



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2013/14

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Estudio Descriptivo del Cribado de Cáncer de Cérvix en
Mujeres de una Zona Básica de Salud.**

Autora: María Mercedes Aparicio García

Tutora: Pilar Calvo del Valle

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX EN MUJERES DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD.

RESUMEN

El cáncer de cuello de útero representa el cuarto tipo de tumor más frecuente entre las mujeres y el séptimo a nivel general en todo el mundo (1). Las tasas de incidencia y mortalidad por este tumor en España son bajas (2).

La realización de screening para la detección de este tumor mediante programas de calidad, permite reducir un 80% la incidencia de cáncer invasivo en mujeres de 35 a 64 años (3).

Actualmente, el programa de cribado de cáncer de cérvix de la Consejería de Sanidad de Castilla y León, está dirigido a mujeres de 25 a 64 años, residentes en la comunidad, asintomáticas y que hayan mantenido relaciones sexuales.

El personal de enfermería tiene una implicación directa en el control de esta enfermedad, debido a que muchas de las actuaciones, tanto de la prevención primaria como de la secundaria, son llevadas a cabo por estos profesionales.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo del proceso y los resultados del cribado cáncer de cérvix realizado en el centro de salud Rondilla II de Valladolid, tras la incorporación de la determinación del virus del papiloma humano (VPH) en el programa.

Todas las lesiones histológicas diagnosticadas, cuyos cribados contenían determinaciones de VPH, revelan la presencia de VPH de alto riesgo.

Palabras clave: cribado, cáncer de cérvix, VPH, citología cervicovaginal.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN	1
OBJETIVOS	5
METODOLOGÍA	5
RESULTADOS	7
CONCLUSIONES.....	19
BIBLIOGRAFÍA	21
ANEXO I. SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	25
ANEXO II. ALGORITMO 1. Proceso de Cribado de Cáncer de Cuello de Útero en Castilla y León.....	27
ANEXO III. ALGORITMO 2. Pruebas, resultados y conductas de Primera Fase de Cribado (25-34 años)	29
ANEXO IV. ALGORITMO 3. Pruebas, resultados y conductas de Primera Fase de Cribado (35-64 años)	31
ANEXO V. ALGORITMO 4. Resultados y conductas de Segunda Fase de Cribado.....	33

INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

El cáncer de cuello de útero (CCU) representa el cuarto tipo de tumor más frecuente entre las mujeres y el séptimo a nivel general en todo el mundo. Este tumor, alcanzó a nivel mundial en 2012 los 528.000 nuevos diagnósticos, lo que supone una tasa de incidencia de 14 casos por 100.000 mujeres, de los cuales, el 85% se dieron en los países en vías de desarrollo. En ese mismo año, la mortalidad por CCU fue de más de 265.000 mujeres en todo el mundo, con una tasa de 6,8 casos por 100.000 habitantes. El 87% de estas defunciones, casi 9 de cada 10, se dieron en las regiones menos desarrolladas (1).

Los últimos datos disponibles de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) estiman que en 2012, en la Unión Europea (UE) la tasa de incidencia de CCU fue de 9,6 casos y la mortalidad de 2,8, mientras que en España fue de 7,8 y de 2,1, respectivamente. (Tasas estandarizadas por edad por 100.000 mujeres/año) (1).

Estas cifras sitúan a España como uno de los países de Europa y del mundo con una incidencia y mortalidad de CCU más bajas. Esta situación, probablemente guarde relación con los programas de cribado mediante citologías cervicovaginales, que desde hace décadas se llevan realizando en nuestro país (2).

La historia natural de este tumor ha sido estudiada durante las últimas décadas (4) y la evidencia científica señala la infección persistente del VPH como causa necesaria para el desarrollo de este tipo de cáncer (5).

El VPH constituye la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente en mujeres (6). España presenta una baja prevalencia (3-17%) en relación con otros países de la UE. Los factores como la edad y la actividad sexual de las mujeres, son considerados como factores determinantes en la aparición de estas infecciones (7). Su prevalencia es más elevada en mujeres con edades cercanas al inicio de las relaciones sexuales (15-25 años), disminuyendo posteriormente hasta estabilizarse alrededor de los 40 años (8).

Mayoritariamente, las infecciones del VPH ceden espontáneamente al cabo de unos meses sin ocasionar ningún tipo de lesión en la mujer. Sin embargo, cabe la posibilidad de que estas infecciones persistan en el tiempo, llegando a producir lesiones precancerosas, que sin el tratamiento adecuado, evolucionen a un CCU en un plazo de 10 a 15 años (10) (4).

Se conoce la existencia de más de 100 tipos distintos de VPH y se clasifican, de acuerdo a su patogenia, en genotipos de alto riesgo y de bajo riesgo oncológico (HR y LR) (9). Generalmente, los VPH LR se asocian a lesiones intraepiteliales de bajo grado (L-SIL), mientras que los VPH HR pueden originar lesiones intraepiteliales de alto grado (H-SIL) (6). Los VPH HR 16 y 18 aparecen en el 70% de los casos de CCU (5).

Por esta razón, las estrategias para controlar esta enfermedad se basan en la prevención. La vacunación frente al VPH y la realización de campañas educativas dirigidas a promover estilos de vida saludables en relación con la sexualidad, conforman las actuaciones de prevención primaria. La prevención secundaria, la constituye la detección precoz del tumor a través de los programas de cribado (11).

Si bien es cierto que la infección del VPH es considerada causa necesaria, existen otros co-factores asociados al desarrollo del CCU. Un inicio precoz de las relaciones sexuales, la promiscuidad, padecer coinfecciones con otras ITS, la multiparidad, el uso de anticoncepción hormonal, el tabaquismo, e incluso, un nivel socioeconómico bajo, son algunos de los factores implicados en la progresión de una infección del VPH a lesiones malignas (8).

La relevancia de este tumor está en su carácter prevenible. Los programas de cribado hacen posible la detección precoz de lesiones precancerosas y una actuación rápida en su tratamiento, de manera que, de todos los tumores malignos, el CCU es uno de los que se consideran una causa de mortalidad evitable (12).

La eficacia de los programas de cribado de CCU está avalada por diversos estudios de investigación en los últimos años. Se ha observado una tendencia

descendente en las tasas de incidencia de cáncer invasivo, en aquellos países donde el programa ofrece una gran cobertura poblacional (13).

En España, actualmente todas las Comunidades Autónomas (CCAA) disponen de un protocolo de despistaje de CCU. Entre los distintos programas autonómicos, existen variaciones en cuanto a la edad de inicio de la población diana, que oscila entre los 20 y 25 años, y la periodicidad del cribado, que es de 3 y/o 5 años (14). Además, en su gran mayoría, se trata de cribados de carácter oportunista, a excepción de La Rioja y Castilla y León, que son poblacionales, y Asturias, que es mixto (15).

La prueba de cribado realizada por todos los programas, son las citologías convencionales, conocidas también como test de Papanicolaou (4), que consisten en extensiones de células de vagina, exocérvix y endocérvix (triple toma). Por otra parte, en la actualidad se empieza a utilizar la citología en base líquida (CBL), que ofrece una mejora en la calidad de la muestra, aportando un mayor número de muestras satisfactorias para la lectura (4).

Además de las citologías convencionales, todas las CCAA realizan test de detección de VPH y la tipificación de su ADN. Estas determinaciones se llevan a cabo tras detectar alteraciones celulares en las muestras citológicas. Castilla y León, es una de las CCAA que realiza esta prueba a partir de los 35 años junto con la citología (co-test) (15). Esta actuación, basada en la evidencia científica, permite retrasar el periodo inter-cribados a 5 años (4), ya que aumenta la sensibilidad de los cribados (16).

Desde la implantación en 1986 de protocolos de cribado del CCU en Castilla y León (16), las estrategias en cuanto a población diana, pruebas a realizar y conductas a seguir tras los resultados, han ido evolucionando hasta el actual Programa de Prevención y Detección Precoz del Cáncer de Cuello de Útero (PPDPCCU).

Inicialmente, se trataba de cribados oportunistas, más bien ligados a las consultas de ginecología y de planificación familiar (17). Los cambios más significativos tuvieron lugar en los últimos años. En 2008, la estrategia de

prevención fue modificada, incorporando la vacuna contra el VPH en el calendario de vacunación infantil para las niñas de 14 años, y la detección del VPH a mujeres a partir de los 35 (16).

