

2015



PROTOCOLO DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CÉRVIX

**VERSIÓN RESUMIDA
PARA ATENCIÓN PRIMARIA**

Edita:

Consejería de Sanidad

Dirección General de Salud Pública

Programa de Salud de la Mujer

Depósito Legal: SA-563-2015

 · imprenta regional de cantabria 10/927

INTRODUCCIÓN

La detección precoz de cáncer de cérvix es una estrategia dirigida a reducir la incidencia y mortalidad por este tumor en nuestra Comunidad.

En 2015 se ha procedido a actualizar el *Protocolo de Detección Precoz de Cáncer de Cérvix 2011* para adecuarlo a las nuevas evidencias disponibles y a las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud. En el mismo se establece que el nivel asistencial donde debe realizarse la prueba de cribado es en Atención Primaria.

Esta guía pretende ser una herramienta práctica de consulta y apoyo, destinada a facilitar el cribado de cáncer de cuello de útero a los profesionales de Atención Primaria.

En ella se recogen los principales algoritmos de actuación del *Protocolo de Detección Precoz de Cáncer de Cérvix 2015* cuyo manejo corresponde a Atención Primaria.

Población diana: Mujeres que han iniciado actividad sexual con edades comprendidas entre **25 y 65 años**.

Prueba de cribado: **Citología cervical**.

Periodicidad del cribado: La citología cervical debe repetirse cada 3 años desde el inicio del cribado.

Prueba complementaria al cribado: **VPH** Esta prueba solo se realizará en función de los resultados de la citología y en el seguimiento postratamiento del CIN 1-2-3.

Nivel Asistencial: El cribado rutinario del cáncer de cérvix debe realizarse en **Atención Primaria**. Corresponde a los servicios de Ginecología el seguimiento y estudio de las mujeres con cribado positivo y los controles iniciales postratamiento.

ESTRATEGIA DE CRIBADO

<25 AÑOS

NO CRIBADO

25 – 65 AÑOS

**CITOLOGÍA
CADA 3 AÑOS**

> DE 65 AÑOS

Finalizar cribado

SIEMPRE QUE:
Cribado adecuado
y negativo durante
los 10 años previos

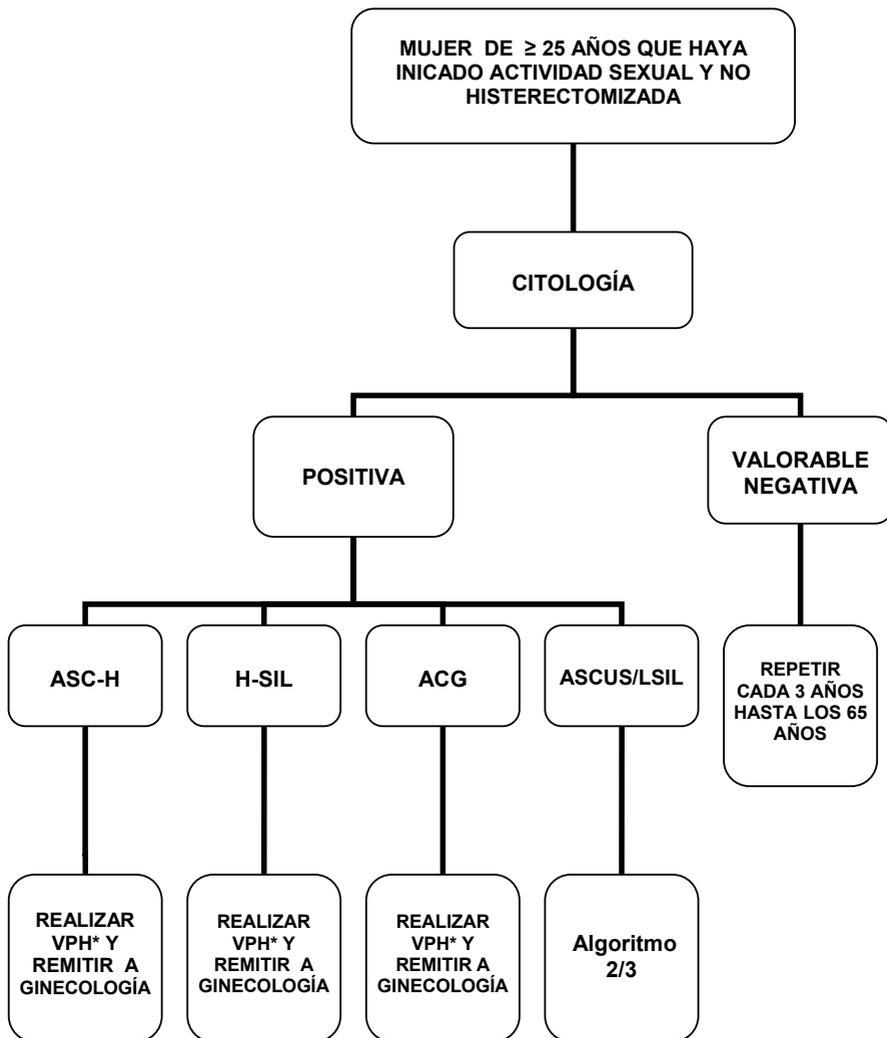
**No antecedentes
de CIN en los 20
años previos**

