneo en el desarrollo del mismo.
- Mejorar la cobertura del programa de cribado de cáncer de cérvix en el Principado de Asturias.
- Optimizar los recursos disponibles en cada Área de Salud, mejorando la eficiencia.
- Asegurar la calidad del programa de cribado.

5.2. Estrategia de cribado poblacional de cáncer de cérvix

La estrategia de cribado poblacional de cáncer de cérvix se basa en recomendaciones realizadas por diferentes organismos y sociedades científicas tanto a nivel nacional como europeo.

Con carácter general, según viene recogido en la Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, se realizará aplicando los siguientes criterios:

- **Población objetivo:** Mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años.
- **Prueba primaria de cribado e intervalo** entre exploraciones:
 - A. Mujeres con edades comprendidas entre 25 y 34 años: **Citología** cada tres años.
 - B. Mujeres con edades comprendidas entre 35 y 65 años: Determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (**VPH-AR**):
 - ⊖ Si VPH-AR es negativo, repetir prueba VPH-AR a los cinco años.
 - ⊕ Si VPH-AR es positivo, triaje con citología. Si la citología es negativa, repetir VPH-AR al año.*

En aquellos casos de citologías positivas en mujeres de 25 a 34 años se utilizará como prueba de triaje el test de VPH-AR.

En aquellos casos de pruebas VPH-AR positivas en mujeres de 35 a 65 años se utilizará como prueba de triaje la citología.

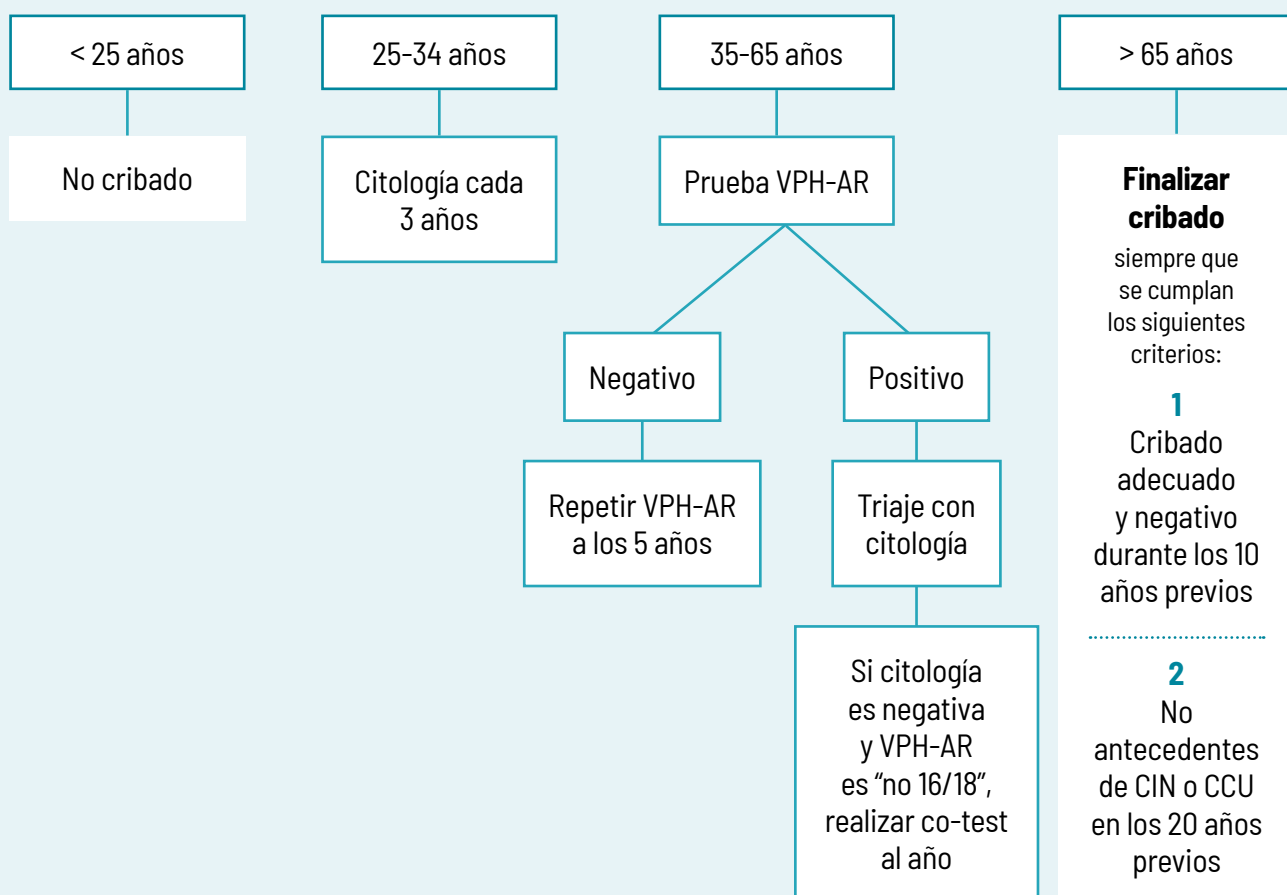
* La Guía AEPC "Prevención secundaria del cáncer de cuello del útero, 2022. Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado" disponible en Diciembre de 2021, recomiendan utilizar como prueba de triaje, además de la citología, el uso del genotipado parcial del VPH en las mujeres con prueba VPH-AR positiva y remitir a colposcopia a las mujeres con VPH 16 y/o VPH 18 positivo incluso a aquellas con citología negativa, ya que la identificación de estos genotipos supone un riesgo elevado de HSIL/CIN3+ y además un incremento de riesgo de progresión futura de HSIL/CIN mucho mayor que con infecciones por otros VPH-AR. En base a esto, y

al disponer del genotipado parcial, con respecto a los criterios establecidos previamente en la estrategia de cribado poblacional, dentro del grupo de edad 35-65 años, se realiza la siguiente modificación:

- +** Si VPH-AR es positivo, en función del genotipado:
 - VPH positivo no 16/18, triaje con citología y si es negativa: realizar co-test (citología y prueba VPH-AR) en 1 año.
 - VPH positivo 16/18: derivar a Ginecología (colposcopia).

Estrategia de cribado poblacional de cáncer de cérvix

(mujeres que tienen o han tenido relaciones sexuales y sin sintomatología ginecológica)



VPH-AR: Virus del papiloma Humano de Alto Riesgo
 CIN: Neoplasia Cervical Intraepitelial
 CCU: Cáncer de Cuello Uterino
 Co-test: Citología y prueba VPH-AR

La población diana son mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años que tienen o han tenido relaciones sexuales, independientemente de su orientación sexual, y sin sintomatología ginecológica.

La toma de la muestra para citología se realizará en **medio líquido**, de este modo, disminuye el porcentaje de casos inadecuados para diagnóstico, en los que hay que repetir la toma de la muestra. Así mismo, acorta el tiempo de lectura al microscopio y ofrece un discreto aumento de la sensibilidad frente a la citología convencional.

Para poder llevar a cabo la evaluación de este programa de cribado, entre los datos que se recojan en el sistema de información del programa poblacional se incluirá **si la mujer ha sido vacunada frente al VPH** y en su caso, la fecha de la vacunación, las dosis administradas y los genotipos virales incluidos en la vacuna administrada.

- **Mujeres vacunadas:** la mayoría de CCAA habrán recibido en los programas de cribado a la primera cohorte vacunada en 2019, y en el caso del Principado de Asturias esto habrá ocurrido en el 2020. Actualmente no existen datos científicos consistentes que determinen el cribado más adecuado en poblaciones vacunadas, por lo que la recomendación actual es mantener las mismas pruebas y periodicidad que para el resto de mujeres. Esta recomendación deberá ser revisada a medida que aparezcan nuevas evidencias.
- **En mujeres menores de 25 años o las que no hayan iniciado relaciones sexuales** no está indicado el cribado. Se promoverá la prevención primaria (vacunación y prevención de infecciones de transmisión sexual).
- **En mujeres mayores de 65 años** podrán finalizar el cribado siempre que se cumplan los dos siguientes criterios:
 - Cribado previo adecuado y negativo durante los 10 años previos.
 - Sin antecedentes de neoplasia cervical intraepitelial (CIN) o cáncer cérvico-uterino (CCU) en los 20 años previos.

Se considera **cribado adecuado previo negativo** si existen 3 resultados citológicos consecutivos negativos, o 2 pruebas VPH o 2 co-test (prueba de VPH y citología) negativos, realizados en los 10 años previos, con el último realizado dentro de los 5 últimos años.

A las mujeres con edades entre 61 a 65 años que cumplan los criterios anteriores de cribado adecuado previo negativo (sin antecedentes de CIN o CCU en los 20 años previos), dado que la próxima invitación ya está fuera de rango de edad, se les realizará recogida de muestra para detección de VPH-AR y si es negativa podrán finalizar el cribado.

Las mujeres con edad de finalizar el cribado y que no han cumplido adecuadamente con el cribado previo (no realizaron las pruebas recomendadas en los intervalos establecidos), y sin antecedentes de CIN o CCU en los 20 años previos, deben realizar una **prueba de VPH-AR** y si es negativa un **CO-TEST** (citología y detección VPH-AR) a los 5 años antes de finalizar definitivamente el cribado, y si el resultado de este es negativo no es necesario que realicen más pruebas de cribado. Si el VPH-AR es positivo se actuará según el algoritmo **“CRIBADO EN MUJERES DE 35 A 65 AÑOS”** (ver apartado 5.3.4.2). Si el CO-TEST es positivo derivación a Ginecología.

Se considera un resultado positivo de CO-TEST a:

- VPH-AR positivo, independientemente del resultado de citología.
- Citología positiva (incluyendo ASC-US), independientemente del resultado de la detección del VPH-AR.

Sin embargo, se considera un resultado negativo de CO-TEST cuando las dos pruebas (citología y detección de VPH-AR) son negativas. En el caso de que resultara no valorable el CO-TEST (las dos pruebas no valorables, o bien una negativa y la otra no valorable) se repetirá a los 4 meses para la reepitelización óptima del cérvix.

Las mujeres con edad de finalizar el cribado y que no han cumplido adecuadamente con el cribado previo o sin historia de cribado (sin antecedentes de CIN o CCU en los 20 años previos), se recomienda realizarles una prueba de VPH-AR y si es negativa un CO-TEST a los 5 años, es decir, citología y detección de VPH-AR en el mismo momento, y si ambas pruebas son negativas, podrán finalizar el cribado.

5.3. Circuito del Programa

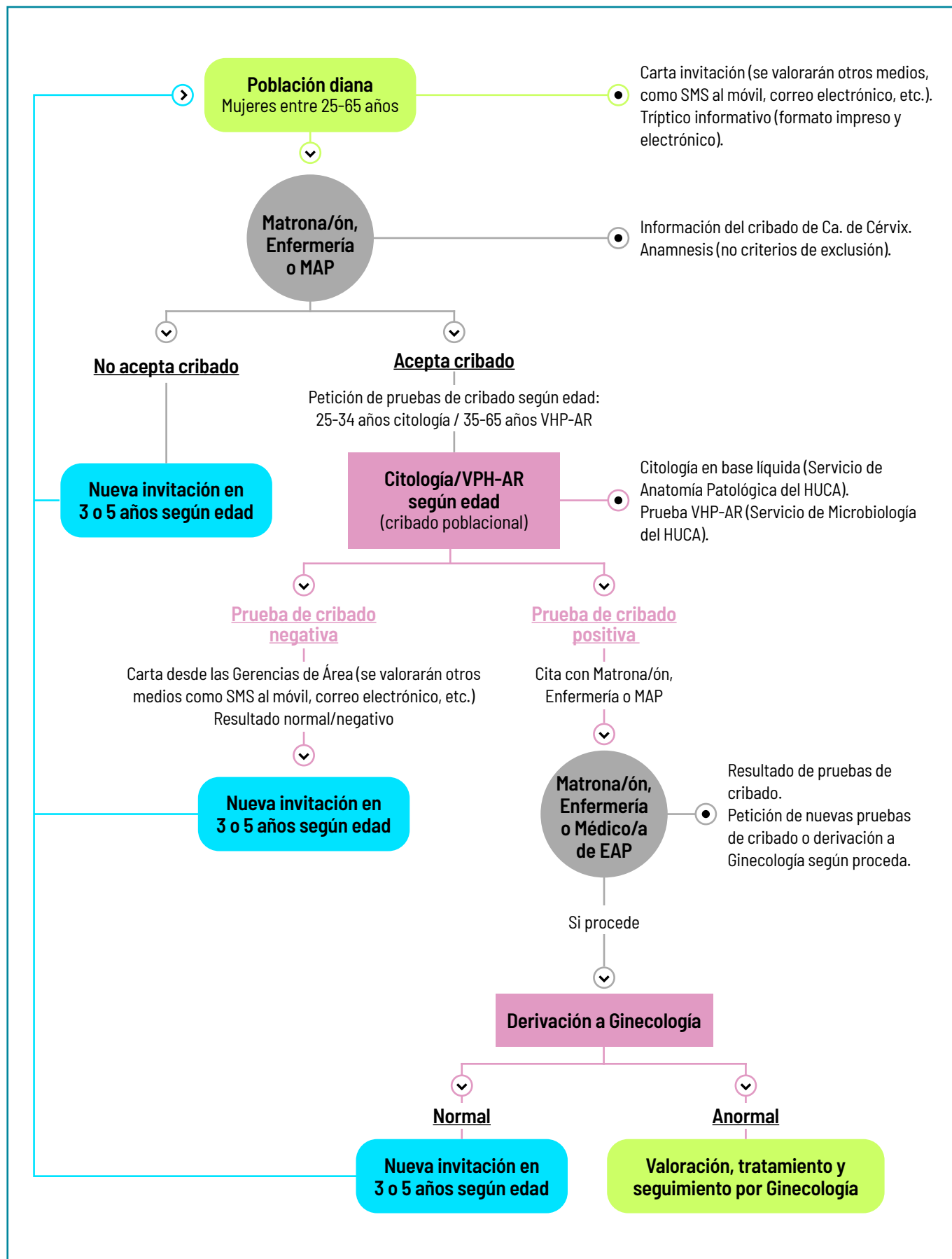
5.3.1.