En 2012, se llevó a cabo la última revisión del programa, cambiando de nuevo su estrategia (17). Las novedades integradas se sustentan en recomendaciones nacionales e internacionales, basadas en la evidencia científica, acerca del cribado de CCU (16). Las conductas a seguir actualmente en el programa, están determinadas por circunstancias como la edad, la menopausia y el resultado de la citología y del test VPH (17).

Actualmente, el PDPCCU de Castilla y León es un programa de cribado organizado, cuyo objetivo principal es la detección precoz de CCU. Se lleva a cabo mediante la realización de una citología cada 3 años, desde los 25 a los 34 años, y una citología junto a la determinación del VPH cada 5 años, desde los 35 a los 64 años (7).

La población diana son mujeres de 25-64 años, residentes en Castilla y León, asintomáticas y que hayan mantenido relaciones sexuales. Situaciones como la histerectomía total, no haber mantenido relaciones sexuales o presentar algún síntoma ginecológico, conforman los criterios de exclusión del programa (16).

Es necesario evaluar y monitorizar el proceso y los resultados de los cribados, así como coordinar a todos los profesionales que intervienen en el PDPCCU. Los profesionales de enfermería son una pieza fundamental en todo el proceso de la prevención de este tumor, siendo los responsables directos de buena parte de las principales actuaciones preventivas.

Por otra parte, la reciente incorporación de la vacuna contra el VPH , así como la realización de técnicas de detección del VPH, van a implicar un replanteamiento de las bases de los programas en cuanto a la forma de ofertarse, a la población diana y el periodo entre cribados (2).

OBJETIVOS

- Describir el proceso de cribado de cáncer de cérvix en Castilla y León.
- Analizar los resultados obtenidos a partir de la implantación de la determinación de VPH en el PDPCCU.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo de los resultados del PDPCCU de la ZBS de Rondilla II de Valladolid realizados durante el periodo comprendido entre enero de 2009 y diciembre de 2013.

La principal fuente de datos para el estudio ha sido el censo elaborado por la aplicación informática PCAN (Programa del Cáncer), que contiene a las mujeres de la población diana del PDPCCU de Castilla y León.

La muestra seleccionada incluye aquellos cribados que disponen de un resultado registrado en PCAN hasta la fecha de 6 de mayo de 2014. Las características de la población que compone la muestra a estudio, son las de las mujeres que cumplen los criterios de inclusión del PDPCCU.

Las variables del análisis se definieron a partir de los datos facilitados por la fuente. Esta información contiene, en forma de listados, los resultados finales del cribado, incluyendo los resultados de las citologías y de las determinaciones de VPH y su genotipo, el tipo de patología encontrada, la fecha de la toma y la edad de la mujer.

La valoración de los resultados se hizo de acuerdo a los criterios de clasificación del programa. Se consideraron positivas, aquellas citologías con alteraciones morfológicas susceptibles de lesión maligna y/o premaligna, y las determinaciones de VPH que presentaron algún tipo de VPH de alto riesgo oncogénico.

El tratamiento estadístico se realizó a través de la incorporación de las variables en una hoja de cálculo Excel, analizando los resultados en valores absolutos y porcentajes.

En dicho archivo, se obvió la identidad de las mujeres codificando cada uno de los cribados con numeración correlativa, de acuerdo a las consideraciones éticas establecidas para la elaboración de esta clase de estudios.

Las limitaciones encontradas en la realización del estudio, son consecuencia del amplio margen temporal seleccionado, del formato de la información facilitada y de la garantía de protección de la identidad de las mujeres.

Cabe mencionar que el análisis realizado se hizo a partir de un fichero de cribados, ignorando la identificación de los mismos. Por lo tanto, existe la posibilidad de que varios de los cribados incluidos en el estudio puedan pertenecer a una misma mujer.

RESULTADOS

La muestra total se compone de 3315 cribados de los que se excluyeron 9 por incongruencias en los resultados finales registrados.

El análisis definitivo se realiza sobre 3306 cribados, que incluyen el mismo número de citologías cervicovaginales y 2191 determinaciones de VPH. La Tabla 1 muestra el total de los cribados y sus resultados generales de las citologías y de las determinaciones de VPH.

Tabla 1. Disposición General Pruebas Cribados 2009-2013 ZBS Rondilla II

CRIBADOS	CITOLOGÍA (-)	CITOLOGÍA (+)	CITOLOGÍA NO VALORABLE	TOTAL
SIN VPH	1056	45	14	1115
VPH (-)	1856	17	42	1915
VPH LR (+)	56	1	2	59
VPH HR NO 16,18 (+)	112	21	3	136
VPH HR 16,18 (+)	25	9	0	34
VPH NO VALORABLE	46	0	1	47
TOTAL	3151	93	62	3306

En una primera clasificación, se ordena la totalidad de los cribados según el resultado obtenido en la primera fase, tal y como refleja la Tabla 2. Ha de considerarse, que esta clasificación contempla las actualizaciones en los criterios del PDPCCU en cuanto a la catalogación de los resultados de la primera fase del cribado. (Ver Anexo II)

La mayoría de los cribados obtuvieron un resultado final en la primera fase, tratándose del total de los cribados negativos (92,80%). Los cribados positivos (3,42%) fueron derivados a Atención Especializada (A.E.) para determinar su resultado final en la segunda fase. El conjunto de los cribados no valorables y no determinantes (3,78%) quedaron pendientes de repetición. (Ver Anexo III y IV).

Tabla 2. Resultados 1ª Fase Cribado 2009-2013 ZBS Rondilla II

CRIBADOS	N	%	CITOLOGÍA / VPH	N	%
CRIBADO NEGATIVO	3068	92,80	SOLO CITOLOGÍA (-)	1056	31,94
			CITOLOGÍA (-) VPH (-)	1856	56,14
			CITOLOGÍA (-) VPH HR NO 16,18(+)	156	4,72
CRIBADO POSITIVO	113	3,42	SOLO CITOLOGÍA (+)	40	1,21
			CITOLOGÍA (+) VPH (-)	17	0,51
			CITOLOGÍA (+) VPH (+)	31	0,94
			CITOLOGÍA (-) VPH HR 16,18 (+)	25	0,76
CRIBADO NO VALORABLE	108	3,27	VPH NO VALORABLE	46	1,40
			CITOLOGÍA NO VALORABLE	61	1,84
			CITOLOGÍA Y VPH NO VALORABLE	1	0,03
CRIBADO NO DETERMINANTE	17	0,51	CITOLOGÍA (+)	5	0,15
			CITOLOGÍA (-) VPH HR NO 16,18 (+)	12	0,36

() los VPH negativos incluyen los VPH LR según criterios del PPDPCCU*

En esta primera fase, si se analizan los cribados en relación con los resultados de las citologías, se observa que más del 22% de los cribados positivos obtuvieron un resultado negativo en la citología (Tabla 3).

Por otro lado, la Tabla 4 relaciona los cribados que contenían determinaciones de VPH y los resultados de las mismas. Puede apreciarse que en el 76,71% de los cribados positivos se detectó la presencia de VPH, siendo el 75,34% HR.

Tabla 3. Resultados 1ª Fase Cribado en relación con las Citologías

CRIBADOS CITOLOGÍAS	POSITIVO	NEGATIVO	NO VALORABLE	NO DETERMINANTE	TOTAL
POSITIVAS	88 (77,88%)	0	0	5 (29,41%)	93 (2,81%)
NEGATIVAS	25 (22,12%)	3068 (100%)	46 (42,6%)	12 (70,59%)	3151 (95,31%)
NO VALORABLES	0	0	62 (57,4%)	0	62 (1,88%)
TOTAL	113	3068	108	17	3306

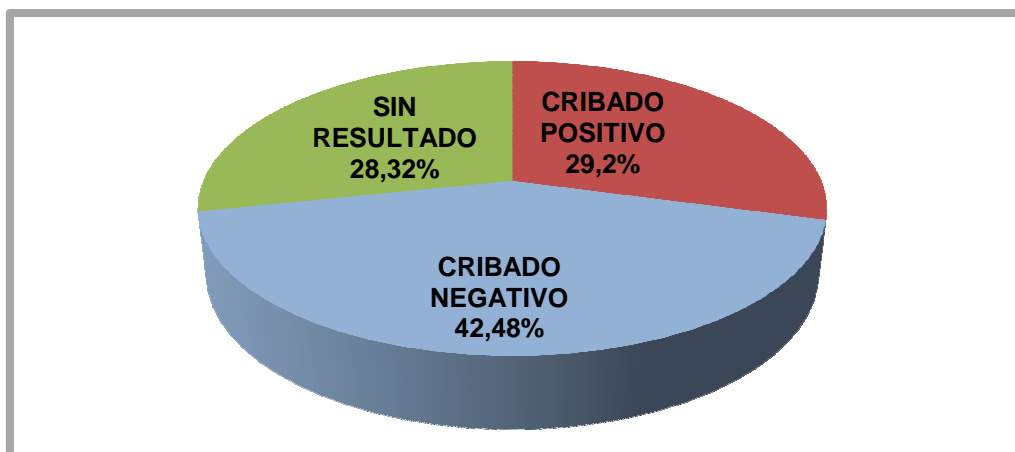
Tabla 4. Resultados 1ª Fase Cribado en relación con las Determinaciones de VPH