INDICE DE ALGORITMOS*

- Algoritmo 1- Actuación general del cribado de cáncer de cérvix**
- Algoritmo 2 - Citología con atipia de células escamosas de significado incierto (ASC-US)**
- Algoritmo 3 - Citología con lesión intraepitelial de bajo grado (L-SIL)**
- Algoritmo 8 - Citología con presencia de células endometriales**
- Algoritmo 9 - Mujeres ≥ 65 años sin cribado previo o con cribado inadecuado**
- Algoritmo 10 - Mujeres inmunodeprimidas**
- Algoritmo 11 - Mujeres gestantes**
- Algoritmo 12 - Mujeres <25 años con citología previa**
- Algoritmo 13 - Citología negativa y VPH-AR Positivo**

*Algoritmos de actuación del *Protocolo de Detección Precoz del Cáncer de Cérvix 2015* correspondientes a Atención Primaria.

Algoritmo 1 - Actuación general del cribado de cáncer de cérvix



*Si la citología previa ha sido realizada con técnica convencional

Algoritmo 2 - Citología con atipia de células escamosas de significado incierto (ASC-US)

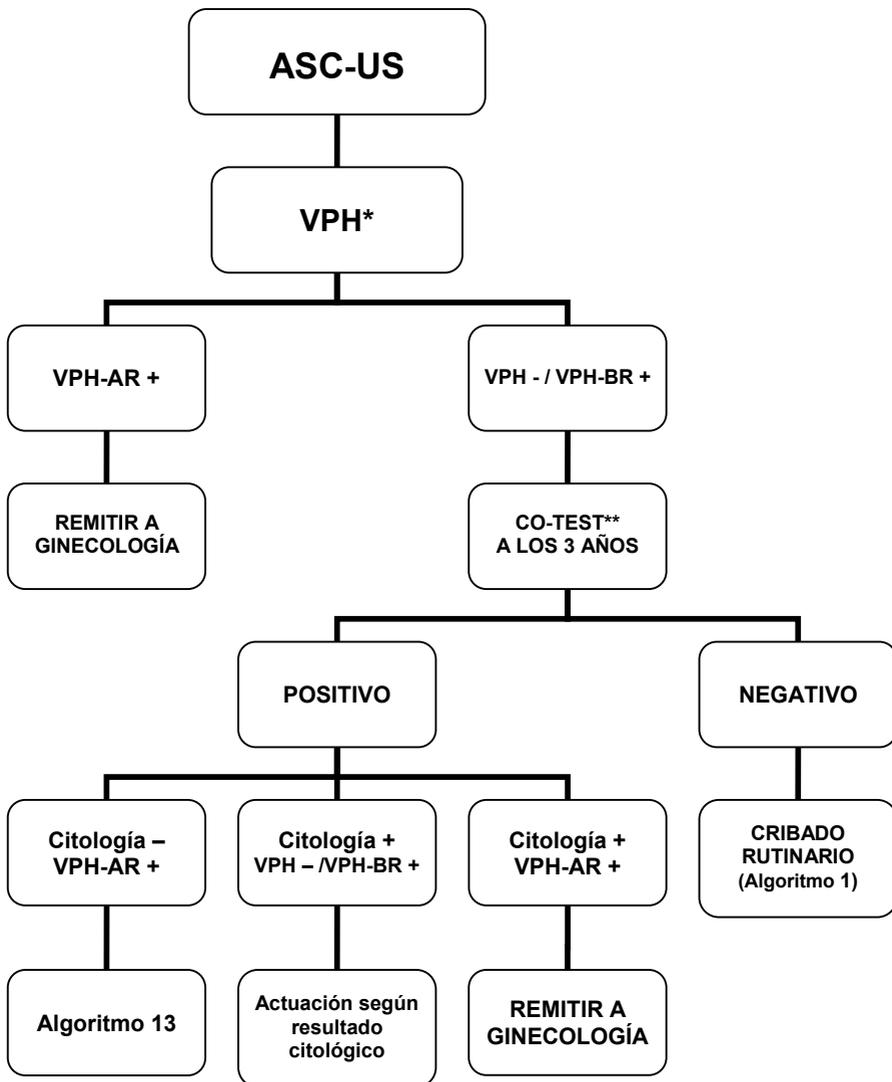
La atipia de células escamosas de significado incierto (ASC-US) se diagnostica en el 2-5% de las citologías y representa la alteración citológica más común.