Invitación a la población diana

Desde las diferentes Gerencias de Área, se enviarán mensualmente cartas de invitación a la población diana, mujeres entre 25 y 65 años cuyos datos se encuentran registrados en el Sistema de Información de Población y Recursos Sanitarios (SIPRES), para participar en el Programa de Cribado Poblacional de Cáncer de Cérvix.

Estas cartas constan de una invitación inicial sin cita para que las mujeres contacten con su Centro de Salud (CS) para solicitar una cita para el cribado. Dicha carta se acompañará de un tríptico informativo. En el caso de que la mujer no solicite cita o bien no acuda a la misma, al cabo de 3 meses se le enviará una carta de reinvitación desde la Gerencia de Área correspondiente. Se valorará el envío de las invitaciones por otros medios (SMS al móvil, correo electrónico, etc.).

Figura 2. Flujograma cribado poblacional de CCU en Atención Primaria.



EN LA CONSULTA DE CRIBADO POBLACIONAL

Si la mujer acude a la cita para el cribado, el personal sanitario de Atención Primaria (matrona/ón, enfermería o médico/a) encargado de llevar a cabo el cribado le explicará en qué consiste y le transmitirá expectativas realistas sobre el mismo.

Se realizará la anamnesis para descartar que tenga criterios de exclusión definitiva (sale del programa de cribado), temporal (se aplaza fecha de cribado) o de ronda (nueva invitación a los 3 o 5 años, según corresponda por edad). A pesar de la exclusión, en todas se recogerá el dato referente a vacunación frente al VPH.

5.3.2.

Criterios de exclusión

Exclusión definitiva (puede haber más de un motivo)

- Mujeres con histerectomía total
- Diagnóstico de cáncer de cérvix/cuello de útero (CCU) a seguimiento por Ginecología
- Mujeres con antecedentes de lesión \geq a HSIL/CIN2 con o sin conización
- Pacientes expuestas antes de nacer a dietilestilbestrol (DES)
- Mujeres con diagnóstico de cérvix doble
- Inmunodepresión
- Enfermedad invalidante permanente que impide realizar cribado en Atención Primaria
- Enfermedad terminal
- Ausencia de cérvix por transexualidad
- Ausencia de cérvix por agenesia uterina o por agenesia de cuello de útero

Exclusión temporal (puede haber más de un motivo)

- Mujeres con sintomatología ginecológica
- Mujeres con cuello macroscópicamente anormal
- Enfermedad intercurrente temporal
- Inmovilidad temporal que impide la realización de la prueba
- Gestantes en 2^o o 3^{er} trimestre y tres meses tras el parto o cesárea

Exclusión de ronda

- Mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales
- Realización de citología o VPH-AR de cribado oportunista previo a la entrada en el cribado poblacional, según corresponda por grupo de edad, con resultado NEGATIVO, en el SESPA en los últimos 12 meses

En el caso de que no tenga criterios de exclusión y:

- acepte el cribado se procederá a la toma de la muestra correspondiente según grupo de edad
- no acepte el cribado, se le explicará que en función del grupo de edad al que pertenezca volverá a ser invitada por carta en 3 o 5 años según corresponda. Si lo que quiere es que no se la invite nunca más al cribado tendrá que solicitarlo por escrito.

Si el resultado de la prueba de cribado correspondiente según edad es:

- normal/negativa se enviará a las usuarias una carta desde las Gerencias de Área con dicho resultado ([ver apartado 5.3.4](#))
- anormal/positiva se procederá según el algoritmo de actuación en función del grupo de edad.

EXCLUSIONES DEFINITIVAS

• Mujeres con histerectomía previa

Las mujeres con histerectomía total por patología benigna deben finalizar el cribado tras la histerectomía (**excepción histerectomía subtotal**).

A las mujeres con histerectomía total por causa benigna NO será necesario realizarles la prueba de cribado (**excepción histerectomía subtotal**).

Las mujeres con histerectomía total por causa maligna de origen cervical o debido a una lesión \geq a HSIL/CIN2, deben realizar el seguimiento post-tratamiento correspondiente y posteriormente continuar con el cribado durante un periodo mínimo de 20-25 años (toma de cúpula vaginal), independientemente de que se alcance la edad de 65 años. Estas mujeres al tener más riesgo de CCU serán controladas por Ginecología, aquellas que no estuvieran en control se derivarían a Ginecología.

Las mujeres con histerectomía total por causa maligna de origen cervical o debido a una lesión \geq a HSIL/CIN2 serán controladas por Ginecología, si no estuvieran en control derivarlas a Ginecología.

Además, según consta en la Guía AEPC 2022:

- Ante el diagnóstico incidental de SIL/CIN en la pieza de histerectomía realizada por otros motivos, se deberán seguir los mismos controles recomendados para las mujeres histerectomizadas por lesión \geq HSIL/CIN2.

- Por otra parte, las mujeres con histerectomía total por neoplasias malignas no vinculadas al VPH (ovario, endometrio, intestino, mama, etc.) no deben realizar pruebas de cribado para el CCU, aunque sí deben realizar el seguimiento indicado para su patología de base.

- **Mujeres con diagnóstico de CCU**

Estarán a seguimiento por Ginecología, en el caso de que no lo estuvieran, como por ejemplo mujer que procede de otra Comunidad Autónoma, se procederá a su derivación y serán excluidas definitivamente del Programa.

- **Mujeres con antecedentes de lesión \geq a HSIL/CIN2 con o sin conización**

Tras el seguimiento post-tratamiento correspondiente, deben continuar con el cribado al menos durante 20-25 años, independientemente de que se alcancen los 65 años de edad, por el Servicio de Ginecología, al tener más riesgo de CCU que la población general.

Las mujeres con antecedentes de lesión \geq a HSIL/CIN2 con o sin conización serán controladas por Ginecología, si no estuvieran en control derivarlas a Ginecología.

- **Mujeres con exposición prenatal (antes del nacimiento) al dietilestilbestrol (DES)**

El DES es una forma sintética de estrógeno que se recetaba para prevenir ciertas complicaciones relacionadas con el embarazo (abortos espontáneos, partos prematuros, etc.) entre los años 1940 y 1971 en EE. UU., y hasta 1978 en Europa. Las hijas de las mujeres que usaron DES cuando estaban embarazadas presentan mayor riesgo de adenocarcinoma de células claras de la vagina y del cuello uterino, por lo que precisan una exploración y un seguimiento específico según las recomendaciones establecidas, por esta razón se derivarán a Ginecología para su control.

- **Mujeres con diagnóstico de cérvix doble**

Estas mujeres estarán a seguimiento por el Servicio de Ginecología dada la gran dificultad para visualizar uno de los cérvix, y en el caso de que no lo estuvieran, se procederá a su derivación, y serán excluidas definitivamente del Programa de Cribado Poblacional de CCU en Atención Primaria, ya que será realizado por dicho Servicio.

- **Mujeres inmunodeprimidas (pacientes con inmunodepresión congénita o adquirida y/o pacientes con infección VIH)**

Las mujeres no infectadas por el VIH que reciben tratamiento inmunosupresor por trasplante de órganos sólidos (TOS), trasplante de células madre hematopoyéticas (TPH), enfermedades autoinmunes, etc., así como las mujeres infectadas por VIH (MIVIH) presentan un mayor riesgo de CCU en comparación con la población general. Por ello, estas mujeres requieren pautas específicas para la detección y tratamiento del CCU.

Por lo tanto, las MIVIH y las mujeres inmunodeprimidas serán controladas por cribado desde la consulta del Servicio de Ginecología, ya que se debe valorar cada caso de forma individualizada en función del estado inmunológico (inicio de cribado, fin de cribado, tipo de estudio e intervalo inter-prueba).

Las mujeres inmunodeprimidas (inmunodepresión congénita o adquirida y/o infección VIH) se derivarán a Ginecología para su control por cribado específico.

- **Enfermedad invalidante permanente que impide realizar cribado en Atención Primaria**

Se hará una valoración individual de cada caso, y si impide de manera permanente realizar el cribado en Atención Primaria se derivará a Ginecología.

- **Enfermedad terminal**

Se excluirá de forma permanente del Programa.

- **Ausencia de cérvix por transexualidad**

Puede ocurrir que se inviten a mujeres cuyo sexo biológico sea hombre, y por lo tanto no tengan útero, debido a que ya tienen reconocido legalmente su identidad de género, y por consiguiente tengan codificado en su historial médico el sexo mujer, por lo que en estos casos se excluirán definitivamente del cribado poblacional de CCU una vez constatada esta situación.

- **Ausencia de cérvix por agenesia uterina o por agenesia de cuello de útero**

El desarrollo normal del tracto reproductivo femenino implica una serie de procesos complejos del sistema mülleriano. Las anomalías müllerianas se caracterizan por un fallo en el desarrollo, la fusión o la canalización de los conductos de Müller, durante la vida intrauterina del feto hembra, y abarcan desde la agenesia de útero y/o trompas, a un leve defecto del fondo uterino.

Aquellas mujeres con diagnóstico de agenesia congénita de útero o de cuello uterino al no tener cérvix se excluirán definitivamente del cribado poblacional de CCU en el caso de ser invitadas al mismo.

EXCLUSIONES TEMPORALES

En estos casos, se aplaza el cribado, y una vez resuelto el motivo la mujer solicitará una nueva cita para poder realizar el cribado, a excepción de las gestantes en 2º o 3º trimestre a quienes se las citará directamente a los 4 meses de la fecha probable de parto (FPP):

- **Mujeres con sintomatología ginecológica al realizar la anamnesis del cribado**

Se pospondrá el cribado y será derivada a su Médico de Atención Primaria (MAP) para su valo-

ración, y se informará a la mujer que, una vez resuelto el cuadro causante de dichos síntomas y transcurrido el tiempo necesario, tiene que solicitar una nueva cita para proceder a la realización de la prueba correspondiente del cribado según edad. Si tras la valoración por parte del MAP considera que precisa derivación al Servicio de Ginecología, será el/la ginecólogo/a quien determine si procede que vuelva al cribado rutinario o bien que haga seguimiento por parte del Servicio de Ginecología.

En las mujeres que consultan por sintomatología fuera del cribado poblacional se procederá como cualquier otra consulta, es decir, en estos casos se realizarán las pruebas o la derivación que se considere oportuna en función del motivo de dicha consulta, pero NO es motivo para introducirlas en el cribado.

- **Mujeres cuello uterino macroscópicamente anormal al realizar la exploración del cribado**

En ciertas ocasiones, podemos encontrarnos ante una mujer con ausencia de síntomas, pero cuya exploración muestra un cuello uterino macroscópicamente anormal (friable, con lesiones ulceradas, sangrante). Ante estas situaciones las pacientes deben ser derivadas al Servicio de Ginecología para su valoración de forma preferente, sin realizar la prueba de cribado, para que puedan ser evaluadas por dicho Servicio antes de 2 semanas. El Servicio de Ginecología determinará tras su valoración, si procede que la mujer vuelva al cribado rutinario o bien debe hacer seguimiento por dicho Servicio.

En mujeres con cuello uterino macroscópicamente anormal se derivarán preferente-mente al Servicio de Ginecología, SIN realizar la prueba de cribado.

- **Enfermedad intercurrente temporal o inmovilidad temporal que impide la realización de la prueba**

Se hará una valoración puntual de cada caso, y en función de dicha valoración se pospondrá el cribado hasta que se resuelva la enfermedad o inmovilidad que impide la realización de la prueba.