CRIBADOS VPH	POSITIVO	NEGATIVO	NO VALORABLE	NO DETERMINANTE	TOTAL
NEGATIVO	17 (23,28%)	1856 (92,25%)	42 (44,68%)	0	1915 (87,4%)
POSITIVO LR	1 (1,38%)	56 (2,78%)	2 (2,13%)	0	59 (2,69%)
POSITIVO HR	55 (75,34%)	100 (4,97%)	3 (3,19%)	12 (100%)	170 (7,76%)
NO VALORABLE	0	0	47 (50%)	0	47 (2,15%)
TOTAL	73	2012	94	12	2191

Respecto a la resolución de la segunda fase del cribado, tras el proceso diagnóstico oportuno en A.E., de los 113 cribados positivos derivados, se dispone del resultado final de 81 (71,68%), concluyendo en 48 negativos y 33 positivos con lesiones histológicas de distintos grados (Figura 1).

De los 32 cribados derivados restantes, 23 continúan en estudio y 9 constan registrados como “no acude a Atención Especializada”, por lo que se desconoce su resultado final en el momento del estudio.

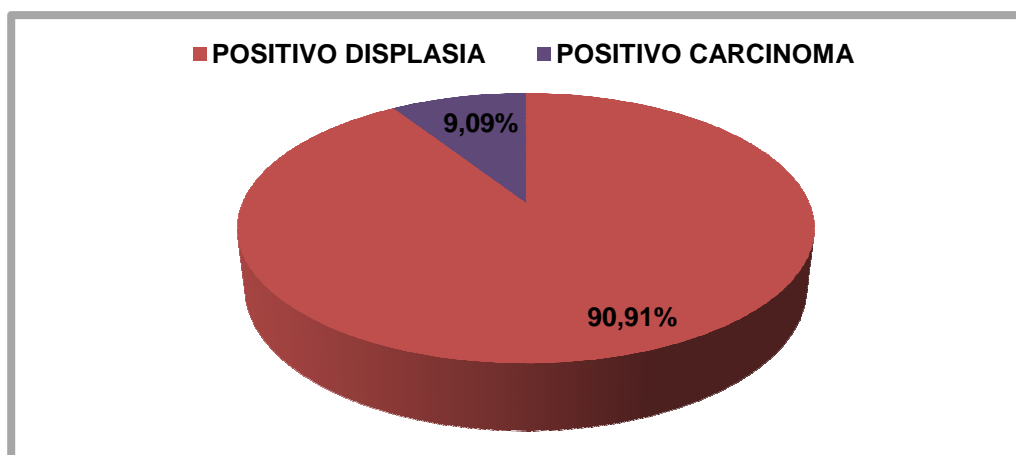
Figura 1. Resultados 2ª Fase Cribado 2009-2013 ZBS Rondilla II



Siguiendo las directrices del PDPCCU, las mujeres cuyos cribados fueron negativos, regresaron de nuevo al programa, mientras que las mujeres con resultado final positivo continuaron su seguimiento en A.E. (Ver Anexo V).

La Figura 2, representa las lesiones histológicas encontradas en A.E. en los 33 cribados patológicos: 3 Carcinomas Escamosos y 30 Displasias en sus diferentes niveles (leves, moderadas y graves).

Figura 2. Lesiones Total Positivos Cribados 2009-2013 Rondilla II



Teniendo en cuenta estas cifras, el cómputo global de los resultados finales disponibles es de 3149, lo que supone una tasa del 95,25% de cribados con diagnóstico definitivo. Finalmente, se determinaron 3116 negativos y 33 positivos. En porcentajes, esto se traduce a un 98,95% de cribados negativos y un 1,05% de cribados positivos del total de los resueltos (Tabla 5).

Tabla 5. Resultado Final Cribado 2009-2013 ZBS Rondilla II

RESULTADO FINAL	CRIBADO POSITIVO		CRIBADO NEGATIVO		TOTAL
2009	3	(0,35%)	855	(99,65%)	858
2010	9	(1,2%)	740	(98,8%)	749
2011	8	(1,24%)	638	(98,76%)	646
2012	11	(2,13%)	506	(97,87%)	517
2013	2	(0,53%)	377	(99,47%)	379
TOTAL	33	(1,05%)	3116	(98,95%)	3149

De la misma manera que con los resultados de la primera fase, si se analiza ahora los resultados finales de los cribados con sus citologías, podemos observar que más del 15% de los cribados que concluyeron finalmente patológicos, contenían citologías negativas (Tabla 6).

Tabla 6. Resultados Finales Cribado en relación con las Citologías

CITOLÓGÍAS \ CRIBADOS	POSITIVO	NEGATIVO	TOTAL
POSITIVAS	28 (84,85%)	38 (1,22%)	66 (2,1%)
NEGATIVAS	5 (15,15%)	3078 (98,78%)	3083 (97,90%)
TOTAL	33	3116	3149

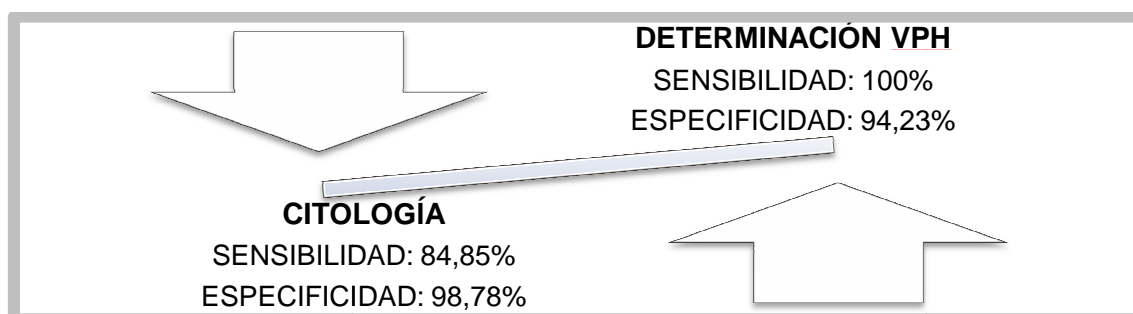
Por otra parte, los resultados finales según las determinaciones de VPH obtenidas en la primera fase (Tabla 7), muestran que no existe ningún cribado positivo cuya determinación resultara negativa, es decir, que el 100% de los cribados patológicos que contenían determinación de VPH presentaban ADN viral HR.

Tabla 7. Resultados Finales Cribados en relación con las Determinaciones VPH

VPH \ CRIBADOS	POSITIVO	NEGATIVO	TOTAL
NEGATIVO	0	1869 (91,44%)	1869 (59,35%)
POSITIVO LR	0	57 (2,79%)	57 (1,81%)
POSITIVO HR	18 (100%)	118 (5,77%)	136 (4,32%)
TOTAL	18	2044	2062

Teniendo en cuenta estas cifras, si se calcula la validez de los test de la citología convencional y de la determinación del VPH como pruebas de cribado en este estudio, podemos comprobar que la detección del VPH aporta más sensibilidad al cribado que la citología, mientras que la citología demostró ser una prueba con mayor especificidad.