La prevalencia global de la infección por VPH en mujeres con ASC-US oscila entre el 33-51% (alcanza el 70% en < de 25 años)

Un 3% de las mujeres > de 30 años con ASC-US tienen riesgo de presentar CIN3 a los 5 años, sin embargo las mujeres con citología ASC-US y VPH negativo presentan un riesgo bajo de lesiones CIN 3 a los 5 años, por lo que el primer control debe realizarse a los 3 años.

En mujeres menores de 25 años, la determinación de VPH no es una opción eficiente para el manejo del ASC-US por lo que se manejará como una situación transitoria. (Algoritmo 12).

En mujeres gestantes y postmenopáusicas, la conducta es similar a la de la población general.



*Si la citología previa ha sido realizada con técnica convencional

**Co-test: Realizar citología y VPH al mismo tiempo

Algoritmo 3 – Citología con lesión intraepitelial de bajo grado (L-SIL)

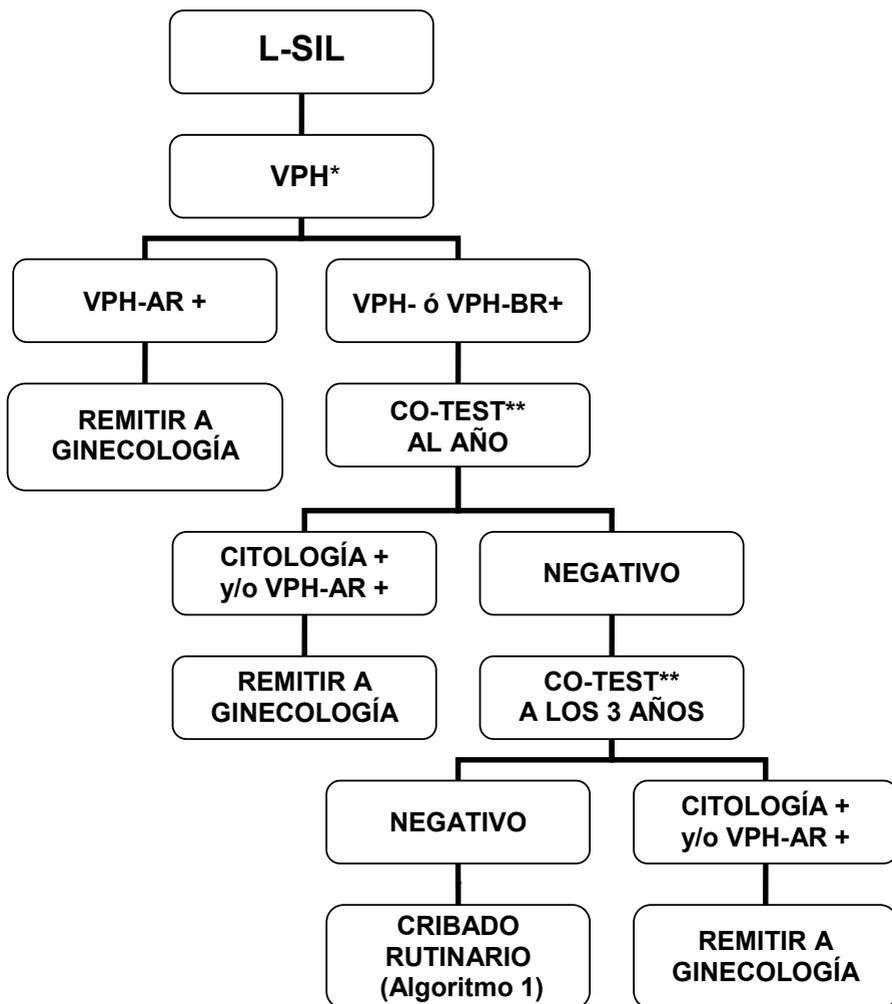
La lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (L-SIL) representa el 2-3% de todas las citologías. Entre el 12 y el 16% de las mujeres con citología L-SIL presentan una lesión CIN2 tras el estudio con colposcopia y biopsia.