- **Gestantes 2º o 3º trimestre**

Debido a los cambios inflamatorios reactivos, que ocurren durante el embarazo y en el periodo postparto reciente, la calidad de las muestras puede ser deficiente, por lo que la toma de dichas muestras en las mujeres gestantes en el 2º o 3º trimestre de embarazo con antecedentes de cribado normales/negativos deberán posponerse hasta 3 meses después del parto o cesárea. Se le asignará nueva cita a los 4 meses de la FPP.

EXCLUSIONES DE RONDA

En estos casos, la mujer es invitada, pero tiene alguno de los siguientes motivos para no realizar la prueba de cribado en esta ocasión (ronda actual), y se pospone para la siguiente invitación (3 o 5 años según le corresponda por edad):

- **Mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales**

No está indicado el cribado. Se promoverá la prevención primaria (vacunación y prevención de ITS). Se le informará de que la próxima invitación por parte del Programa la recibirá en 3 o 5 años, en función de la edad, desde la fecha de invitación.

- **Realización de citología o VPH-AR de cribado oportunista previo a la entrada en el cribado poblacional, según corresponda por grupo de edad, con resultado NEGATIVO, en el SESPA en los últimos 12 meses**

Si la mujer procedente del cribado oportunista tiene la prueba de cribado, citología o VPH-AR según le corresponda por edad, realizada en los últimos 12 meses en el SESPA con resultado NORMAL/NEGATIVO, tras registrar la fecha de realización de la toma de la muestra para dicha prueba, se le informará que la próxima invitación por parte del Programa la recibirá en 3 o 5 años, según el grupo de edad al que pertenezca, desde la fecha de realización de dicha toma.

5.3.3.

Otras situaciones

- Las **personas transgénero** que sean hombres con cuello uterino deben ser incluidos en el cribado. Estas personas una vez tengan reconocido el sexo hombre no serán detectadas para proceder a su invitación al cribado al no estar ya codificado su sexo biológico (mujer) en SI-PRES, por lo que en estos casos en los que se tenga constancia dentro de su historia clínica de ser hombre con cuello de útero se les debe informar de la necesidad de realizar el cribado, y en el caso de aceptar se les incluirá en el mismo según el grupo de edad.

En cuanto a las personas transgénero, los hombres con cuello uterino deben ser incluidos en el cribado.

- Las **mujeres que refieren realización de la prueba del cribado en la sanidad privada**, se les dará información de cuáles son las pruebas de cribado que se efectúan en el SESPA y su intervalo. Si a pesar de ello, la mujer decide no realizarse la prueba, es decir, no acepta el cribado, porque refiere que lo realizará solamente en la sanidad privada, se le informará de que la próxima invitación por parte del Programa la recibirá en 3 o 5 años, en función de la edad, desde la fecha de invitación.

- **Domicilio actual fuera de Asturias. No desea participar en esta ronda de cribado.**

Se le informará que la próxima invitación por parte del Programa la recibirá en 3 o 5 años, según el grupo de edad al que pertenezca, desde la fecha de invitación.

5.3.4.

Actuación ante los resultados de la prueba de cribado

Las actuaciones serán diferentes en función de si se trata de un grupo de edad u otro (entre 25-34 años o entre 35-65 años) y de los resultados de la prueba de cribado correspondiente.

Tipo de resultado	Vía de información a la usuaria/paciente
Resultado normal/negativo (prueba primaria de cribado y/o co-test)	   Se le enviará carta del resultado, por la Gerencia de Área correspondiente. Se valorará envío por otros medios (SMS al móvil, correo electrónico, etc.).
Resultado que requiere derivar a Ginecología	 El/la profesional de Atención Primaria le avisará telefónicamente para que acuda a su CS donde se le explicará el resultado.
Resultado que requiere realizar co-test en un año	 El/la profesional de Atención Primaria le avisará telefónicamente para que acuda a su CS donde se le explicará el resultado.  Al año recibirá una carta recordatoria (se valorará envío por otros medios) sin cita para realizar la prueba, por la Gerencia de Área correspondiente.
Resultado no satisfactorio en citología como prueba primaria de cribado, o si la interpretación del co-test resulta no valorable	 El/la profesional de Atención Primaria concertará una nueva cita en 4 meses en el CS para repetir la prueba.
Resultado que requiere realizar VPH-AR de triaje	 El/la profesional de Atención Primaria concertará una nueva cita en el CS para realizar el VPH-AR correspondiente.
Resultado que requiere realizar citología de triaje	 El/la profesional de Atención Primaria concertará una nueva cita en el CS para realizar la citología correspondiente.

Se informará a las usuarias mediante carta del resultado normal/negativo de la prueba primaria de cribado y/o del co-test, por la Gerencia de Área correspondiente. Cuando proceda, se informará en dicha carta si la mujer cumple con los criterios para poder finalizar el cribado en Atención Primaria. Se valorará el envío por otros medios (SMS al móvil, correo electrónico, etc.).

En cuanto a los resultados anormales/positivos, el/la profesional de Atención Primaria que realizó la prueba avisará telefónicamente a la paciente para que pase por consulta, donde se le informará y explicará adecuadamente el resultado, así como el siguiente paso a seguir, además se le entregará el informe de los resultados.

5.3.4.1.

Algoritmo de actuación en el grupo de edad entre 25-34 años

Se recogerá una muestra de CBL para solicitar la prueba primaria de cribado “Cribado Poblacional Ca Cérvix Citología 25-34 años” y se enviará al Servicio de Anatomía Patológica del HUCA.

Cuando sea necesario solicitar “Cribado Poblacional Ca Cérvix VPH-AR de TRIAJE” se recogerá una muestra usando el material específico con torunda para la determinación de VPH-AR y se remitirá al Servicio de Microbiología del HUCA.

Cuando la petición que se precise sea “Cribado Poblacional Ca Cérvix CoTest” se realizará doble toma de muestra (citología y detección VPH-AR), por lo que se cogerá:

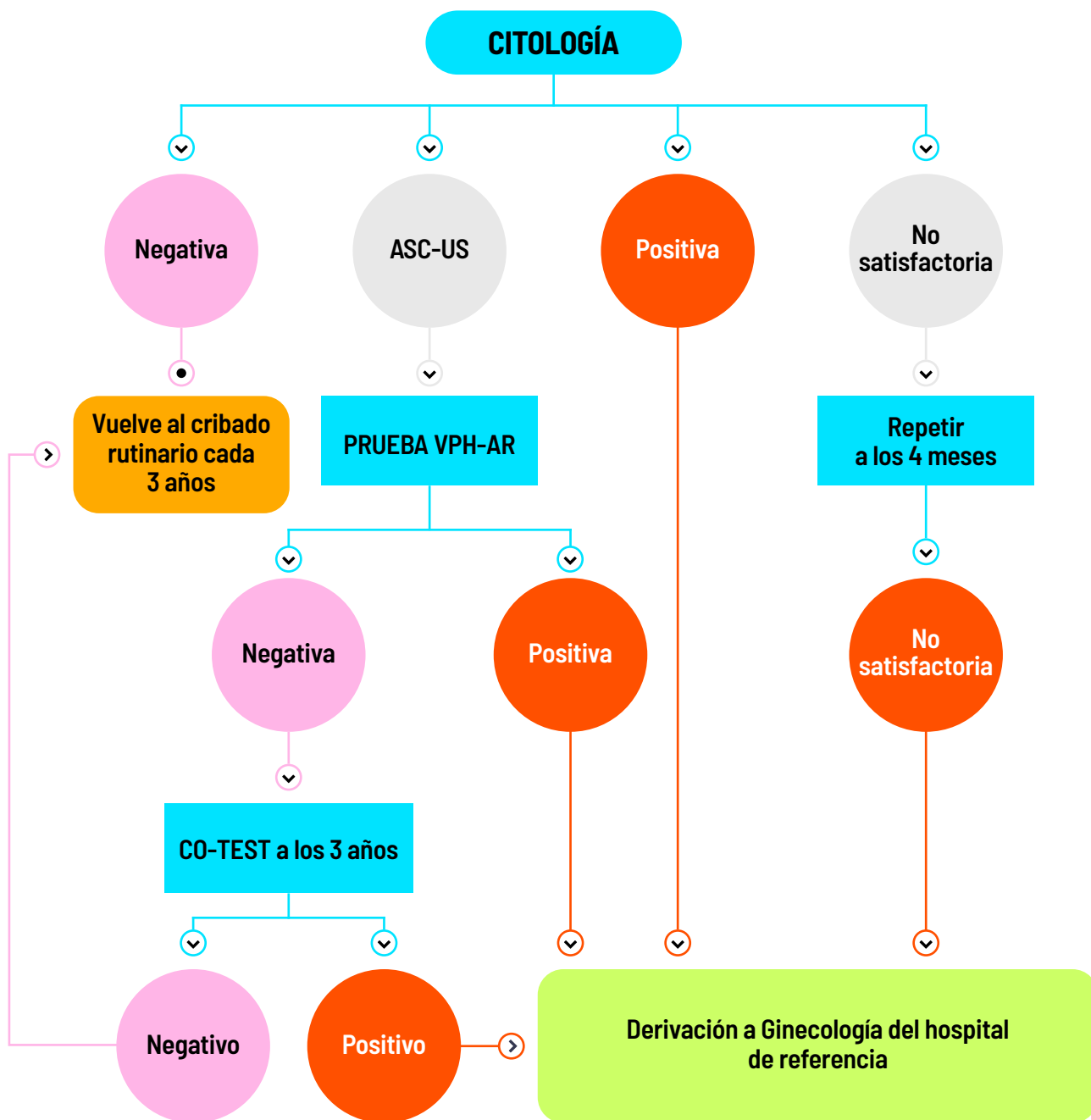
1. siempre en 1^{er} lugar una muestra de CBL que se enviará al Servicio de Anatomía Patológica del HUCA,
2. y, a continuación, otra muestra utilizando el material específico con torunda para la prueba VPH-AR que se remitirá al Servicio de Microbiología del HUCA.

Todo ello a través del procedimiento establecido en cada Área.

Si el resultado de la prueba VPH-AR de TRIAJE fuera **no valorable**, como no es necesario un tiempo de espera para su repetición, en este caso se concertaría una nueva cita, para repetir dicha prueba, cuando sea posible.

Pruebas del cribado desde Atención Primaria (Grupo 25-34 años)	Servicio	Centro
Cribado Poblacional Ca Cérvix Citología 25-34 años	Anatomía Patológica	HUCA
Cribado Poblacional Ca Cérvix VPH-AR de TRIAJE	Microbiología	
Cribado Poblacional Ca Cérvix CoTest	Anatomía Patológica Microbiología	

CRIBADO EN MUJERES DE 25 A 34 AÑOS



En función del resultado obtenido se procederá, en Atención Primaria, tal como se detalla en el algoritmo anterior **“CRIBADO EN MUJERES DE 25 A 34 AÑOS”** ([Anexo IV](#)):

- Si el resultado de la citología es **negativo** se informará a la usuaria, a través del envío de una carta, por la Gerencia de Área correspondiente ([ver apartado 5.3.4](#)); la mujer volverá a ser invitada al cribado a los 3 años.
- En el caso de que la citología sea **no concluyente/no satisfactoria** se contactará telefónicamente con la mujer para informarle del resultado y se concertará una nueva cita en el plazo de 4 meses (para la reepitelización óptima del cérvix) para repetir la muestra. Si el resultado volviera a ser de nuevo **no concluyente/no satisfactoria**, entonces se le derivará al Servicio de Ginecología, de su hospital de referencia (HR), para su valoración.
- Si la citología es informada como **ASC-US**, se contactará por teléfono con la mujer para concertar una nueva cita en la que se realizará la **prueba VPH-AR**, petición “Cribado Poblacional Ca Cérvix VPH-AR de TRIAJE”:
 - Si el VPH-AR es **positivo** se derivará a la mujer al Servicio de Ginecología de su HR.
 - Si el VPH-AR es **negativo**, se le explicará que volverá a ser invitada, por carta, al cabo de 3 años para realizar un **CO-TEST** (citología y VPH-AR), petición “Cribado Poblacional Ca Cérvix CoTest”:
 - Si es **positivo** se derivará a la mujer al Servicio de Ginecología de su HR.
 - Si es **negativo** volverá al cribado rutinario (citología cada 3 años).
- Si la citología es **positiva** (excepto ASC-US, sería el resto de los resultados del apartado “Anormalidad en células epiteliales” del sistema Bethesda 2014, [Anexo V](#)), se derivará a la mujer al Servicio de Ginecología de su HR.

Las mujeres que acudan a realizar el cribado correspondiente con 32, 33 o 34 años de edad y que tengan como resultado citología ASC-US con VPH-AR negativo tienen indicación de hacer un CO-TEST a los 3 años como se puede ver en el algoritmo anterior; su próxima invitación al cribado será a los 35, 36 o 37 años respectivamente, y a pesar de que a estas mujeres por su edad ya les correspondería el algoritmo de “CRIBADO EN MUJERES DE 35 A 65 AÑOS”, es importante recordar que hay que realizarles el CO-TEST que tenían pendiente, en lugar de solicitar solamente una prueba VPH-AR, y si ese CO-TEST es negativo ya pasarían al cribado rutinario cada 5 años con prueba de VPH-AR de dicho algoritmo.

5.3.4.2.

Algoritmo de actuación en el grupo de edad entre 35-65 años

Se recogerá una muestra para solicitar la prueba primaria de cribado “Cribado Poblacional Ca Cérvix VPH-AR 35-65 años” con el material específico con torunda para la determinación de VPH-AR y se enviará al Servicio de Microbiología del HUCA.

Cuando sea necesario solicitar “Cribado Poblacional Ca Cérvix Citología de TRIAJE” se recogerá una muestra de CBL y se remitirá al Servicio de Anatomía Patológica del HUCA.

Cuando la petición que se precise sea “Cribado Poblacional Ca Cérvix CoTest” se realizará dobles toma de muestra (citología y detección VPH-AR), por lo que se recogerá:

1. siempre en 1^{er} lugar una muestra de CBL que se enviará al Servicio de Anatomía Patológica del HUCA,
2. y, a continuación, otra muestra utilizando el material específico con torunda para la prueba VPH-AR que se remitirá al Servicio de Microbiología del HUCA.

Todo ello a través del procedimiento establecido en cada Área.

El Programa también contempla el empleo de nuevos sistemas de recogida de la muestra, como los dispositivos de autotoma, que permiten que la obtención de la muestra para la determinación de VPH-AR como prueba primaria de cribado pueda ser realizada por la propia mujer en su domicilio, y ser entregada en el Centro de Salud que le corresponda.

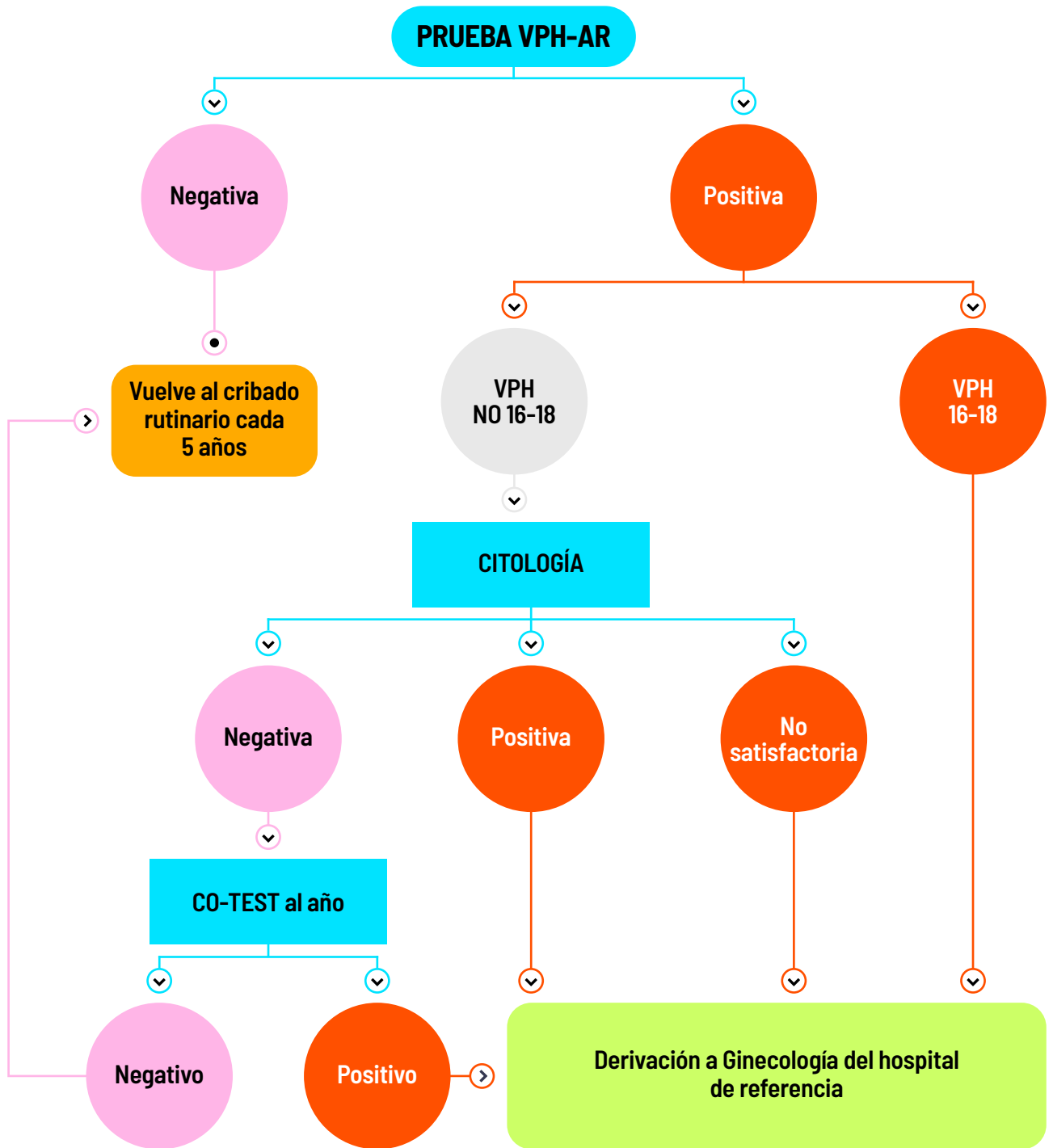
Si el resultado de la prueba primaria de cribado VPH-AR fuera **no valorable**, como no es necesario un tiempo de espera para su repetición, en este caso se concertaría una nueva cita, para repetir dicha prueba, cuando sea posible.

Pruebas del cribado desde Atención Primaria (Grupo 35-65 años)	Servicio	Centro
Cribado Poblacional Ca Cérvix VPH-AR 35-65 años	Microbiología	HUCA
Cribado Poblacional Ca Cérvix Citología de TRIAJE	Anatomía Patológica	
Cribado Poblacional Ca Cérvix CoTest	Anatomía Patológica Microbiología	

En función del resultado obtenido se procederá, en Atención Primaria, tal como se detalla en el siguiente algoritmo de **“CRIBADO EN MUJERES DE 35 A 65 AÑOS”** ([Anexo VI](#)):

- Si el resultado de VPH-AR es **negativo** se informará a la usuaria, a través del envío de una carta, por la Gerencia de Área correspondiente ([ver apartado 5.3.4](#)); la mujer volverá a ser invitada al cribado a los 5 años.

CRIBADO EN MUJERES DE 35 A 65 AÑOS



- En el caso de que el resultado de VPH-AR sea **positivo**, en función del genotipado:
 - Si el VPH-AR es **16/18** se derivará a la mujer al Servicio de Ginecología de su HR.
 - Si el VPH-AR es **no 16/18**, se contactará telefónicamente con la mujer para informarle del resultado y se concertará una nueva cita para realizar una **CITOLOGÍA**, petición “Cribado Poblacional Ca Cérvix Citología de TRIAJE”:
 - Si la citología es **positiva** (a diferencia del grupo de edad 25-34 años aquí se incluye ASC-US), o bien si la citología es **no concluyente/no satisfactoria** se derivará a la mujer al Servicio de Ginecología de su HR.
 - Si la citología es **negativa** esa mujer será invitada, por carta, al cabo de un año para realizar un **CO-TEST** (citología y VPH-AR), petición “Cribado Poblacional Ca Cérvix CoTest”:
 - » Si es **positivo** se derivará a la mujer al Servicio de Ginecología de su HR.
 - » Si es **negativo** volverá al cribado rutinario (VPH-AR cada 5 años).
 - Existe la opción (sistema Bethesda 2014, [Anexo V](#)) de que la citología venga informada como “**células endometriales en mujeres de 45 años de edad o más (especificar si es negativa para lesión intraepitelial escamosa)**”, en estos casos:
 - » Si fuera **positiva** para lesión intraepitelial o malignidad ya entraría en el apartado de citología positiva por lo que tendría que ser valorada por Ginecología.
 - » Si fuera **negativa** para lesión intraepitelial o malignidad, en mujeres **postmenopáusicas** también precisaría valoración por Ginecología, ya que según las guías SEGO y AEPCC, en estas mujeres se recomienda descartar patología endometrial ([Anexo VII](#)). Esta valoración es independiente del cribado poblacional del cáncer de cérvix ya que se trata de descartar patología endometrial, por lo que estas mujeres continuarán dentro del cribado salvo que tras la evaluación por parte del Servicio de Ginecología indique lo contrario.

Las mujeres postmenopáusicas con VPH-AR positivo para genotipado No 16-18 y con citología negativa para lesión intraepitelial o malignidad, que sean derivadas al Servicio de Ginecología por “células endometriales en mujeres de 45 años de edad o más” y se descarte patología, **esos casos en concreto, continuarán a cargo de dicho Servicio hasta que le realicen el CO-TEST que le correspondería al año** según el algoritmo de “CRIBADO EN MUJERES DE 35 A 65 AÑOS”, y en función de su resultado será el/la ginecólogo/a quien determinará si puede volver al cribado rutinario o no.

5.3.5.

Derivación a Ginecología tras resultado positivo de cribado

Un resultado anormal de la citología no supone un diagnóstico definitivo ya que este debe confirmarse siempre con histología, mediante biopsia dirigida por colposcopia. Es importante tener en consideración que el resultado de una citología anormal puede causar inquietud y ansiedad en la paciente, por lo que se debe transmitir adecuadamente la información para atenuar dicha ansiedad y facilitar el seguimiento antes de derivar a colposcopia. Se le explicará en qué consiste una colposcopia, y la posibilidad de que en el caso de que el/la ginecólogo/a visualice alguna alteración, en el cérvix, sugestiva de lesión procederá a la realización de una biopsia.

Es muy importante que el tiempo de espera para realizar una colposcopia una vez obtenidos los resultados de las pruebas de cribado no implique un agravamiento del pronóstico, sobre todo en aquellos casos con mayor riesgo o con sospecha de lesiones invasivas.

En la siguiente tabla se muestran los estándares de calidad en cuanto a los tiempos de espera para realizar una colposcopia según la Guía de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (Torné et al, 2018):

Tiempo de espera para realizar una COLPOSCOPIA	Estándares de CALIDAD	Recomendaciones
Pacientes asintomáticas con: <ul style="list-style-type: none">• citología de ASCUS y determinación de VPH positiva• citología de LSIL	< 8 semanas	≥ 80% de los casos
Pacientes asintomáticas con: <ul style="list-style-type: none">• citología de HSIL• citología de ASC-H• citología de ACG o ACG-H	< 4 semanas	
Pacientes asintomáticas con citología de AIS	< 2 semanas	
Pacientes con síntomas sugestivos de CCU		
Pacientes con cuello uterino macroscópicamente anormal en la toma de cribado	< 12 semanas	
Paciente asintomática con prueba VPH positiva persistente al menos 1 año y citología negativa		

En función de los resultados de la colposcopia, y biopsia si precisa, el/la ginecólogo/a decidirá si esa mujer vuelve al cribado rutinario o sigue a su cargo, **a excepción de que requiera cribado al menos durante 20-25 años** ya que en este caso continuará a seguimiento por el Servicio de Ginecología quien llevará a cabo dicho cribado.

06.

Evaluación del Programa

Uno de los aspectos esenciales del Programa de Cribado Poblacional de Cáncer de Cérvix es su evaluación. Para calcular los indicadores necesarios para su evaluación se necesita un buen sistema de información. Se diseñará y se implantará un sistema de información que permita el seguimiento y evaluación del cribado poblacional del cáncer de cuello de útero con los requisitos definidos en la Orden SCB/480/2019, de 26 de abril. Este sistema de información generará información propia derivada de la actividad del Programa, pero también deberá interactuar con otras fuentes o sistemas de información principalmente con fuentes que permitan definir y depurar la población diana del Programa (tarjeta sanitaria, registro de mortalidad, etc.) y con fuentes clínicas que proporcionen resultados de pruebas diagnósticas y las características de la enfermedad diagnosticada.

Se realizará una evaluación del proceso y de los resultados precoces predictores del impacto del Programa, ya que los resultados del efecto/impacto del Programa en la mortalidad e incidencia de cáncer de cérvix en la población se obtendrán a medio/largo plazo.

Para la evaluación de proceso y resultados se ha realizado una selección de indicadores basada en los siguientes documentos:

- European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second Edition - Supplements (Anttila et al, 2015).
- Programa de Cribado Poblacional del Cáncer de Cérvix en Euskadi, versión 1.2 (Osakidetza, 2020).
- Programa de Prevención y Detección Precoz del Cáncer de Cuello de Útero en Castilla y León en su edición de 2021.

6.1. Indicadores

6.1.1.

Alcance del cribado

Extensión del Programa

$$\frac{\text{Nº de mujeres de la población diana cubiertas por el Programa}}{\text{Nº de mujeres de la población diana en Asturias}}$$

Cobertura de la invitación

$$\frac{\text{Nº de mujeres invitadas a lo largo del intervalo de cribado (3-5 años)}}{\text{Nº de mujeres de la población diana (3-5 años)}}$$

Cobertura del examen (citología / pruebas primarias de VPH)

$$\frac{\text{Nº de mujeres cribadas al menos una vez a lo largo del periodo de cribado (3-5 años)}}{\text{Nº de mujeres de la población diana (3-5 años)}}$$

1. Cobertura con citología como prueba primaria

$$\frac{\text{Nº de mujeres cribadas con citología primaria al menos una vez a lo largo del periodo de cribado (3 años)}}{\text{Nº de mujeres de la población diana (3 años)}}$$

2. Cobertura con test VPH-AR como prueba primaria

$$\frac{\text{Nº de mujeres cribadas con test VPH-AR primario al menos una vez a lo largo del periodo de cribado (5 años)}}{\text{Nº de mujeres de la población diana (5 años)}}$$

Adherencia

$$\frac{\text{Nº de mujeres a las que les toca revisión en el año y participan}}{\text{Nº de mujeres a las que les toca revisión en el año}}$$

Cumplimiento de la invitación (tasa de participación)

$$\frac{\text{Nº de mujeres invitadas en un periodo determinado con toma de muestra cérvico-vaginal para citología o para test VPH-AR primario}}{\text{Nº de mujeres de la población elegible invitadas a realizar citología o test VPH-AR en ese periodo}}$$

Incidencia de cáncer invasivo en mujeres no sometidas a cribado y subcruzadas en un intervalo determinado (3,5 para el cribado basado en citología; y 5,5 para la detección primaria del VPH)

$$\frac{\text{Nº de cánceres invasivos en mujeres no cribadas}}{\text{Nº de mujeres no cribadas (3,5 o 5,5 años)}}$$

6.1.2.

Rendimiento de la prueba de detección

Distribución de las mujeres cribadas según los resultados de la citología / resultado de la prueba primaria del VPH

1. Distribución de mujeres cribadas con citología según resultado citológico

$$\frac{\text{Nº de mujeres cribadas por diagnóstico citológico}}{\text{Nº de mujeres cribadas}}$$

2. Distribución de mujeres cribadas según resultado VPH

$$\frac{\text{Nº de mujeres cribadas por resultado VPH-AR (VPH-AR positivo y negativo)}}{\text{Nº de mujeres cribadas}}$$

Tasa de repetición de citología como prueba primaria (no concluyente)

$$\frac{\text{Nº de mujeres cribadas con indicación de repetir la citología en un periodo menor del intervalo normal de cribado}}{\text{Nº de mujeres cribadas mediante citología}}$$

Cumplimiento de repetición de citología como prueba primaria

Nº de mujeres que repiten citología tras esta indicación

Nº de mujeres con indicación de repetir citología

Proporción de citologías con resultado positivo

Nº de citologías con resultado positivo en un periodo determinado

Nº de citologías realizadas en ese mismo período de tiempo

Frecuencia de lesiones morfológicas de las citologías según clasificación Bethesda utilizada

Nº de lesiones morfológicas correspondiente × 100

Nº de citologías con resultado positivo

Proporción de determinaciones de VPH-AR positivas genotipo 16-18

Nº de resultados de VPH positivo 16-18 × 100

Nº de determinaciones de VPH

Proporción de determinaciones de VPH-AR positivas genotipo no 16-18

Nº de resultados de VPH positivos de alto riesgo (no 16-18) × 100

Nº de determinaciones de VPH

Proporción de VPH-AR no valorables

Nº de resultados de VPH no valorables × 100

Nº de determinaciones de VPH

Tasa de triaje con test VPH-AR en mujeres con citología primaria

Nº de mujeres cribadas con citología e indicación de triaje con test VPH-AR

Nº de mujeres cribadas mediante citología

Tasa de triaje con citología en mujeres con cribado primario con test VPH-AR

$$\frac{\text{Nº de mujeres cribadas con test VPH-AR e indicación de triaje con citología}}{\text{Nº de mujeres cribadas mediante VPH-AR}}$$

Tasa de co-test tras cribado primario con VPH-AR y citología de triaje negativa

$$\frac{\text{Nº de mujeres con cribado primario con VPH-AR y citología de triaje negativa que han realizado co-test a los 12 meses}}{\text{Nº de mujeres con cribado primario con VPH-AR}}$$

Cumplimiento de realización de co-test tras cribado primario con VPH-AR y citología de triaje negativa

$$\frac{\text{Nº de mujeres con cribado primario con VPH-AR y citología de triaje negativa que han realizado co-test a los 12 meses}}{\text{Nº de mujeres con cribado primario con VPH-AR y citología de triaje negativa}}$$

Tasa de derivación para colposcopia (en exámenes de detección basados en citología / VPH)

$$\frac{\text{Nº de mujeres cribadas derivadas a colposcopia}}{\text{Nº de mujeres cribadas}}$$

Valor predictivo positivo de la derivación para colposcopia después de la citología / prueba primaria de VPH

$$\frac{\text{Nº de mujeres sometidas a cribado que se sometieron a una colposcopia con CIN confirmado}}{\text{Nº de mujeres sometidas a cribado que se sometieron a una colposcopia}}$$

(Si se desconoce el número de mujeres a las que se les realizó una colposcopia, se calculará utilizando el número de mujeres derivadas a colposcopia).

Prueba de especificidad

$$\frac{\text{Nº de mujeres cribadas con resultado de no derivación a colposcopia (cribado normal)}}{\text{Nº de mujeres cribadas con resultado de no derivación a colposcopia (cribado normal) + Nº de mujeres cribadas derivadas a colposcopia que no se le diagnostica CIN}}$$

Tasa de detección por diagnóstico histológico

$$\frac{\text{Nº de mujeres con CIN histológicamente confirmada}}{\text{Nº de mujeres cribadas}}$$

Incidencia de cáncer después de una citología normal / prueba primaria de VPH normal

1. Incidencia de cáncer tras citología normal

$$\frac{\text{Nº de mujeres cribadas con cáncer de cérvix invasivo detectado en el intervalo de 3,5 años tras una citología normal}}{\text{Nº de personas-año de mujeres cribadas en el mismo periodo con citología normal}}$$

2. Incidencia de cáncer tras VPH (-) en cribado primario

$$\frac{\text{Nº de mujeres cribadas con cáncer de cérvix invasivo detectado en el intervalo de 5,5 años tras un test VPH-AR (-)}}{\text{Nº de personas-año de mujeres cribadas en el mismo periodo con VPH-AR (-)}}$$

6.1.3.

Evaluación diagnóstica, tratamiento y seguimiento postratamiento

Cumplimiento de la derivación para colposcopia en citología / prueba de detección basada en el VPH

$$\frac{\text{Nº de mujeres cribadas que han realizado colposcopia}}{\text{Nº de mujeres cribadas derivadas a colposcopia}}$$

Tratamiento de lesiones intraepiteliales de alto grado

$$\frac{\text{Nº de mujeres con CIN 2 o CIN 3 detectadas en cribado y tratadas}}{\text{Nº de mujeres con CIN2 o CIN3 detectadas en cribado}}$$

Proporción de mujeres histerectomizadas en lesiones intraepiteliales detectadas por cribado

$$\frac{\text{Nº de mujeres cribadas con CIN histerectomizadas}}{\text{Nº de mujeres cribadas con CIN}}$$

Proporción de mujeres tratadas con CIN1

$$\frac{\text{Nº de mujeres con CIN1 detectadas en cribado y tratadas}}{\text{Nº de mujeres con CIN1 detectadas en cribado}}$$

Incidencia de cáncer invasivo tras cribado positivo

$$\frac{\text{Nº de casos de cáncer invasivo en mujeres con cribado positivo}}{\text{Nº de mujeres cribadas con cribado positivo}}$$

1. Incidencia de cáncer invasivo tras citología anormal

$$\frac{\text{Nº de casos de cáncer invasivo en mujeres con citología anormal}}{\text{Nº de mujeres cribadas con citología anormal}}$$

2. Incidencia de cáncer invasivo tras VPH-AR positivo

$$\frac{\text{Nº de casos de cáncer invasivo en mujeres con VPH-AR positivo}}{\text{Nº de mujeres cribadas con VPH-AR positivo}}$$

Proporción de mujeres con citología negativa para SIL o test VPH-AR (-) o co-test negativo, 6 meses después del tratamiento

$$\frac{\text{Nº de mujeres cribadas y tratadas con citología negativa o VPH-AR (-) o co-test negativo 6 meses tras el tratamiento}}{\text{Nº de mujeres cribadas y tratadas con seguimiento a los 6 meses}}$$

6.1.4.

Otros indicadores

Tiempo de espera para realizar una colposcopia (según estándares de calidad de la AEPCG-Guía: COLPOSCOPIA. ESTÁNDARES DE CALIDAD. 2018)

Promedio de demora entre la fecha de emisión del informe de resultados de cribado positivo y la fecha de realización de la colposcopia en Ginecología (según motivo)

Porcentaje de pacientes en que se documenta el estado de la unión escamo columnar (UEC), (La Federación Europea de Colposcopia recomienda 100%)

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de colposcopias en las que se describe la UEC}}{\text{N}^{\circ} \text{ de colposcopias}}$$

Documentación de la impresión colposcópica (Asociación Americana, ASCCP, recomienda 80%)

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de mujeres con colposcopia en la que se define la impresión (Normal, Cambios grado 1, 2 o cáncer)}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de colposcopias}}$$

Colposcopia previa a conización (La Federación Europea de Colposcopia recomienda 100%)

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de mujeres con colposcopia previa a conización}}{\text{N}^{\circ} \text{ de mujeres tratadas mediante conización}}$$

Porcentaje de conizaciones con márgenes libres (La Federación Europea de Colposcopia recomienda al menos 80%)

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de mujeres con márgenes libres en el cono}}{\text{N}^{\circ} \text{ de mujeres tratadas mediante conización}}$$

07.

Abreviaturas

AEPPC: Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia.

AGC: Atypical glandular cells (Células glandulares atípicas).

AGC-H: Atipia de células glandulares que no pueden descartar lesión de alto grado.

AGC-N: Atypical glandular cells in favor of neoplastic (Células glandulares con atipias a favor de neoplásicas).

AIS: Adenocarcinoma “in situ”.

APC: Annual Percent Change (Porcentaje anual de cambio).

ASCCP: American Society for Colposcopy and Cervical Pathology.

ASC-H: Atypical squamous cells – cannot exclude HSIL-high grade squamous epithelial lesions (Células escamosas atípicas, no permite descartar lesión intraepitelial de alto grado).

ASR: Age Standardized Rate (tasa estandarizada por edad).

ASC-US: Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (Células escamosas atípicas de significado indeterminado).

CBL: Citología en base líquida.

CCAA: Comunidades Autónomas.

CCU: Cáncer de cuello uterino, o de cérvix, o de cuello de útero.

CIE-10: Código Internacional de Enfermedades, 10.^a revisión.

CIE-O-3: Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, 3.^a edición.

CIN: Neoplasia cervical intraepitelial.

CISNS: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

CO-TEST, CoTest o co-test: Citología y prueba de detección del virus del papiloma humano de alto riesgo simultáneamente.

CS: Centro de Salud.

C53: Neoplasia maligna de cuello de útero (CIE-10).

C53: Cuello uterino (CIE-0-3).

DGSP: Dirección General de Salud Pública.

FPP: Fecha probable de parto.

GCO: Global Cancer Observatory.

HSIL (HGSIL): High Grade Squamous Intraepitelial Lesion (Lesión escamosa intraepitelial de alto grado).

HR: Hospital de referencia.

HUCA: Hospital Universitario Central de Asturias.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

ITS: Infecciones de transmisión sexual.

LSIL (LGSIL): Low Grade Squamous Intraepitelial Lesion (Lesión escamosa intraepitelial de grado bajo).

MAP: Médico de Atención Primaria.

MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

REDECAN: Red Española de Registros de Cáncer.

SEAP: Sociedad Española de Anatomía Patológica.

SEC: Sociedad Española de Citología.

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

SESPA: Servicio de Salud del Principado de Asturias.

SIPRES: Sistema de Información de Población y Recursos Sanitarios.

SMS: Short Message Service (Servicio de Mensajes Cortos).

SNS: Sistema Nacional de Salud.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Adquirida.

VPH: Virus del Papiloma Humano.

VPH-AR: Virus del Papiloma Humano de Alto Riesgo.

VPH-BR: Virus del Papiloma Humano de Bajo Riesgo.

08.

Referencias bibliográficas

- AEPCC-Guía: Colposcopia. Estándares de calidad. Coordinador: Tomé A. Secretaria: del Pino M. Autores: Andía D., Castro M., de la Fuente J., Hernández J.J., López J.A., Martínez J.C., Medina N., Quílez J.C., Ramírez M., Ramón y Cajal J.M. Publicaciones AEPCC. 2018; pp: 1-80.
- AEPCC-Guía: Métodos anticonceptivos y VPH. Coordinador: Quílez J. Autores: Bosch J.M., Serrano J.R., J.R., González, J.V., Lobo P., López-Arregui E., Ramón y Cajal J.M., Vanrell C. Revisores externos: Andía D., del Pino M., Torné. Publicaciones AEPCC. 2018; pp: 1-47.
- AEPCC-Guía: Prevención del cáncer de cuello de útero 2014. Publicaciones AEPCC, Noviembre 2015.
- AEPCC-Guía: Prevención secundaria del cancer de cuello del útero, 2022. Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado. Coordinador: Torné A. Secretaria: del Pino M. Autores: Torné A; Andía, D; Bruni L; Centeno C; Coronado P; Cruz Quílez J; de la Fuente J; de Sanjosé S; Ibáñez R; Lloveras B; Lubrano A Matías Guiu X; Medina N; Ordi J; Ramírez M; del Pino M.
- AEPCC-Guía: Vacunación selectiva frente al virus del papiloma humano en poblaciones de riesgo elevado. Coordinador: Campins, M. Autores: Alemany L., Bayas J.M., Borrueal N., Campins M., Castellsagué X., Curran A., Díaz de Heredia C., Martínez X., Moraga-Llop F.A, Torné A. Revisores-Editores: Torné A., del Pino M. Publicaciones AEPCC. 2016; pp: 1-46. ISBN 978-84-617-6553-9.
- Bouvard, Véronique, et al. "The IARC Perspective on Cervical Cancer Screening." *New England Journal of Medicine* 385.20 (2021): 1908-1918.
- Bornstein, J., et al. Nomenclatura de la Federación Internacional de Colposcopia y Patología Cervical: IFCPC 2011. *Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior*, 2012, vol. 4, no 7.
- Castellsagué X, Iftner T, Roura E, Vidart JA, Kjaer SK, Bosch FX, Muñoz N, Palacios S, San Martin Rodriguez M, Serradell L, Torcel-Pagnon L, Cortes J; CLEOPATRE Spain Study Group. Prevalence and genotype distribution of human papillomavirus infection of the cervix in Spain: the CLEOPATRE study. *J Med Virol*. 2012 Jun; 84(6):947-56. doi: 10.1002/jmv.23282.
- Castellsagué X. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2008; 110(3).

- Castillo M, Astudillo A, Clavero O, Velasco J, Ibáñez R, Desanjosé S. Poor cervical cancer screening attendance and false negatives. A call for organized screening. PLoS One. 2016; 11(8):1-9.
- Circular 01/2019, de 23 de mayo de 2019 de la DGSP. Actualización en vacunación no sistemática frente al VPH en Asturias 2019.
- Circular 01/2021, de 23 de junio de 2021 de la DGSP. Actualización del Programa de Vacunaciones de Asturias para 2021.
- Comisión Europea, Dirección General de Sanidad y Consumidores, EAHC. Agencia Ejecutiva de Sanidad y Consumo, IARC. OMS. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2nd ed. Editors: Arbin M, Anttila A, von Karsa L. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2008.
- Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Virus del papiloma humano. Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; ene/2021. [consultado el 10/08/2021]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-42>
- Curso de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino. E-oncología. ICO-Institut Catalá d'Oncología. 2020.
- Curso de Cáncer de Cuello Uterino: Prevención y Cribado. E-oncología. ICO-Institut Catalá d'Oncología. 2021.
- De Sanjosé, Silvia. Cambios en el cribado del cáncer de cuello uterino. Atención Primaria, 2016, vol. 48, no 9, p. 563.
- Documento de consenso sobre el programa de cribado de cáncer de cérvix en el SNS. Grupo de Trabajo sobre cribado de cáncer de cérvix en el SNS 2015-2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, abril 2016.
- Documento marco sobre cribado poblacional. Documento aprobado por la 177ª Comisión de Salud Pública celebrada el 15 de diciembre de 2010. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Cribado/documentomarcoCribado.htm>
- ECCA (Asociación Europea de Cáncer de Cuello Uterino). Cribado de cáncer de cuello uterino. http://www.ecca.info/fileadmin/user_upload/Brochures/Spain/L1_ES_ES_D.pdf
- Estimaciones de la incidencia del cáncer en España, 2021. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), 2021.
- Estimaciones de la incidencia del cáncer en España, 2022. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), 2022.
- Estimaciones de la incidencia del cáncer en España, 2023. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), 2023.

- Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 24 de febrero de 2021. Sanidad 2021. Ministerio de Sanidad.
- European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2nd ed. Supplements, 2015 (in press).
- Examen de cérvix en el NHS, le ayudamos a decidir. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/523372/NHS-cervical-screening-helping-you-decide-spanish.pdf
- Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>
- Globocan 2020. Global Cancer observatory. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization.
- Grulich AE, van Leeuwen MT, Falster MO, Vajdic CM. Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. Lancet 2007; 370:59-67.
- Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España, 2014. Documento de consenso de las sociedades científicas AEPC, SEGO, SEAP-IAP y SEC. Editado por AEPC.
- Hoover RN, Hyer M, Pfeiffer RM, et al. Adverse health outcomes in women exposed in utero to diethylstilbestrol. New England Journal of Medicine 2011; 365(14):1304-1314.
- Ibañez R, Alejo M, Combalia N, Tarroch X, Autonell J, Codina L, et al. Underscreened Women Remain Overrepresented in the Pool of Cervical Cancer Cases in Spain: A Need to Rethink the Screening Interventions. Biomed Res Int. 2015; 2015:605375.
- Infección por el Virus del Papiloma Humano. Lesiones premalignas y cáncer. AEPC, 2016.
- Liao JB, Fisher CE, Madeleine MM. Gynecologic cancers and solid organ transplantation. Am J Transplant 2019; 19:1266-77.
- Marzo-Castillejo M, Vela-Vallespín C, Bellas-Beceiro B, Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón, E, Vilarrubí-Estrella M, Nuin-Villanueva M. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPs 2018. Aten Primaria. 2018; 50 (Supl 1): 41-65.
- Marzo-Castillejo M, Vela-Vallespín C, Bellas-Beceiro B, Bartolomé-Moreno C, Ginés-Díaz Y, Melús-Palazón E. Grupo de expertos de Cáncer del PAPPs. Recomendaciones de Prevención del Cáncer. Actualización PAPPs 2020. Aten primaria. 2020 Nov; 52 (S2):44-69.
- Moreno Barrios María Carolina. Actualización en el reporte de citología cervicovaginal basado en el Sistema Bethesda 2014. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2017 Mar [citado 2021 Ago 19]; 77 (1): 58-66. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pi-

[d=S0048-77322017000100008&lng=es](https://doi.org/10.1002/cncy.21521)

- Moscicki A-B, Flowers L, Huchko MJ, Long ME, MacLaughlin KL, Murphy J, et al. Guidelines for Cervical Cancer Screening in Immunosuppressed Women Without HIV Infection. *J Low Genit Tract Dis* 2019; 23:87-101.
- Nayar R, Wilbur DC. The Pap test and Bethesda 2014. *Cancer Cytopathol.* 2015 May; 123(5): 271-81. doi: 10.1002/cncy.21521.
- Oncoguía SEGO: Prevención del cáncer de cuello de útero. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO, Octubre 2014.
- Oncoguía SEGO: Cáncer de cuello uterino. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO; 2018.
- 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. Boletín Oficial del Estado, núm. 101, de 27 de abril de 2019, páginas 43018 a 43028. Recuperado de: <https://www.boe.es/eli/es/o/2019/04/26/scb480>
- Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los Anexos I, II y III 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. Boletín Oficial del Estado, núm. 269, de 6 de noviembre de 2014, páginas 91369 a 91382. Recuperado de: <https://www.boe.es/eli/es/o/2014/10/31/ssi2065>
- Ortega Quiñonero, P. Impacto de la vacuna frente al virus del papiloma humano en mujeres conizadas por lesión premaligna de cérvix [tesis doctoral]. Universidad de Murcia. Departamento de Ciencias de la Salud; 2018. <http://hdl.handle.net/10952/3416>
- Programa de cribado poblacional de cáncer de cérvix en Euskadi: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_osaesk_program_cancer_cerv/es_def/adjuntos/Programa-cribado-cancer-cervix-6-7-2020.pdf
- Programa de prevención y detección precoz de cáncer de cuello de útero en Castilla y León (edición 2012): https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/programa-prevencion-deteccion-precoz-cancer-cuello-utero-ca.ficheros/1079289-Programa%20de%20Prevenci%C3%B3n%20y%20Detecci%C3%B3n%20Cancer%20de%20Cuello%20de%20%C3%A9tero_2012.pdf
- Programa de prevención y detección precoz de cáncer de cuello de útero en Castilla y León (edición 2021): <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/programa-prevencion-deteccion-precoz-cancer-cuello-utero-ca.ficheros/1946165-Programa%20de%20prevenci%C3%B3n%20y%20detecci%C3%B3n%20>

[precoz%20del%20c%C3%A1ncer%20de%20cuello%20de%20uterio%20%28edici%C3%B3n%202021%29.pdf](#)

- Recomendaciones para el desarrollo del programa de cribado de cáncer de cérvix en Aragón:https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Recos_desarrollo_cribado_cancer_cervix.pdf/7beb6482-d320-3baf-2dee-7c1856016f99
- Resolución de 6 de marzo de 2023, de la Consejería de Salud, por la que se aprueba el nuevo calendario oficial de vacunaciones infantiles en el Principado de Asturias. (BOPA núm. 49, de 13-III-2023).
- Ronco G, Dillner J, Elfstrom KM, Tunesi S, Snijders PJ, Arbyn M, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet*. 2014; 383: 524-32.
- SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). Lo que toda mujer necesita saber sobre la prevención del cáncer de cuello de útero. http://www.sego.es/Content/pdf/folleto_acordeon.pdf
- Torné A, del Pino M, Cusidó M, Alameda F, Andía D, Castellsagué X, et al. Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España, 2014. *Prog Obstet Ginecol* 2014; 57(Supl. 1):1-53.
- Verloop J, van Leeuwen FE, Helmerhorst TJ, van Boven HH, Rookus MA. Cancer risk in DES daughters. *Cancer Causes and Control* 2010; 21(7):999-1007.

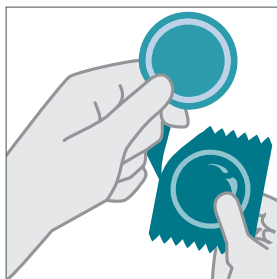
Anexo I. Modo correcto de usar condón masculino

El modo correcto de usar el condón masculino

Condón: qué hacer y qué no hacer

- **USE** condón siempre que tenga relaciones sexuales.
- **COLÓQUESE** el condón antes de tener relaciones sexuales.
- **LEA** las instrucciones del paquete y compruebe la fecha de vencimiento.
- **CERCIÓRESE** de que el condón no tenga defectos o roturas.
- **GUARDE** los condones en un lugar fresco y seco.
- **USE** condones de látex o poliuretano.
- **UTILICE** lubricantes a base de agua o silicona para evitar que se rompa.
- **NO** guarde los condones en su billetera ya que el calor y la fricción los pueden dañar.
- **NO** utilice nonoxinol-9 (un espermicida), ya que puede provocar irritación.
- **NO** utilice productos a base de aceites, como aceite para bebés, lociones, vaselina o aceite de cocina, ya que pueden romper el condón.
- **NO** use más de un condón a la vez.
- **NO** reutilice el condón.

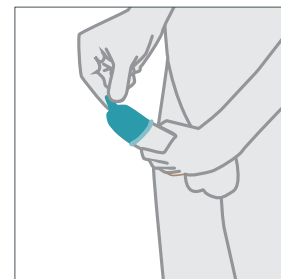
— Modo correcto de colocarse y quitarse el condón masculino —



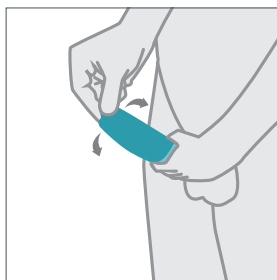
Abra y retire el condón de su envoltura con cuidado.



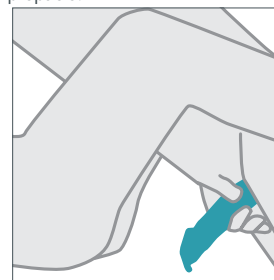
Coloque el condón en la cabeza del pene erecto y firme. Si está circuncidado, primero retraiga el prepucio.