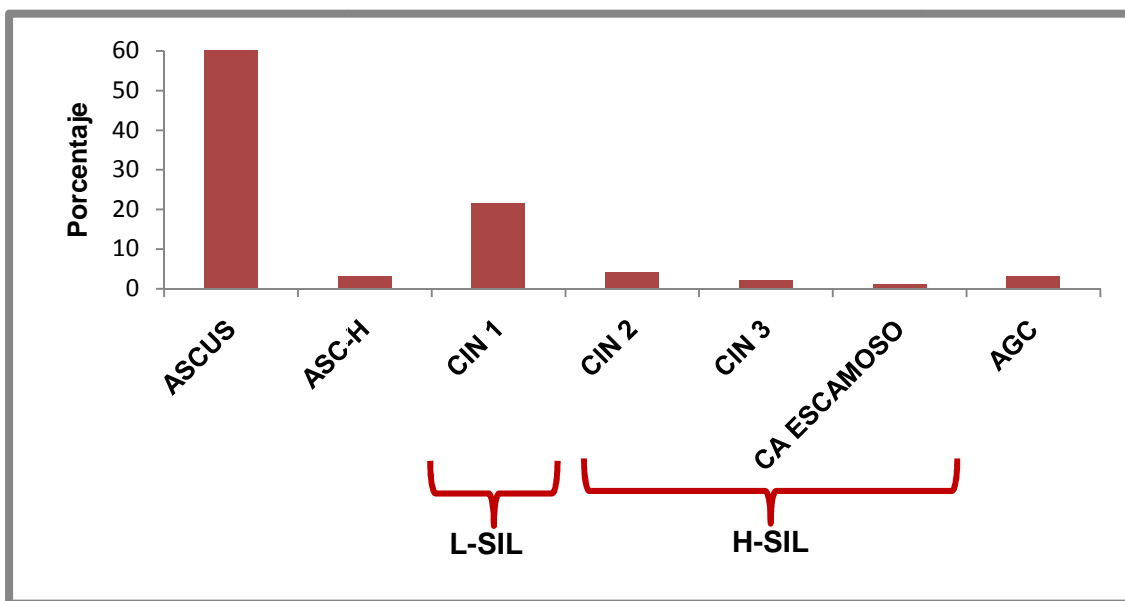
Figura 3. Sensibilidad y especificidad de ambas pruebas de cribado



Tomando los resultados generales de los informes citológicos, se observa que de las 3306 citologías de la muestra, resultaron negativas 3151 (95,31%), positivas 93 (2,81%) y no valorables 62 (1,87%).

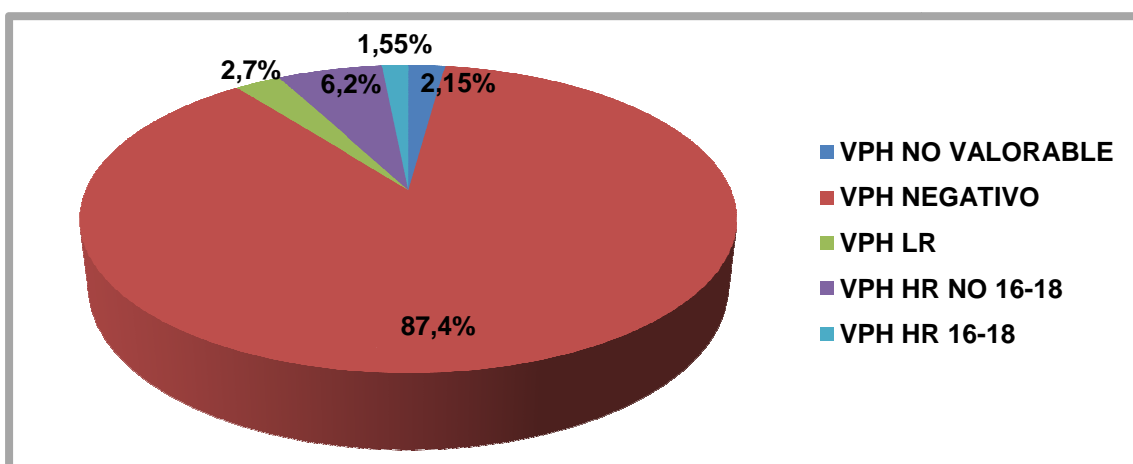
Respecto a las 93 citologías con resultado sospechoso y positivo, el informe morfológico de las células halladas en la primera fase, revelan que 88 (94,62%) mostraban alteraciones o lesiones en células escamosas y 3 (3,23%) en células glandulares. Los informes de las 2 citologías restantes (2,15%), advirtieron de la presencia de microorganismos de morfología compatible con VPH.

Figura 4. Alteraciones Celulares según Informes Morfológicos Citológicas



En cuanto a las determinaciones de VPH, la muestra incluye 2191 exámenes realizados (Figura 5) y se obtuvo resultado en 2144 (97,85%), representando las 47 (2,15%) restantes las tomas de VPH no valorables.

Figura 5. Total Determinaciones VPH 2009-2013 ZBS Rondilla II

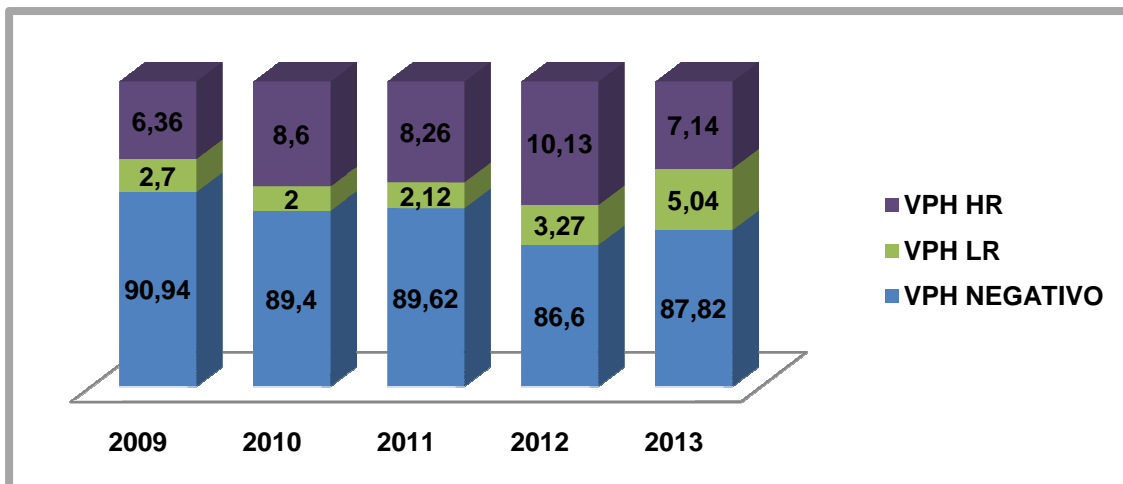


Del los 2144 resultados de los test de VPH, 1915 (89,32%) fueron negativos y 229 (10,68%) positivos. Teniendo en consideración la tipificación del ADN viral presente en las muestras VPH positivas, resultaron un 59,39% HR no 16-18, un 25,76% LR y el 14,84% HR 16-18, siendo el grupo minoritario.

Salvando la diferencia en la cantidad de cribados realizados entre los años del periodo estudiado, la Figura 6 muestra la similitud en los porcentajes de los

resultados de las determinaciones del virus halladas en los cribados por periodos anuales.

Figura 6. Resultados Determinaciones VPH y su Distribución en el Tiempo



Considerando la edad de la mujer en el momento de la realización de la prueba, la distribución de las determinaciones de VPH se dispone de la siguiente manera:

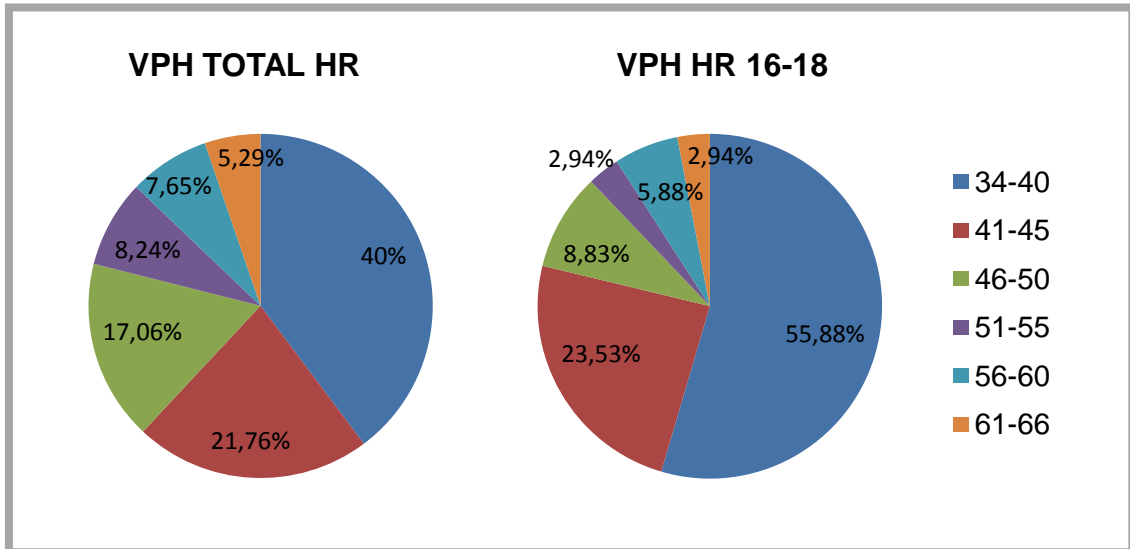
Tabla 3. Distribución Determinaciones VPH por grupos de edad.

EDAD	VPH NEGATIVO	VPH LR	VPH HR NO 16-18	VPH HR 16-18	TOTAL
34-40	421 (81,9%)	25 (4,87%)	49 (9,53%)	19 (3,7%)	514
41-45	384 (88,7%)	12 (2,76%)	29 (6,7%)	8 (1,84%)	433
46-50	316 (89,77%)	7 (2%)	26 (7,38%)	3 (0,85%)	352
51-55	291 (94,48%)	3 (0,97%)	13 (4,22%)	1 (0,33%)	308
56-60	274 (91,93%)	11 (3,7%)	11 (3,7%)	2 (0,67%)	298
61-66	229 (95,82%)	1 (0,42%)	8 (3,34%)	1 (0,42%)	239
TOTAL	1915 (89,32%)	59 (2,75%)	136 (6,34%)	34 (1,59%)	2144

La Figura 7 representa el total de las determinaciones VPH HR positivas en relación con la edad de las mujeres. Se observa, que el 61,76% del total de las

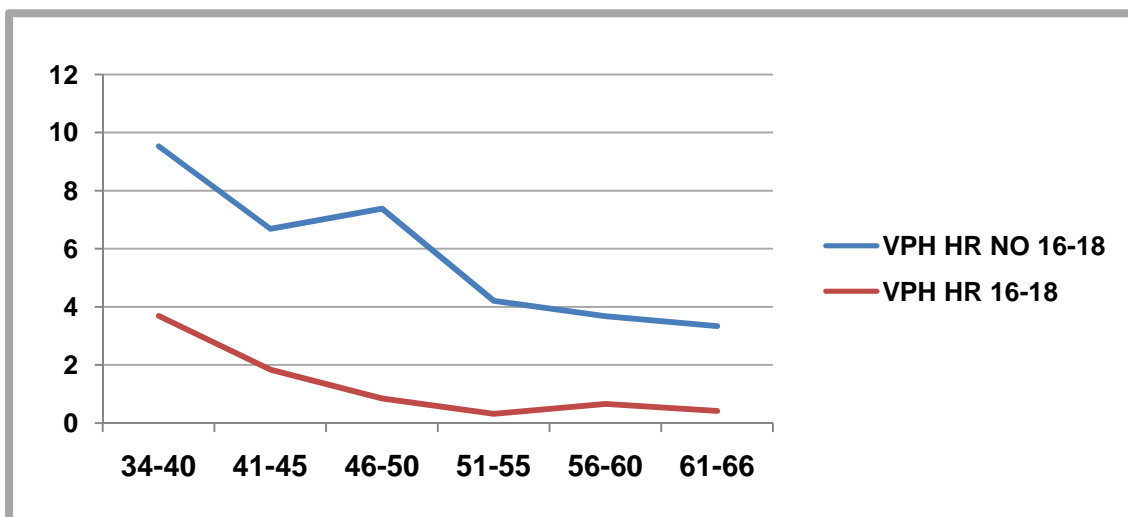
detecciones VPH HR y el 79,41% de las infecciones de VPH HR 16-18, se dan en mujeres de 34 a 45 años.

Figura 7. Porcentaje Cribados VPH HR por grupos de edad



Si bien es cierto que existe una diferencia cuantitativa de muestras entre los grupos etarios, al calcular las tasas de VPH HR por edades, tal y como refleja la Figura 8, se observa que la presencia de VPH HR tiende a disminuir a medida que las mujeres avanzan en edad.

Figura 8. Tasas VPH HR por grupos de edad



En cuanto al genotipado, en las 229 determinaciones de VPH positivas se encontraron 31 ADN virales distintos. En 160 (69,87%) de estas muestras, la

infección fue causada por único tipo de virus, mientras que en las 69 restantes (30,13%) coexistían 2 ó más genotipos distintos.

Los VPH HR 53 y 16 son los más frecuentes, apareciendo en el 13,10% y el 12,66% de las determinaciones VPH positivas, respectivamente.

Figura 9. Frecuencia VPH HR

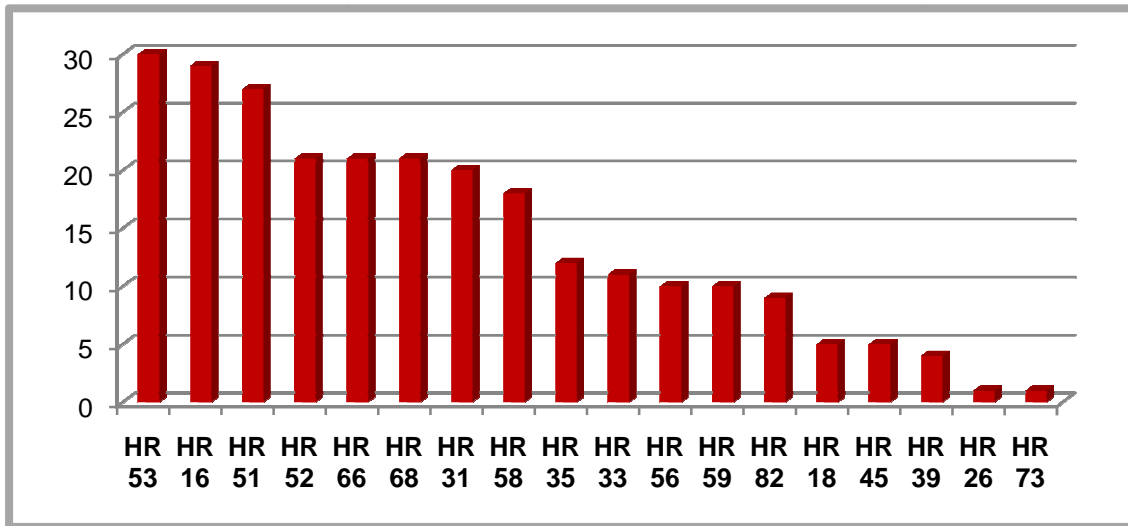
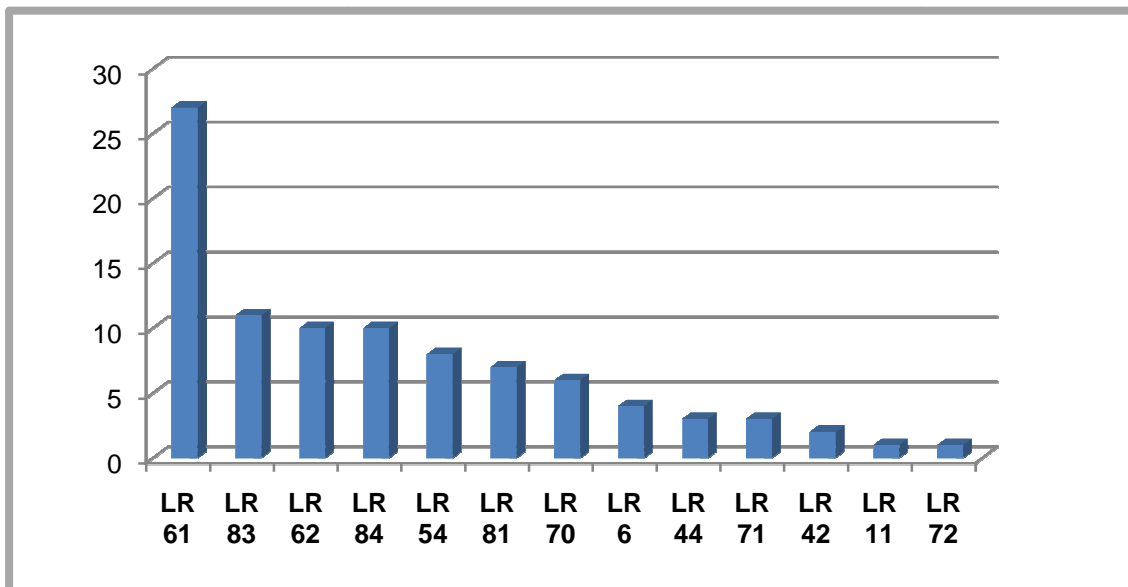
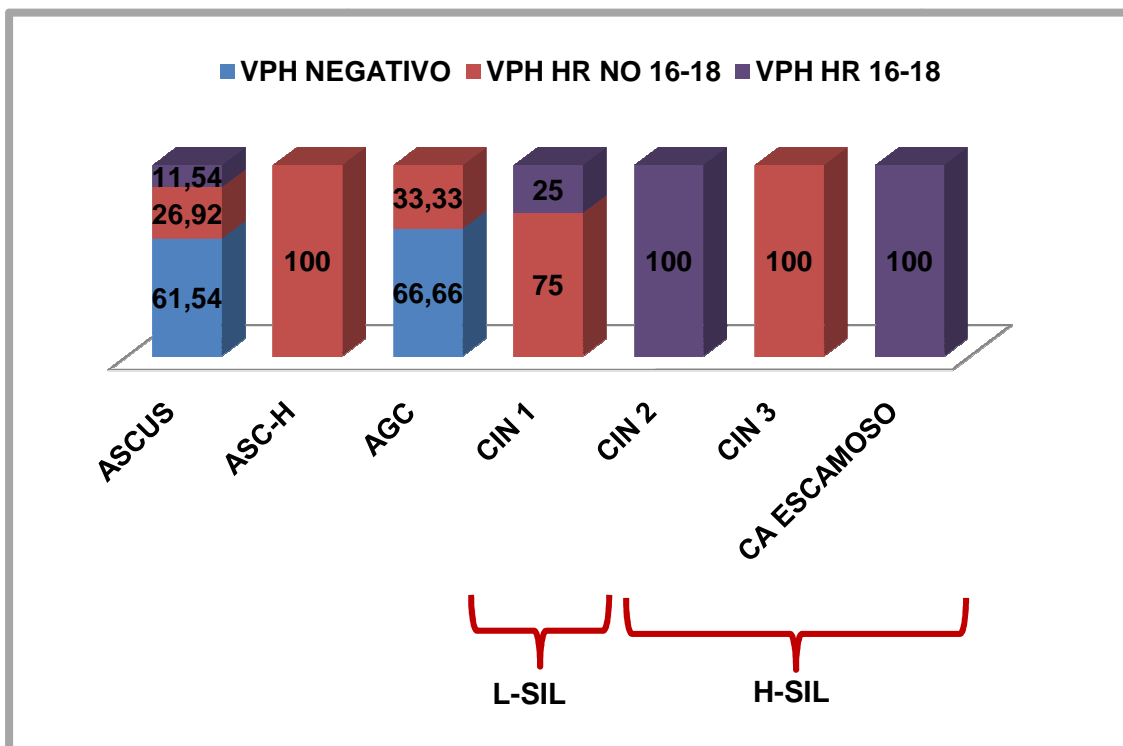