Más del 70% de las mujeres con citología L-SIL presentan una prueba VPH positiva.

En mujeres menopáusicas un porcentaje significativo de citologías con L-SIL está relacionado con atrofia y déficit estrogénico por lo que la prueba de VPH puede ser útil para la selección de los casos que requieran colposcopia.

En mujeres menores de 25 años, la determinación de VPH no es una opción eficiente para el manejo de L-SIL por lo que se manejará como una situación transitoria. (Algoritmo 12).

En mujeres gestantes y postmenopáusicas, la conducta es similar a la de la población general.

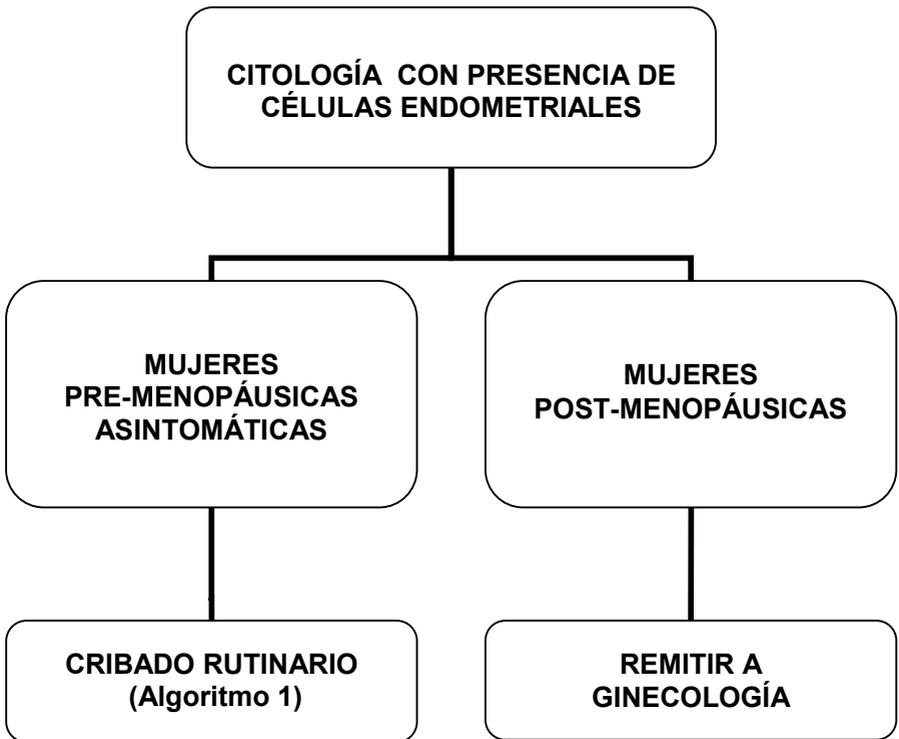


*Si la citología previa ha sido realizada con técnica convencional

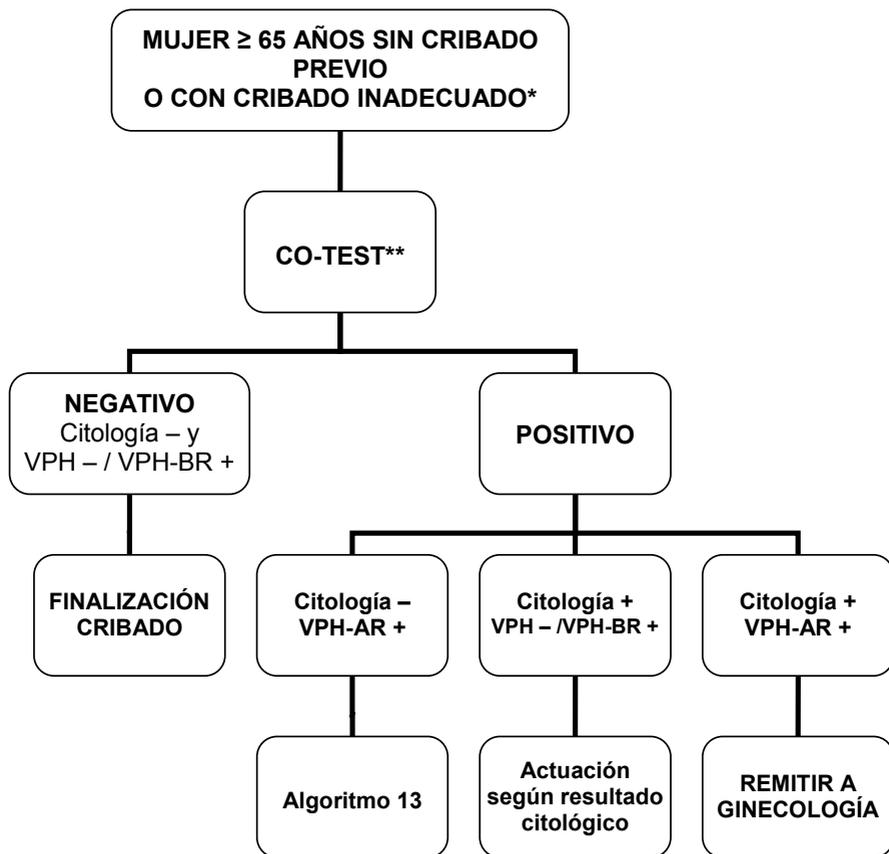
**Co-test: Realizar citología y VPH al mismo tiempo

Algoritmo 8 – Citología con presencia de células endometriales

La presencia de células endometriales rara vez está asociada a lesiones premalignas ó 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.