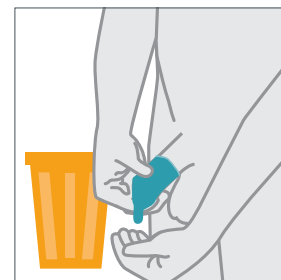
Saque el aire que se encuentre en la punta del condón.



Desenrolle el condón hasta la base del pene.



Al terminar las relaciones sexuales, sostenga el condón desde su base. Luego, retírelo mientras sostiene el condón en el lugar.



Retire el condón cuidadosamente y tírelo a la basura.

Para obtener más información, visite www.cdc.gov/condomeffectiveness



Septiembre 2016

Anexo II. Modo correcto de usar condón femenino

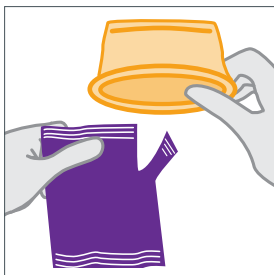
El modo correcto de usar el condón femenino

Uso del condón femenino: qué hacer y qué no hacer

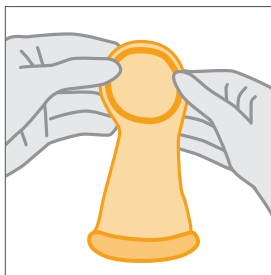
- **USE** el condón femenino de principio a fin, siempre que tenga relaciones sexuales por vía vaginal.*
- **LEA** las instrucciones del paquete de condones y compruebe la fecha de vencimiento.
- **COMPRUEBE** que el condón no esté roto ni dañado.
- **USE** un lubricante para evitar que el condón se deslice y se rompa.
- **GUARDE** los condones femeninos a temperatura ambiente.
- **NO** use el condón masculino junto con el femenino ya que pueden romperse.
- **NO** reutilice el condón femenino.
- **NO** deseche los condones femeninos por el inodoro, ya que pueden obstruirlo.

*El condón femenino también se puede usar para tener relaciones sexuales por vía anal.

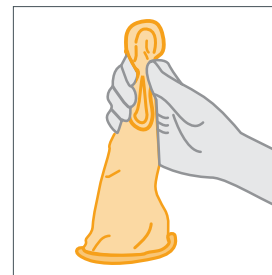
— Cómo colocar y retirar el condón femenino —



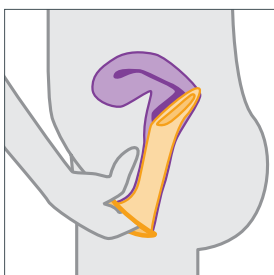
Abra y retire con cuidado el condón femenino de su envoltura para evitar que se rompa.



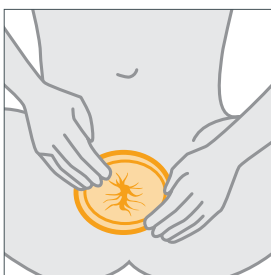
El anillo interno más grueso, que tiene el extremo cerrado, se coloca dentro de la vagina y mantiene el condón en su sitio. El anillo externo más fino permanece en la parte exterior, cubriendo la abertura vaginal.



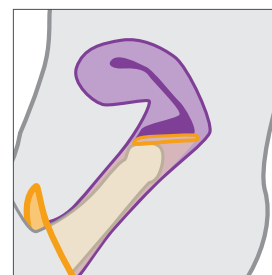
Póngase en una posición cómoda. Sostenga el borde externo del condón por el extremo cerrado, apriete ambos bordes del anillo interno con el índice y el pulgar e introdúzcalo en la vagina. Es como insertar un tampón.



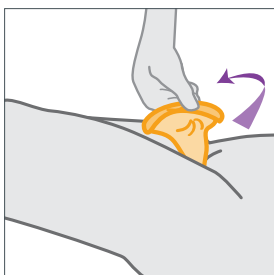
Utilice el dedo para empujar el anillo interno tanto como le sea posible — cerca del hueso del pubis. El condón se abrirá por sí mismo sin que usted lo note.



Asegúrate de que el condón no esté torcido. El anillo externo más fino debe permanecer en la parte exterior de la vagina.



Guíe el pene de su pareja hacia la abertura del condón femenino. Detenga el acto sexual si siente que el pene se ha deslizado entre el condón y la pared vaginal o si el anillo externo se introduce en la vagina.



Para retirarlo, gire suavemente el anillo externo y saque el condón femenino de la vagina.



Tire el condón femenino a la basura después de usarlo una vez. No lo reutilice.

Para obtener más información,
visite
www.cdc.gov/condomeffectiveness



Anexo III. Cómo usar barrera bucal para tener sexo oral

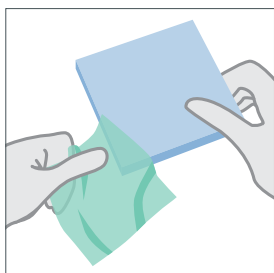
Cómo usar una barrera bucal para tener sexo oral

Las barreras bucales son películas de látex o poliuretano que se usan entre la boca y la vagina o el ano durante el sexo oral.
Las barreras bucales listas para usar se pueden comprar en línea.

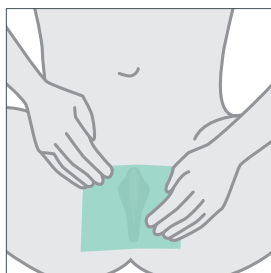
Barreras bucales: qué hacer y qué no hacer

- **USE** una barrera bucal de látex o poliuretano nueva siempre que tenga sexo oral.
- **LEA** las instrucciones del paquete y verifique la fecha de vencimiento.
- **COMPRUEBE** que el condón no tenga defectos o roturas.
- **COLÓQUELA** antes de tener sexo oral y manténgala en su sitio hasta que termine.
- **UTILICE** lubricantes a base de agua o silicona para evitar que se rompa.
- **GUARDE** las barreras bucales en un lugar fresco y seco.
- **NO** reutilice la barrera bucal.
- **NO** estire la barrera bucal ya que puede romperse.
- **NO** utilice nonoxinol-9 (un espermicida), ya que puede provocar irritación.
- **NO** utilice productos a base de aceite, como aceite para bebés, lociones, vaselina o aceite de cocina, ya que pueden dañar o romper la barrera bucal.
- **NO** deseche la barrera bucal por el inodoro, ya que puede obstruirlo.

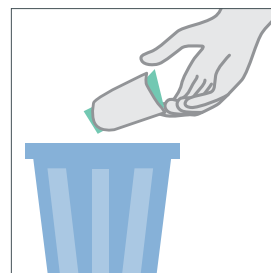
Cómo usar la barrera bucal



Abra y retire con cuidado la barrera bucal de su envoltura.

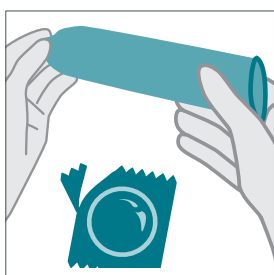


Coloque la barrera bucal de forma tal que cubra la abertura de la vagina o el ano.

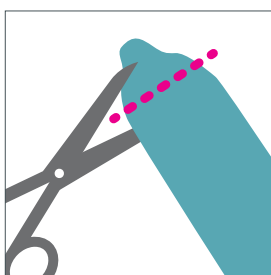


Tire la barrera bucal a la basura.

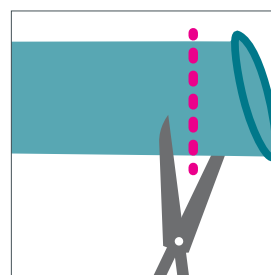
Cómo hacer una barrera bucal con un condón*



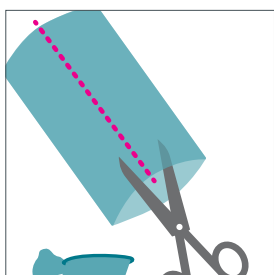
Abra con cuidado la envoltura, retire el condón y desenróllelo.



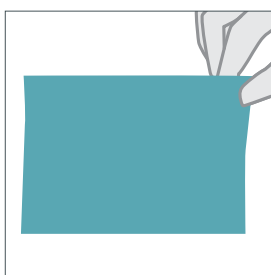
Corte la punta del condón.



Corte el borde superior del condón.



Corte uno de los lados del condón.



Colóquelo de forma plana para que cubra la abertura de la vagina o el ano.

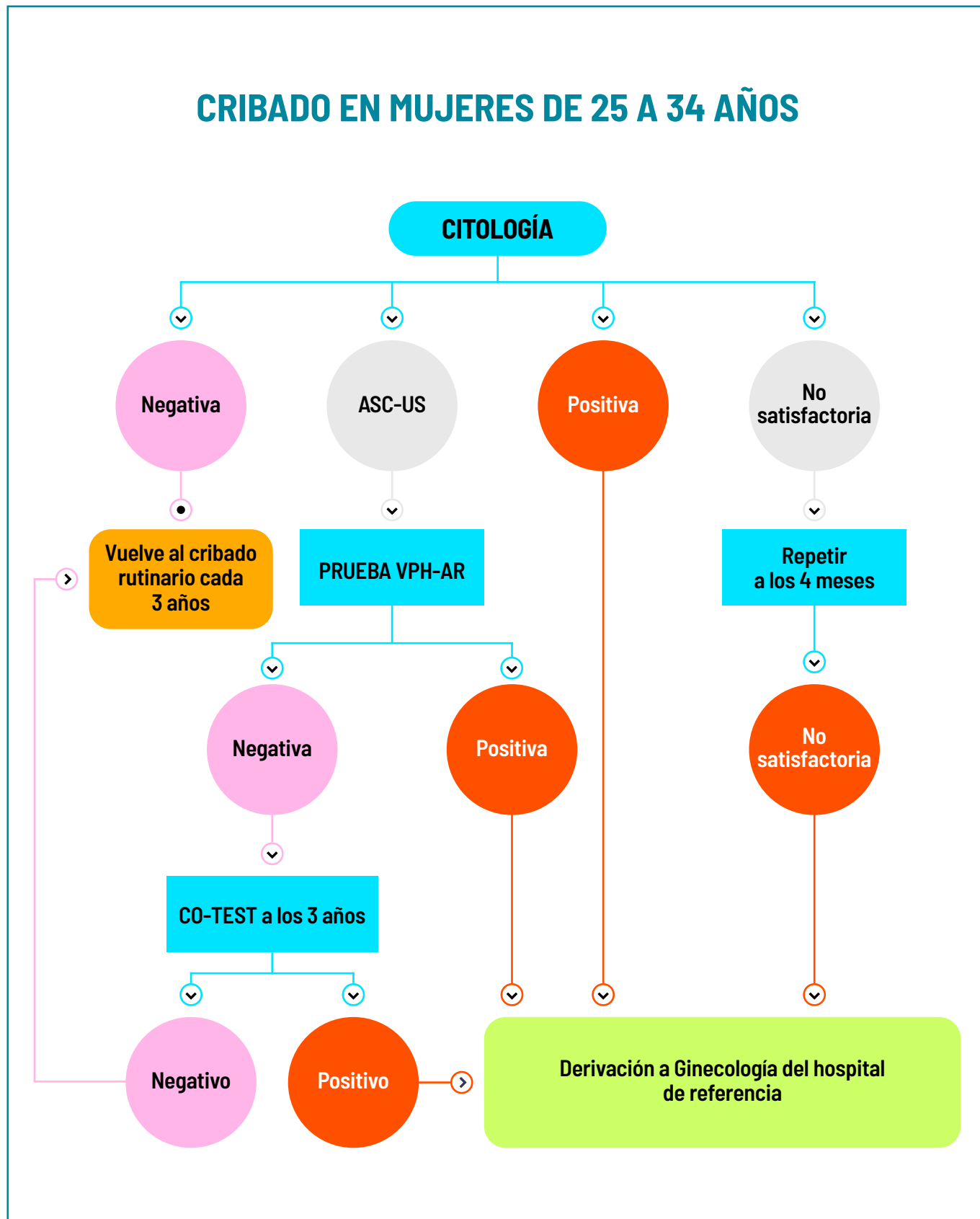
*Cerciórese de que el condón es de látex o poliuretano.

También se puede usar un condón femenino siguiendo el mismo procedimiento.

Para obtener más información, visite www.cdc.gov/condomeffectiveness



Anexo IV. Derivación a Ginecología algoritmo cribado 25-34 años





DERIVACIÓN A GINECOLOGÍA, según el algoritmo, se realizará:

1. Si el resultado de la citología es **ASC-US** y además el resultado de VPH-AR es **Positivo**, **independientemente del genotipado**.
2. Si el resultado de la citología es **Anormalidad en células epiteliales** (células escamosas y/o células glandulares, sistema Bethesda 2014, [Anexo V del Programa](#)), **exceptuando ASC-US**.
3. Si el co-test realizado a los 3 años (en los casos de ASC-US con VPH-AR Negativo) es **Positivo**.
4. Si el resultado de la segunda citología vuelve a ser de nuevo **No satisfactoria** tras haberla repetido a los 4 meses por dicho motivo.

TAMBIÉN SE DERIVARÁ A GINECOLOGÍA la siguiente circunstancia:

Si el resultado del segundo co-test (realizado a los 3 años en los casos de ASC-US con VPH-AR Negativo) vuelve a ser de nuevo **No valorable** tras haber tenido que repetirlo a los 4 meses por dicho motivo.

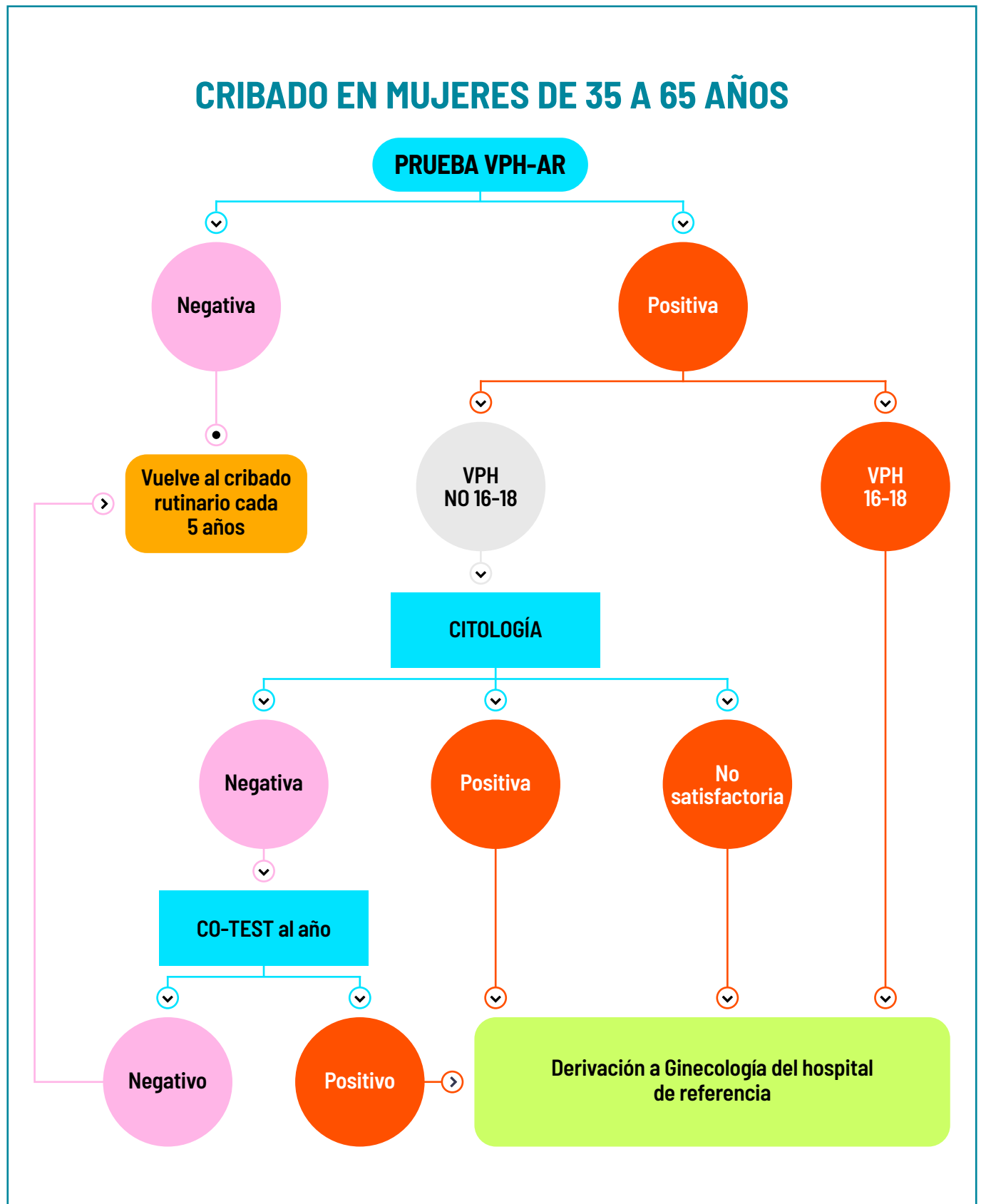
Anexo V. Sistema Bethesda 2014

<p>TIPO DE MUESTRA Se debe indicar si la muestra es convencional o preparación en base líquida.</p>
<p>ADECUACIÓN DE LA MUESTRA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfactoria para evaluación: <ul style="list-style-type: none"> • Presencia o ausencia de componente celular endocervical y/o zona de transformación. • Indicador de calidad: parcialmente oscurecido por sangre, inflamación, etc. • Insatisfactoria para evaluación: <ul style="list-style-type: none"> • Muestra rechazada no procesada por....(especificar la razón). • Muestra procesada y examinada pero inadecuada por....(especificar la razón).
<p>CATEGORIZACIÓN GENERAL (opcional)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negativo para lesión intraepitelial o malignidad. • Anormalidad de células epiteliales (especificar si es en células escamosas o glandulares). • Otro: células endometriales en mujeres de 45 años o más.
<p>INTERPRETACIÓN/RESULTADO</p> <p>Negativa para Lesión Intraepitelial o Malignidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • No existe evidencia celular de neoplasia. <p>Hallazgos no neoplásicos (opcional):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variaciones celulares no neoplásicas: metaplasia escamosa, cambios queratóticos, metaplasia tubal, atrofia y cambios asociados al embarazo • Cambios celulares reactivos asociados a: inflamación (incluida reparación típica), cervicitis folicular, radiación, dispositivo intrauterino. • Células glandulares en mujeres con histerectomía. <p>Organismos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Trichomonas vaginalis</i> • Elementos micóticos morfológicamente compatibles con <i>Candida</i>. • Cambios de la flora vaginal sugestivos de vaginosis bacteriana. • Bacterias de características morfológicamente compatibles con <i>Actinomyces</i>. • Cambios celulares compatibles con herpes simple. • Cambios celulares compatibles con citomegalovirus. <p>Anormalidad en células epiteliales</p> <p>Células escamosas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Células escamosas atípicas <ul style="list-style-type: none"> • Células escamosas con atipias de significado indeterminado (ASC-US). • Células escamosas con atipias que no excluyen una lesión de alto grado (ASC-H). • Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL): VPH / NIC 1 / displasia leve. • Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL): NIC 2-3 / CIS / displasia moderada y severa. • Carcinoma de células escamosas. <p>Células glandulares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Células glandulares atípicas <ul style="list-style-type: none"> • Endocervicales, endometriales, glandulares (cuando no se puede precisar origen). • Células glandulares con atipias a favor neoplasia. • Adenocarcinoma endocervical in situ. • Adenocarcinoma <ul style="list-style-type: none"> • Endocervical, endometrial, extrauterino. • Sin especificar. • Otras neoplasias malignas (especificar) <p>Otro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Células endometriales en mujeres de 45 años de edad o más (especificar si es negativa para lesión intraepitelial escamosa).
<p>PRUEBAS AUXILIARES</p> <p>Se considera útil proponer recomendaciones para pruebas adicionales que pueden ser complementarias para citología. Sugerencias para la detección del ADN del virus del papiloma humano es un ejemplo de prueba adicional que puede ser complementaria de citología.</p>
<p>EVALUACIÓN AUTOMATIZADA</p> <p>Si la evaluación fue automatizada, especificar cuál fue el equipo utilizado y el resultado.</p>
<p>NOTAS EDUCATIVAS Y SUGERENCIAS (OPCIONAL):</p> <p>Las sugerencias deben ser concisas y consistentes con los lineamientos de seguimiento publicados por las organizaciones internacionales (pueden incluirse referencias de publicaciones relevantes).</p>

Tomado de: Nayar y Wilbur 2015.

Fuente: Moreno Barrios María Carolina. Actualización en el reporte de citología cervicovaginal basado en el Sistema Bethesda 2014. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2017 Mar [citado 2021 Ago 19]; 77 (1): 58-66. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322017000100008&lng=es

Anexo VI. Derivación a Ginecología algoritmo cribado 35-65 años



Positiva

VPH
16-18

No
satisfactoria

Positivo

DERIVACIÓN A GINECOLOGÍA, según el algoritmo, se realizará:

1. Si el resultado de VPH-AR es **Positivo para genotipado VPH 16 y/o 18**.
2. Si el resultado de VPH-AR es **Positivo para genotipado NO 16-18**, y además el resultado de citología es Positivo, es decir, **Anormalidad en células epiteliales** (células escamosas y/o células glandulares, sistema Bethesda 2014, [Anexo V del Programa](#)).
3. Si el resultado de VPH-AR es **Positivo para genotipado NO 16-18**, y además el resultado de citología es **No satisfactoria**.
4. Si el co-test realizado al año (en los casos VPH-AR Positivo para genotipado NO 16-18 con citología Negativa para Lesión intraepitelial o Malignidad) es **Positivo**.

TAMBIÉN SE DERIVARÁN A GINECOLOGÍA las siguientes circunstancias:

- a. Si el resultado del segundo co-test (realizado al año en los casos VPH-AR NO 16-18 con citología Negativa para Lesión intraepitelial o Malignidad; o el realizado por cribado inadecuado previo, sin antecedentes de CIN o CCU en los 20 años previos) vuelve a ser de nuevo **No valorable** tras haber tenido que repetirlo a los 4 meses por dicho motivo.
- b. Si el co-test es **Positivo** cuando se precisa realizar por cribado inadecuado previo, sin antecedentes de CIN o CCU en los 20 años previos.
- c. En las mujeres **POSTMENOPÁUSICAS** ([Anexo VII del Programa](#)) en las que el resultado de la citología del algoritmo es **Negativa** para Lesión intraepitelial o Malignidad y consta **Células endometriales en ≥ 45 años** (sistema Bethesda 2014, [Anexo V del Programa](#)) aunque el VPH-AR sea **Positivo para genotipado NO 16-18**, ya que requieren valoración por Ginecología, pese a que esto no forma parte del cribado de cáncer de cérvix.
- d. En las mujeres **POSTMENOPÁUSICAS** ([Anexo VII del Programa](#)) en las que el co-test es **Negativo** pero la citología viene informada como **Células endometriales en ≥ 45 años** (sistema Bethesda 2014, [Anexo V del Programa](#)), ya que requieren valoración por Ginecología, pese a que esto no forma parte del cribado de cáncer de cérvix.

Anexo VII. Citología con presencia de células endometriales

La presencia de células endometriales y células del estroma o histiocitos rara vez está asociada a las lesiones premalignas o cáncer en mujeres jóvenes. Sin embargo, en mujeres postmenopáusicas estos hallazgos se asocian en aproximadamente el 5% con el riesgo de patología que incluye el adenocarcinoma endometrial.

Recomendación

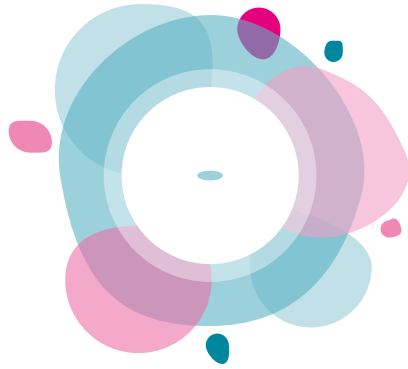
Mujeres premenopáusicas: si la paciente está asintomática, ante la presencia de células benignas endometriales, células estromales endometriales o histiocitos, no se recomienda ninguna evaluación (nivel de evidencia moderado, recomendación fuerte a favor).

Mujeres postmenopáusicas: se recomienda descartar patología endometrial (nivel de evidencia moderado, recomendación fuerte a favor).

Mujeres histerectomizadas: no se recomienda realizar ninguna evaluación (nivel de evidencia moderado, recomendación fuerte a favor).

Fuente: Adaptado de AEPCC-Guía: PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO, 2022. CONDUCTA CLÍNICA ANTE RESULTADOS ANORMALES DE LAS PRUEBAS DE CRIBADO. Coordinador: Tomé A. Secretaria: del Pino M. Autores: Tomé A; Andía D; Bruni L; Centeno C; Coronado P; Cruz Quílez J; de la Fuente J; de Sanjosé S; Ibáñez R; Lloveras B; Lubrano A Matías Guiu X; Medina N; Ordí J; Ramírez M; del Pino M.





PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE
CÁNCER DE CÉRVIX



Más información en astursalud.es

Esta campaña ha sido financiada por la Unión Europea-NextGenerationEU