Figura 10. Frecuencia VPH LR



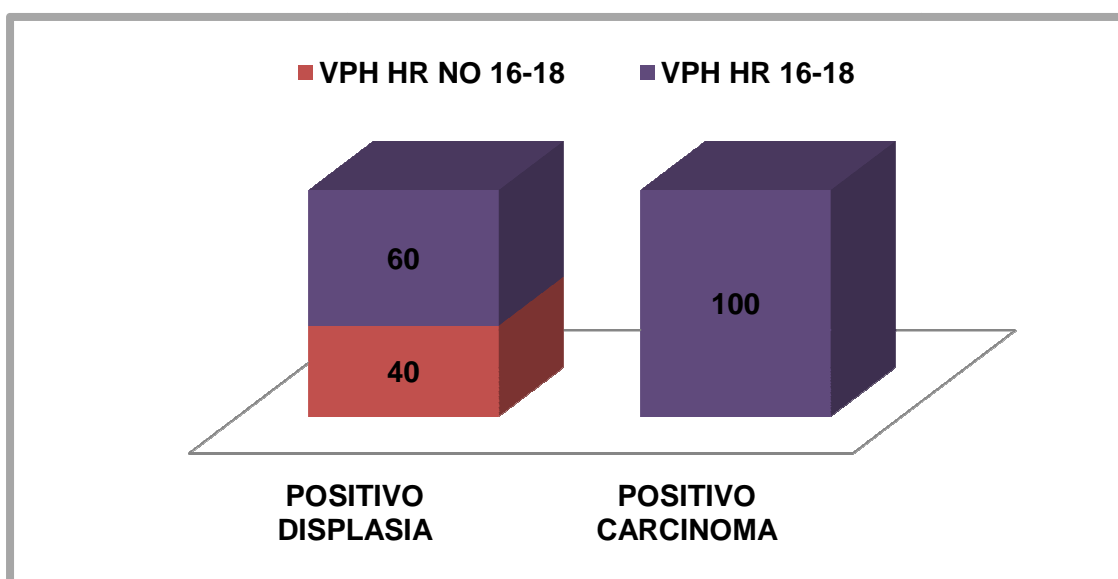
La Figura 11 muestra la relación de la presencia de VPH con las alteraciones citológicas halladas en aquellos cribados que contenían determinación de VPH en la primera fase. Se observa que en el 100% de las lesiones H-SIL y L-SIL, se detectó infección por VPH HR,

Figura 11. Presencia VPH en relación con Alteraciones Morfológicas Celulares



Por otro lado, la Figura 12 muestra la relación de la presencia de VPH con las lesiones histológicas diagnosticadas en aquellos cribados que contenían determinación de VPH en la primera fase. En todas las lesiones se detectó VPH HR en la primera fase. El 100% de los carcinomas y el 60% de las displasias, presentaron HR 16-18.

Figura 12. Presencia de VPH en relación con Lesiones Histológicas



CONCLUSIONES

El CCU, pese a ser una causa de mortalidad evitable, sigue constituyendo un reto para la salud pública, especialmente en aquellos países con programas de prevención deficientes.

Tras incorporar la detección del VPH en el programa de cribado, los datos obtenidos en este estudio revelan que la gran mayoría de los cribados fueron negativos y sólo un 1,05% presentaron lesiones histológicas malignas y/o premalignas.

Más del 15% de los cribados que concluyeron patológicos, obtuvieron un resultado negativo en la citología. Estos cribados fueron derivados a A.E. para su diagnóstico, gracias a la positividad del VPH. Sin la realización de esta prueba como co-test de la citología, estos cribados hubieran sido clasificados como negativos.

Por otro lado, el total de las lesiones finalmente diagnosticadas, cuyos cribados contenían determinaciones de VPH, presentaron infección de VPH de alto riesgo.

A partir de los resultados de este estudio, se estima que la sensibilidad de la citología como test fue del 84,85%, mientras que la de la determinación del VPH alcanzó el 100%. Sin embargo, la especificidad de la citología fue del 98,78%, mayor que la de la determinación del VPH, que fue del 94,23%.

A la vista de estos resultados, se confirma que realizar la determinación del VPH como co-test en el cribado contribuye a la consecución de un diagnóstico más preciso.

El personal de enfermería está implicado directamente en el control de esta enfermedad a través de las medidas preventivas. Como intervenciones de la prevención primaria, los profesionales de enfermería tienen la responsabilidad de la gestión, custodia y administración de la vacuna contra el VPH, además de la realización de campañas educativas dirigidas a fomentar hábitos de vida saludables que intervengan en los co-factores relacionados con el desarrollo de

este tipo de tumor (tabaquismo, mal uso del preservativo, prácticas sexuales no saludables, etc.).

En cuanto a la prevención secundaria, el personal de enfermería forma parte del proceso del diagnóstico precoz, llevando a cabo la captación de las mujeres, la realización de las tomas de las muestras y el control y registro de los resultados del cribado.

Es necesario realizar futuros estudios que evalúen a medio plazo el impacto causado en la incidencia y morbilidad del CCU, tras la introducción de la vacuna frente al VPH en el calendario infantil y la incorporación de la determinación de VPH como co-test en el cribado.

BIBLIOGRAFÍA

1. IARC. Globocan 2012: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012.[En línea]; 2014 [consulta el 5 de abril de 2014]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe del Grupo de Expertos sobre Concreción de Cartera Común de Servicios para Cribado de Cáncer. Madrid; 2013.
3. Rodríguez Riero C, Aragonés N, Pollan M, López Abente G, Pérez Gómez B. Evolución de la mortalidad por cáncer de cérvix por regiones en España entre 1975 y 2004. Medicina Clínica. 2009; 2(133): p. 41-46.
4. Sánchez Movellán M, Ajo Bolado P. Situación del Cribado de Cáncer de Cérvix en Cantabria. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2013.
5. Casado Buesa MI, García Hernández L, González Enríquez J, Imaz Iglesia I, Rubio González B, Zegarra Salas P. Evaluación económica de la introducción de la vacuna contra el VPH en España para la prevención del cáncer de cuello uterino. IPE 2012/69. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) - Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad; 2012.
6. Diestro Tejeda MD, Serrano Velasco M, Gómez-Pastrana Nieto F. Cáncer de cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH). Oncología. 2007; 30(2): p. 42-59.
7. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Campaña de Vacunación frente al Virus del Papiloma Humano durante el curso escolar 2013-2014. [En línea]; 2013 [consulta el 5 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/vacunaciones>
8. Queiro Verdes T, Cerdà Mota T, España Fernández S, coordinadoras. Información a usuarias sobre el cribado de cáncer en la mujer: Evaluación de la situación actual y establecimiento de estándares de información basada en la evidencia: 2. Información a usuarias sobre el cribado de cáncer de cérvix. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia

de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: avalia-t Nº. 2007/05-2

9. Castells X, Sala M, Ascunce N, Salas D, Zubizarreta R, Casamitjana M, coordinadores. Descripción del cribado del cáncer en España. Proyecto DESCRIC. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2006/01.
10. Grupo de trabajo de la Ponencia y Registro de Vacunaciones. Virus del papiloma humano. Situación actual, vacunas y perspectivas de su utilización. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
11. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. Uso de la Mamografía y de la Citología de Papanicolaou para la Detección Precoz del Cáncer de Mama y de Cérvix Uterino en España. Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III; Noviembre de 2002.
12. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
13. González Rubio Y, Castaño Pinto MS. Estudio descriptivo del cribado del cáncer de cérvix en nuestro centro de salud. No captamos a la población de riesgo. MEDIFAM. 2013; 13(2): p. 85-91.
14. Castells X, Sala M, Salas D, Ascunce N, Zubizarreta R, Casamitjana M, coordinadores. Reflexiones sobre las prácticas de diagnóstico precoz del cáncer en España. Gac Sanit. 2009; 23(3): p. 244-249.
15. López García-Asenjo JA, Granados Carreño R. Situación del cribado de cáncer de cérvix en España. Libro Blanco 2013 de la Anatomía Patológica en España. Sociedad Española de Anatomía Patológica. 2013; p. 167-172.
16. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Programa de Prevención y Detección Precoz de Cáncer de Cuello de Útero. [En línea]; 2012 [acceso el 10 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-quias-clinicas/programas-salud/programa-prevencion-deteccion-precoz-cancer-cuello-utero-ca>.

17. Salas Vali3n JS. Panel sobre la prevenci3n del C3ncer de C3rvix-VPH. Resultados de Programas de Cribado en Castilla-Le3n. [En l3nea]; 2013 [consulta el 10 de enero de 2014]. Disponible en: https://www.seap.es/documents/228448/526932/01_Salas.pdf

ANEXO I. SIGLAS Y ABREVIATURAS

AE: Atención Especializada

AGC: Células Glandulares Atípicas

ASCH: Células escamosas atípicas que no excluye lesión escamosa intraepitelial

ASCUS: Células escamosas atípicas de significado incierto

CBL: Citología en Base Líquida

CCAA: Comunidades Autónomas

CCU: Cáncer de Cuello de Útero

CIN: Neoplasia Intraepitelial Cervical

CS: Centro de Salud

H-SIL: Lesión Escamosa Intraepitelial de alto grado

IARC: Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

L-SIL: Lesión Escamosa Intraepitelial de bajo grado

PCAN: Programa de Cáncer (aplicación informática)

PPDPCCU: Programa de Prevención y Detección Precoz de Cáncer de Cuello de Útero

UE: Unión Europea

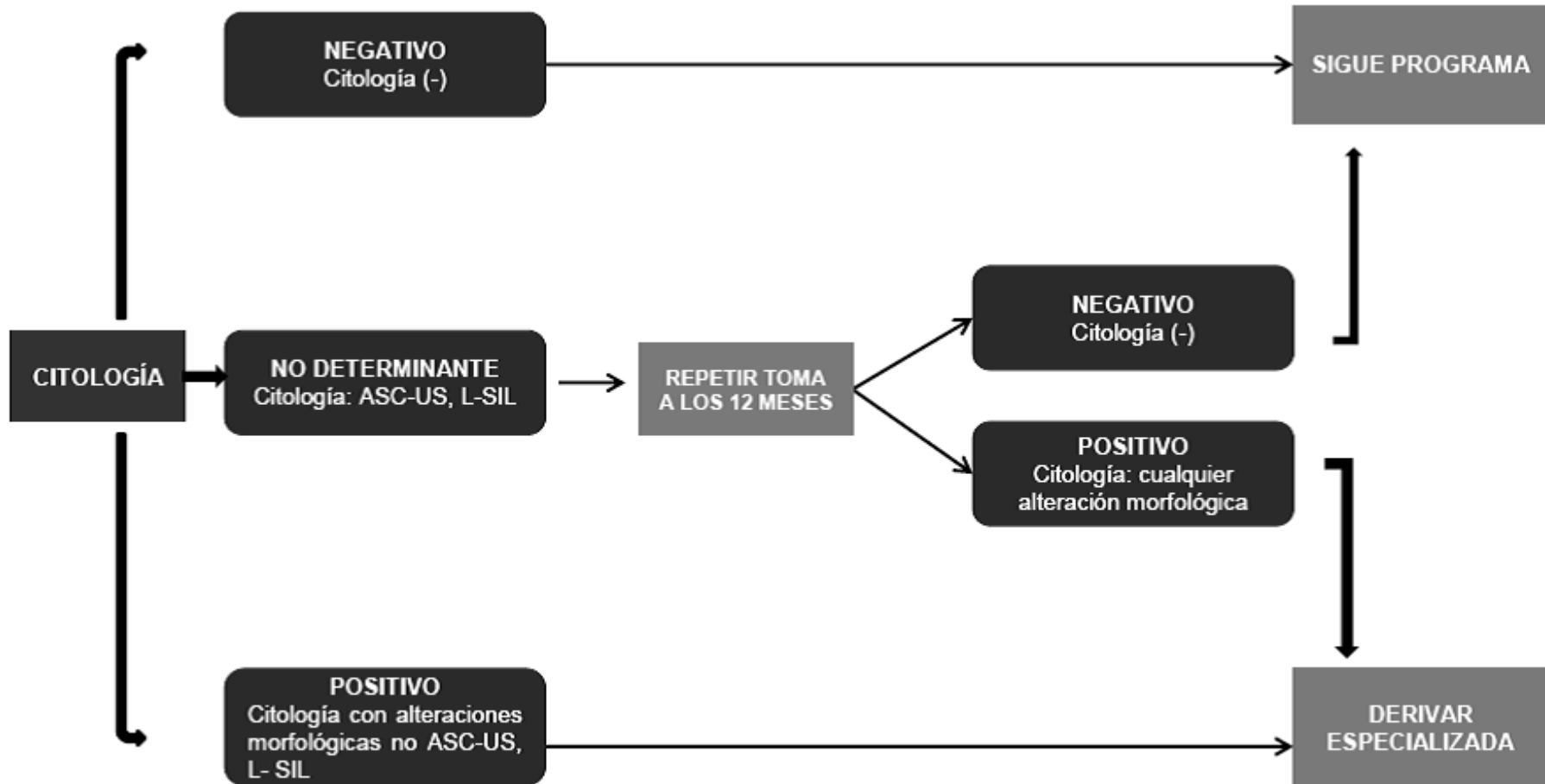
VPH (HR/LR): Virus del Papiloma Humano (alto/bajo riesgo)

ZBS :Zona Básica de Salud

ANEXO II. ALGORITMO 1. PROCESO DE CRIBADO DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO EN CASTILLA Y LEÓN

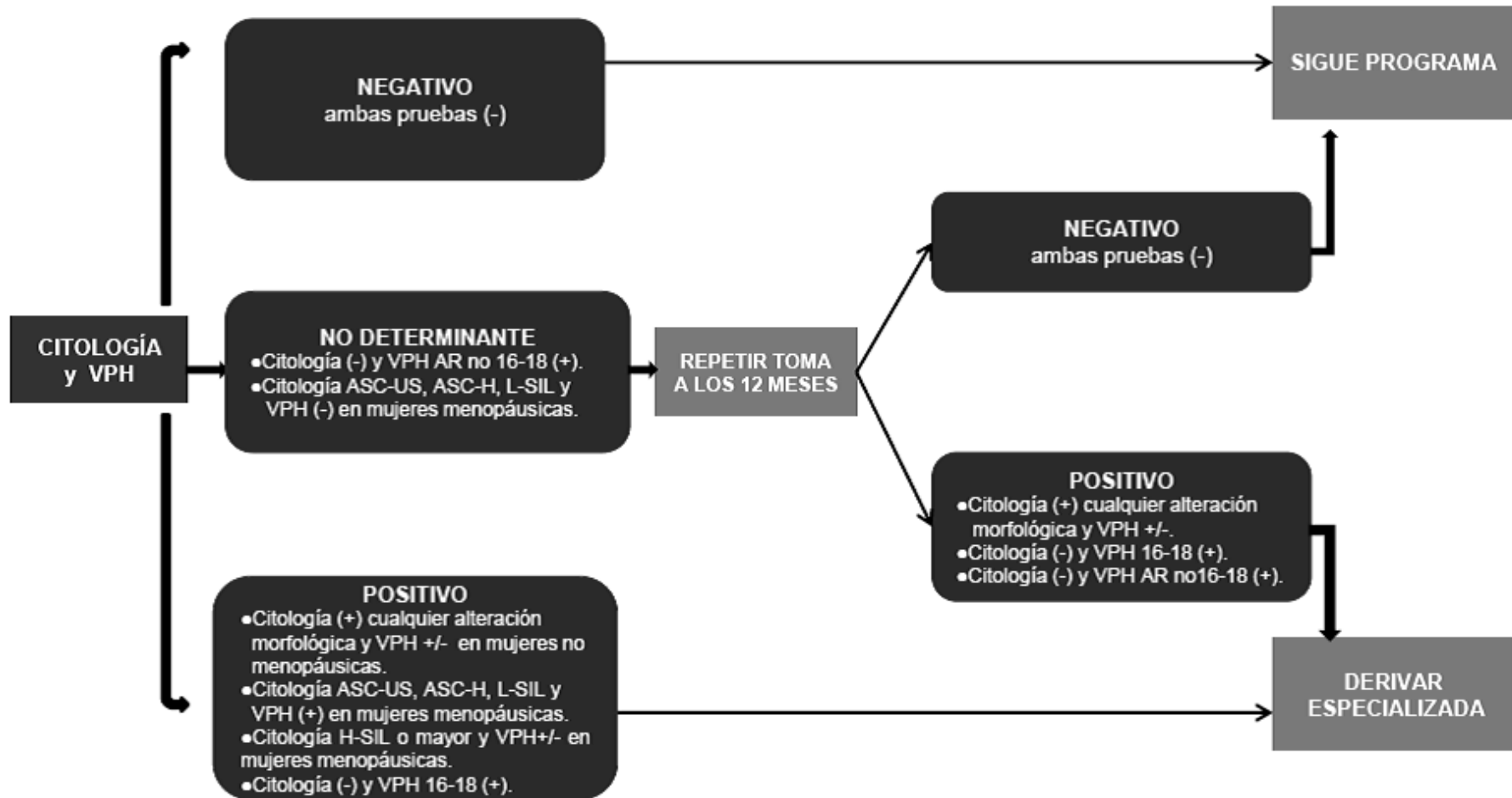


ANEXO III. ALGORITMO 2. PRUEBAS, RESULTADOS Y CONDUCTAS DE PRIMERA FASE DE CRIBADO (25-34 AÑOS)



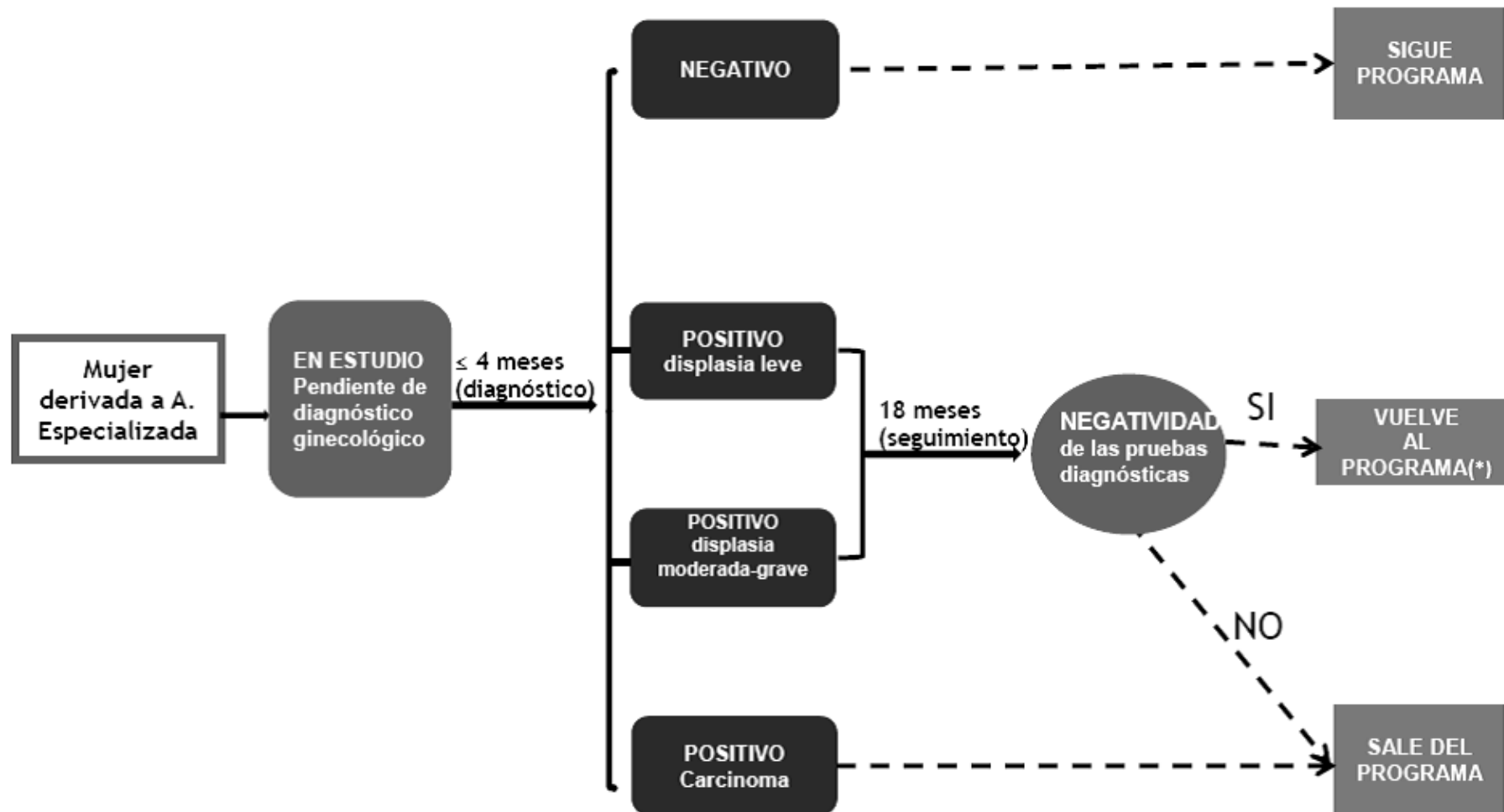
Nota: El resultado "no valorable" conlleva repetir toma.

ANEXO IV. ALGORITMO 3. PRUEBAS, RESULTADOS Y CONDUCTAS DE PRIMERA FASE DE CRIBADO (35-64 AÑOS)



Nota: El resultado "no valorable" conlleva repetir toma.

ANEXO V. ALGORITMO 4. RESULTADOS Y CONDUCTAS DE SEGUNDA FASE DE CRIBADO.



*Vuelve al Programa : pruebas de cribado a los 12 meses del Alta en A.Especializada.

* Las mujeres del intervalo (25-34años) no volverán al Programa hasta cumplir la edad de 35 años.