Algoritmo 9 - Mujeres ≥ 65 años sin cribado previo o con cribado inadecuado

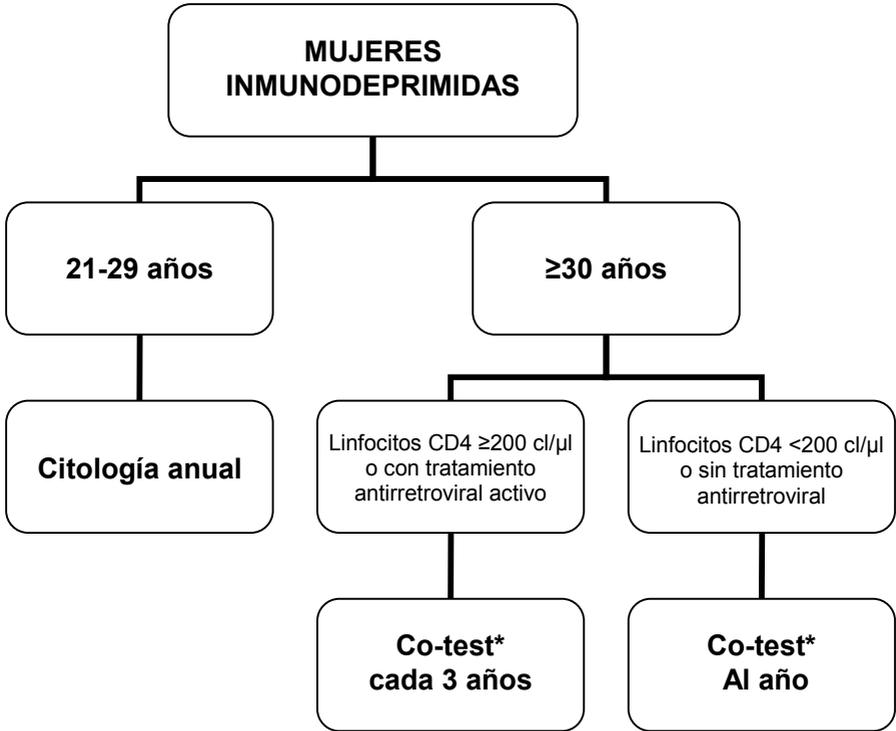


*Cribado inadecuado: Se considera tal cuando no se han registrado tres citologías consecutivas negativas, en los 10 años anteriores, la última realizada dentro de los 5 últimos años.

**Co-test: Realización de citología y VPH al mismo tiempo

Algoritmo 10 - Mujeres inmunodeprimidas

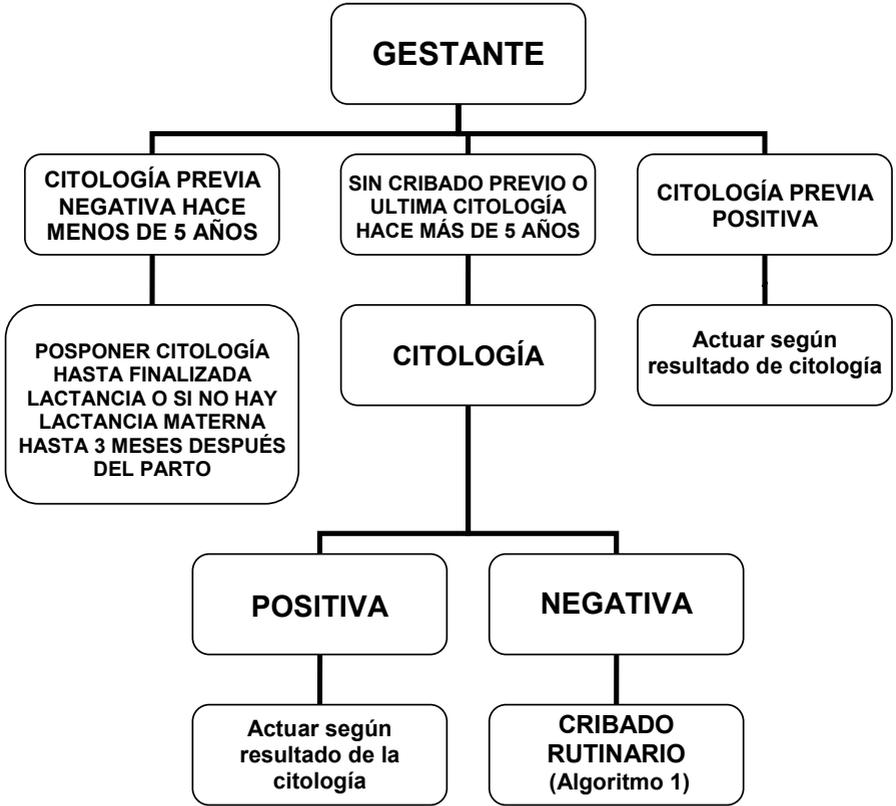
Las mujeres con inmunodepresión congénita o adquirida, o las pacientes con infección VIH son altamente susceptibles a la infección persistente por VPH y poseen mayor riesgo de desarrollar CIN 2-3 o cáncer de cérvix.



*Co-test: Realización de citología y VPH al mismo tiempo

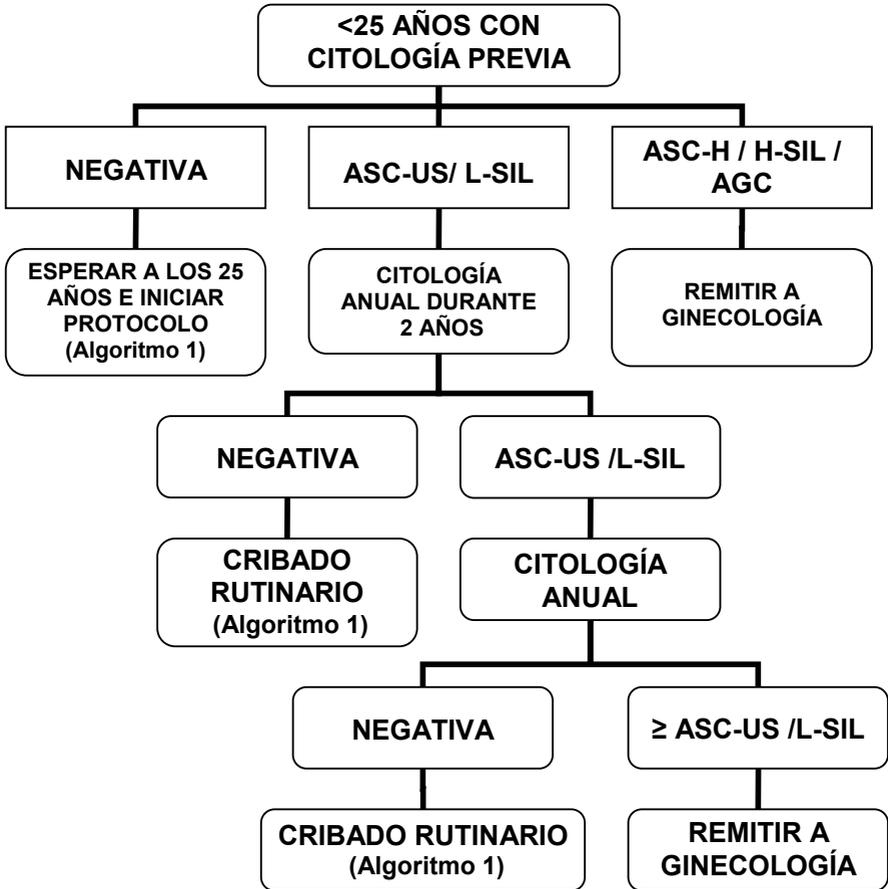
Algoritmo 11 - Mujeres gestantes

La incidencia de cáncer de cérvix en embarazadas se estima en 5 casos por cada 100000 gestaciones.



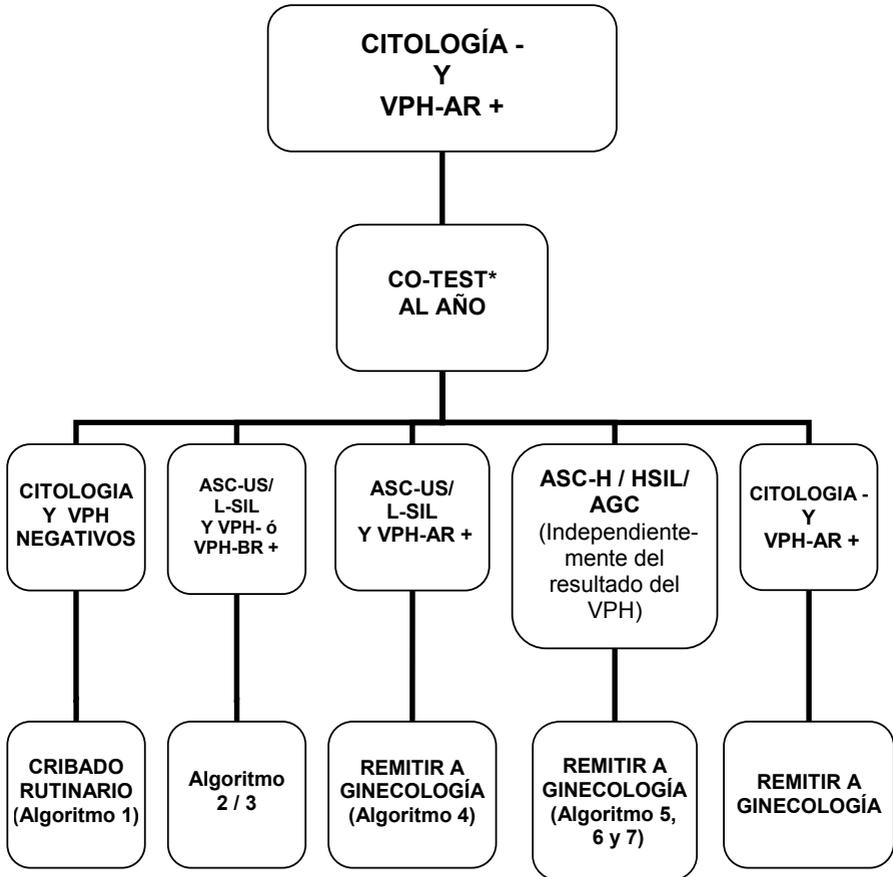
Algoritmo 12 - Mujeres <25 años con citología previa

La alta tasa de regresión de todas las lesiones citológicas, muy especialmente de ASCUS y LSIL en jóvenes por debajo de los 25 años justifica el seguimiento citológico. No hacer VHP por su elevada prevalencia.



Algoritmo 13 - Citología negativa y VPH-AR Positivo

Aproximadamente el 4% de las mujeres mayores de 30 años presentan una prueba de VPH positiva y una citología negativa. Estas mujeres presentan un riesgo de evolución a HLSIL/CIN 2 a los 5 años del 5-10%, por lo que se precisan protocolos de selección.



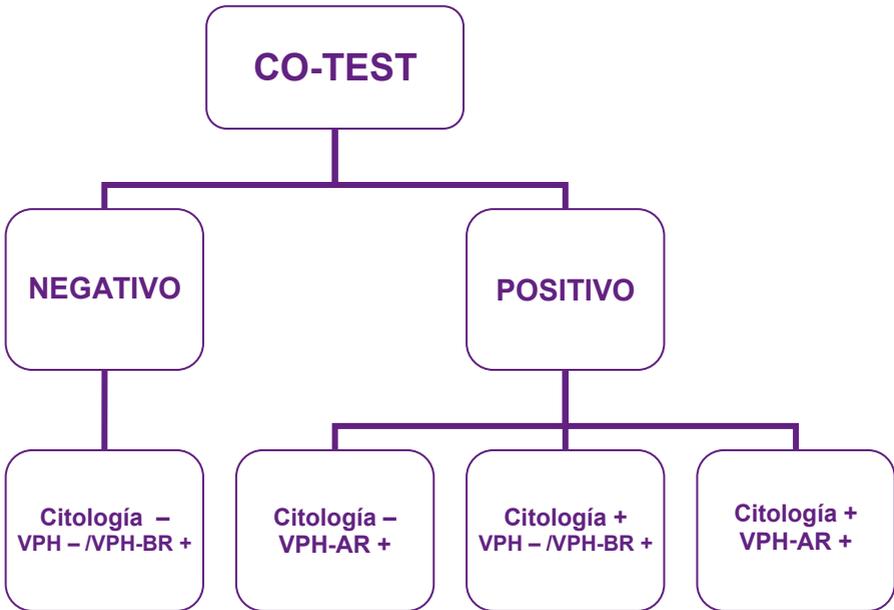
*Co-test: Realización de citología y VPH al mismo tiempo.

ANEXO I CO-TEST

El co-test consiste en la toma de la muestra para la citología y de VPH de forma simultanea en situaciones especiales establecidas en los algoritmos.

En los casos en que se utilice la citología convencional y se requiera realizar un co-test, primero se debe recoger la muestra para la citología y después para el VPH.

Interpretación del co-test



Glosario de siglas y abreviaturas

AGC	Células Glandulares Atípicas
AIS	Adenocarcinoma in situ
ASC	Células Escamosas Atípicas
ASC-H	Células Escamosas Atípicas que no puede excluir lesión escamosa intraepitelial de alto grado
ASC-US	Células Escamosas Atípicas de significado incierto
CIN	Neoplasia Intraepitelial Cervical
CO-TEST	Realización de citología y VPH simultáneamente
H-SIL	Lesión Escamosa Intraepitelial de alto grado
L-SIL	Lesión Escamosa Intraepitelial de bajo grado
MSSS	Ministério de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
VPH	Virus del Papiloma Humano
VPH-AR	Virus del Papiloma Humano de Alto Riesgo
VPH-BR	Virus del Papiloma Humano de Bajo Riesgo
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana



GOBIERNO
de
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA