

Programa de prevenció del càncer de CÈRVIX



La
prevenció
és a les teves
mans



Govern
de les Illes Balears



ib-salut

servei de salut
de les Illes Balears

programa de prevenció del càncer de cèrvix



Govern de les Illes Balears
Conselleria de Salut i Consum



ib-salut
servei de salut
de les Illes Balears

Coordinació

Dr. Pablo Tobajas Ruber,
subdirector assistencial d'Atenció Primària i 061de l'Ib-salut

Grup de treball del programa

Sra. Trinidad Baena Panadero,
subdirectora assistencial d'Infermeria de l'Ib-salut

Dra. Elena Cabeza Irigoyen,
Pla de Salut, Conselleria de Salut i Consum

Dr. Andrés Calvo Pérez,
cap del Servei de Ginecologia de l'Hospital de Manacor

Dra. Magdalena Esteva Cantó,
Gabinet Tècnic d'Atenció Primària de Mallorca

Dra. Magdalena García Bonafè,
cap del Servei d'Anatomia Patològica de l'Hospital Son Llàtzer

Dra. Miren Pérez de Mendiola Roig,
subdirectora mèdica d'Atenció Primària de Mallorca

Dr. Adolfo Marqués Bravo,
director de l'Àrea Maternoinfantil de l'Hospital Son Llàtzer

Dra. Inmaculada Matanza Rodríguez,
cap del Servei d'Anatomia Patològica de l'Hospital de Manacor

Dr. Rodolfo Moreno Mira,
Servei de Ginecologia de l'Hospital Son Llàtzer

Dr. Miguel Reyero Cortina,
Servei d'Obstetrícia i Ginecologia de l'Hospital Universitari Son Dureta

Dr. Enrique Serra Trespallé,
Servei d'Anatomia Patològica de l'Hospital Universitari Son Dureta

Sra. Margalida Servera Mir,
subdirectora d'Infermeria d'Atenció Primària de Mallorca

Dr. Manuel Usandizaga Calparsoro,
cap del Servei d'Obstetrícia i Ginecologia de l'Hospital
Universitari Son Dureta

Agraïments

Atanasio García Pineda (metge de família), Eva Navarro López (comare), Isabel Sánchez Mate (metgessa de família), Francisca Pons Mora (infermera de ginecologia), Patricia Palmer Muntaner (metgessa de família), María Martín Rabadán (coordinadora d'Equips d'Atenció Primària de l'Hospital Can Misses), José Pons Oleo (coordinador d'Atenció Primària-Especialitzada de l'Àrea de Salut de Menorca), Joan Torrecabota Payés (Servei de Ginecologia de l'Hospital Universitari Son Dureta), Carlos Campillo Artero (subdirector mèdic de Sistemes d'Informació de l'Hospital Universitari Son Dureta), Ignacio Martínez Jover (director gerent de l'Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera), Gaspar Tamborero Cao (metge de família), Luis Gijón García (Servei de Ginecologia de l'Hospital Universitari Son Dureta), Antonio Pallicer Orzaez (director general de Salut Pública), Amador Ruiz Torrejón (coordinador del CS Emili Darder), Fernando Rigo Carratalà (metge de família), Marian García Baratas (comare del CS de Son Pizà).

presentació

El Pla de salut de les Illes Balears per al període 2003-2007 proposa, entre les intervencions relacionades amb el càncer, la realització de programes específics de detecció precoç per reduir els índexs d'incidència i de mortalitat d'aquesta malaltia.

El Servei de Salut de les Illes Balears —Ib-salut— posà en marxa un Programa de detecció precoç del càncer de cèrvix, amb l'objectiu de disminuir les desigualtats socials de les dones per accedir a la pràctica preventiva de la citologia. Aquesta actuació es desenvoluparà amb criteris basats en l'evidència científica.

Aquest Programa neix de l'acord i la coordinació entre els professionals d'Atenció Primària i Especialitzada. És un Programa que recull les actuacions de promoció de la salut i prevenció de la malaltia.

La qualitat del Programa està garantida per la formació i l'experiència dels nostres professionals, així com el desenvolupament dels sistemes d'informació que coordinin i avaluïn aquestes actuacions.

Volem millorar l'accessibilitat a les nostres usuàries, tant des del primer nivell d'atenció com dels seu accés a les consultes de Ginecologia.

Només em resta agrair-vos la vostra col·laboració i implicació per aconseguir un objectiu comú: Que els serveis sanitaris que oferim estiguin a l'altura del que els nostres ciutadans ens exigeixen.



Sergio Bertrán Damián
Director general de l'Ib-salut

índex

1. Anàlisi de la situació del càncer de cèrvix	8
1.1 Situació epidemiològica actual	8
1.1.1 Incidència i mortalitat	8
1.1.2 Distribució geogràfica del càncer de cèrvix	11
1.1.3 Realització de pràctiques preventives (citologies) segons l'enquesta de salut de les Illes Balears (ESIB 2001)	11
1.2 Etiologia	12
1.3 Prevenció del càncer de cèrvix	14
2. Protocol	17
2.1 Objectius	17
2.2. Població diana	17
2.3. Interval entre proves	17
2.4. Captació	17
2.5. Presa de mostres i petició	18
2.6. Avaluació de les mostres i informe anatomopatològic	18
2.7. Resultat i informació	19
2.8. Seguiment de las lesions	19
2.9. Sistema d'informació	19
3. Avaluació	20
3.1. Indicadors de cobertura	20
3.2. Indicadors de resultats	20
3.3. Indicadors de qualitat	20
3.4. Comitè Tècnic i de Seguiment	20
4. Annexes	21
Annex I. Recomanacions nacionals i internacionals	22
Annex II. Presa de la mostra	22
Annex III. Full de petició d'Anatomia Patològica	23
Annex IV. Categories diagnòstiques de l'informe de citologia	24
Annex V. Targeta de participació	24
Bibliografia	25

1. Anàlisi de la situació del càncer de cèrvix

1.1. Situació epidemiològica actual

El càncer de coll uterí és un del processos tumorals millors estudiats i coneguts, ja que es tracta d'un tumor de fàcil abordatge preventiu i terapèutic des de fa ja mes de 50 anys. Tant és així, que la mortalitat per aquest tumor figura dins de llista de morts evitables. No obstant, segueix sent una de les primeres causes de mort femenina per càncer en els països menys desenvolupats.

1.1.1. Incidència i mortalitat

A nivell mundial, i segons les estimacions de la incidència de càncer de cèrvix per a l'any 2000, realitzades per l'IARC (Ferlay J 2001) s'estima que es produïren 470.606 casos nous en tot el món (una taxa ajustada de 16,12 casos per 100.000 dones), cosa que implica un 9,9 % de tots els càncers en dones i 233.372 morts (taxa ajusta de 7,88 per 100.000 dones), el que representa un 8,7 % de les morts

per càncer en dones. Els països de Amèrica Central, Amèrica del Sud i Àfrica de l'Est presenten les majors taxes d'aquest tumor, que oscil·la entre 20-93 casos per 100.000 dones; en canvi, països de l'oest d'Àsia, com Aràbia Saudí, Síria o Jordània, presenten la incidència més baixa del món, entre 3 i 8 casos nous per 100.000 dones. En els països d'Europa Occidental, Amèrica del Nord i Canadà s'observen taxes d'incidències intermèdies, que s'oscil·len entre 5 i 15 casos per 100.000 dones, mentre que Europa de l'Est les taxes són un poc més altes. La mortalitat mundial, a l'igual que la incidència, presenta una important variabilitat, amb un patró similar a la incidència i amb majors taxes en els països poc desenvolupats.

Espanya figura com un dels països amb menor incidència d'Europa i del món. En l'informe Globocan 2000 (Ferlay J 2001) s'estima que es produïren a l'any 2001, 1.986 casos nous de càncer cervical, el que representa una taxa ajustada de 7,2 casos per 100.000 dones (taula 1).

**Taula 1. Nombre de casos i taxes ajustades de càncer de cèrvix per 100.000 dones en la UE.
Dates estimades per a l'any 2000 (Globocan 2000)**

Països	Casos	Taxes ajustades	Morts	Taxes ajustades
Àustria	672	11,9	337	4,7
Bèlgica	669	9	327	3,5
Dinamarca	509	15,3	188	4,1
Finlàndia	157	4,2	68	1,3
França	4065	16,4	1.834	3,5
Alemanya	6754	11,5	3.521	4,2
Grècia	523	6,9	214	2,2
Irlanda	170	7,9	95	3,8
Itàlia	3.711	9	1.356	2,4
Luxemburg	10	3,6	4	1,3
Holanda	736	7,3	278	2,2
Portugal	978	14,6	391	4,8
Espanya	1986	7,2	892	2,6
Suècia	547	9,3	246	2,9
Regne Unit	3.537	9,3	1.906	3,9
Unió Europea	25.024	8,8	11.387	3,3

Les fonts d'informació sobre incidència a Espanya procedeixen dels registres de càncer establerts en algunes comunitats autònomes, com figura en la taula 2. Les dades dels diferents registres espanyols (Parkin DM 2002) mostren que existeix una variabilitat important entre comunitats autònomes, com taxes d'incidència que van des de 3,36 casos nous per 100.000 dones a Conca a 12,05 a Mallorca (taula 2).

Taula 2. Incidència del càncer de coll uterí per 100.000 dones a Espanya

Càncer úter	Taxa Bruta	Taxa Ajustada**
Albacete (1993-1997)	6,83	5,36
Astúries (1992-1995)	12,25	8,11
Illes Canaries (1993-1995)	9,71	7,94
Conca (1993-1997)	5,12	3,36
Girona (1994-1997)	10,33	7,38
Granada (1993-1997)	7,87	6,13
Mallorca (1993-1996)	15,86	12,05
Múrcia (1993-1996)	8,89	7,39
Navarra (1993-1997)	5,47	3,74
Tarragona (1993-1997)	12,14	9,03
Saragossa (1991-1995)	7,84	5,58

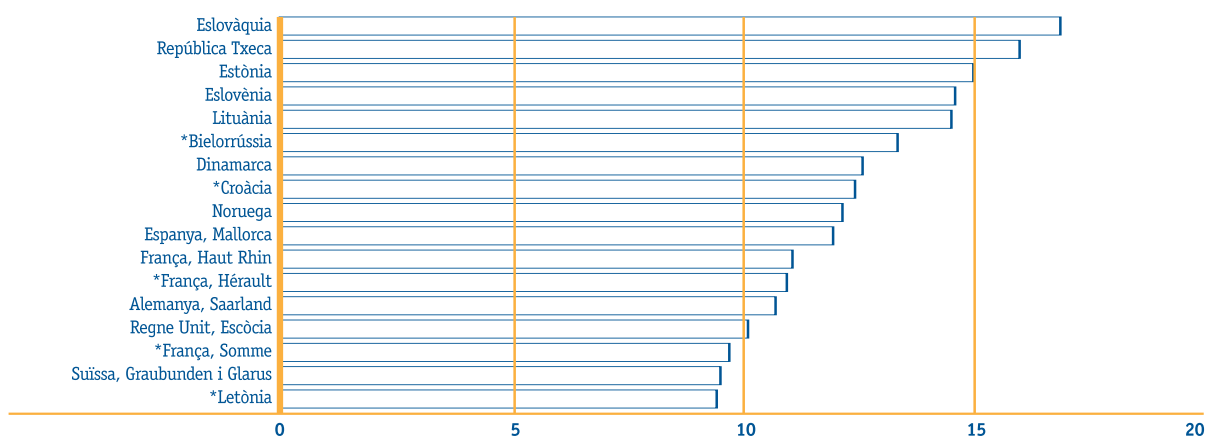
Font: Parkin et al. Cancer incidence in five continents.

** Taxes ajustades a la població mundial.

També la mortalitat per càncer de cèrvix en el nostre país es troba entre les més baixes d'Europa i del món. Segons les estimacions de Globocan per a l'any 2000, a Espanya es produïren 892 morts (2,65 morts per cada 100.000 dones). La supervivència de càncer de coll uterí als cinc anys, segons dades dels cinc registres de tumors espanyols participants en el projecte EUROCARE (Berrino F 1999) se situa entre el 79% i el 68,4%, dins de la mesura europea.

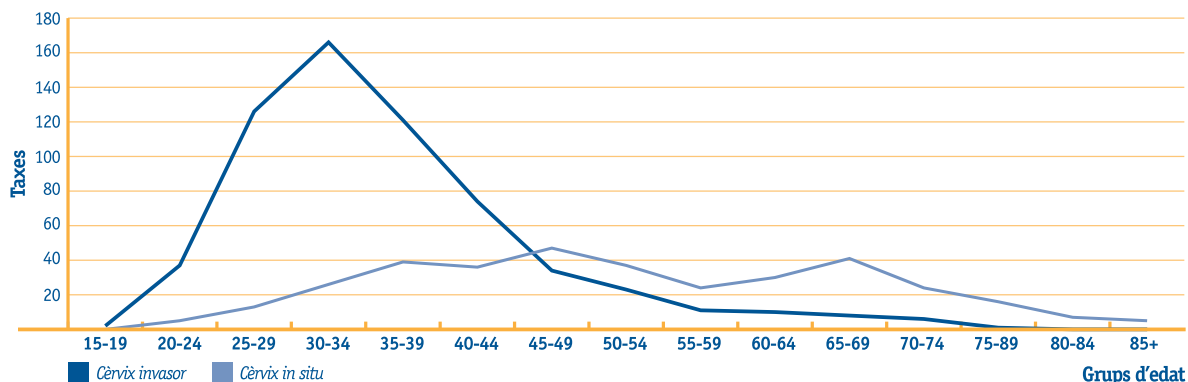
Quant a la situació a les Illes Balears, el registre de càncer poblacional se subscriu, avui per avui, a l'illa de Mallorca i les seves dades són publicades periòdicament per la OMS (Parkin DM 2002). Menorca i Eivissa-Formentera disposen de registres de tumors, i les seves dades permetran, en breu, disposar d'incidència de càncer referida a tota la comunitat. A Mallorca es diagnostiquen una mitja anual de 50 nous casos. La taxa d'incidència ajustada de càncer de cèrvix per al període següent, 1993-1996, amb 12,05 casos per 100.000 dones. Respecte a la resta del país i d'Europa, Mallorca ocupa un lloc destacat dins els 20 registres europeus amb major incidència, com es pot apreciar a la figura 1. Respecte a altres tumors ginecològics com el de mama, amb taxes estandarditzades de 50 casos per 100.000 dones, i altres tumors molt incidents com el de colon i el de pulmó, el càncer de cèrvix ocupa un lloc poc rellevant en la incidència relativa de tumors malignes en la dona.

Figura 1. Incidència del càncer de cèrvix a Europa (*) per 100.000 dones (taxes ajustades)



Font: Parkin et al. Cancer Incidence in five continents. OMS. * Dades de les 20 àrees d'Europa amb una incidència més elevada

Figura 2. Incidència de càncer de cèrvix i in situ a Mallorca 1988-1994



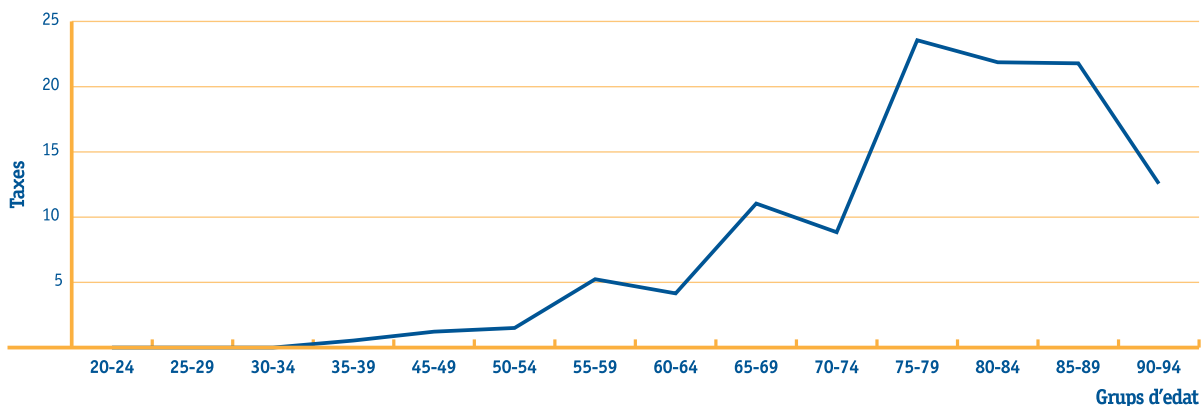
Font: registre de càncer de Mallorca.

La incidència per edat de càncer de cèrvix invasiu i càncer in situ a Mallorca queda reflectit a la figura 2. Com pot apreciar-se, el càncer in situ apareix a partir dels 15 anys i presenta la màxima inflexió a l'edat de 30 anys, per anar baixant dràsticament a partir d'aquesta edat i mantenir taxes baixes des de 55 anys en endavant. La incidència de càncer invasiu és pràcticament inexistent abans dels 20 anys i és a partir dels 35 fins als 75 quan les taxes són més altes.

A les Illes Balears hi va haver 14 morts per càncer de coll uterí a l'any 2000 (CNE 2000), una taxa ajustada a la població mundial de 2,7 dones mortes cada 100.000 dones, el que suposa un 1,31% de la mortalitat per

tumors malignes. Aquestes xifres són molt similars a les espanyoles i de les més baixes d'Europa. La comparació de la mortalitat entre illes ofereix la dificultat que suposa comparar taxes molt petites a poblacions petites. Per al quinquenni 1999-2003 la mortalitat bruta a Balears fou de 3,2 per 100.000 dones; la de Mallorca, 3,6; Menorca, 1,05, i Eivissa- Formentera, 2,38. A la figura 3 s'aprecia la distribució de la mortalitat per grups d'edat. A Mallorca el 76'2% de les pacients que sofreixen càncer de coll uterí sobreviuen als 5 anys, xifra similar a la dels altres registres espanyols participants en l'estudi EUROCCARE (Berrino F 1999). Es pot dir que a les Illes Balears la mortalitat per càncer de cèrvix es poc rellevant dins de la mortalitat per càncer.

Figura 3. Taxes de mortalitat per càncer de cèrvix per 100,000 dones a les Illes Balears 1999-2003



Font: IBAE, elaboració pròpia.

1.1.2. Distribució geogràfica del càncer de cèrvix a Mallorca

A partir de les dades d'incidència del càncer de cèrvix del període 1988-1994, i des del registre de tumors, s'analitza la distribució geogràfica a nivell municipal, tant pel càncer de cèrvix com per la lesió pre-neoplàsica CIN-III, amb el fi d'identificar àrees de major risc. L'anàlisi mostrà un patró similar d'ambdues patologies, i destacà un augment de risc en el nord-oest de l'Illa (figura 4) (Cap E 2001).

1.1.3. Realització de pràctiques preventives (citologies), segons l'Enquesta de salut de les Illes Balears (ESIB 2001)

Segons l'Enquesta de salut de les Illes Balears (ESIB 2001), un 53,9% de les dones entre 20 i 69 anys es fan periòdicament una citologia. La freqüència per grups d'edat fou del 63,9 % en les de < 40, el 73,8% en les de 40-49 anys, d'un 60,4% en les de 50 a 64 i d'un 17% en les dones majors de 64 anys. En una anàlisi més

profunda de les dades de l'enquesta, es trobaren diferències en la practica citologia entre les dones de grups socials distints. L'anàlisi es va basar en 560 dones majors de 20 anys. En aquest treball s'observà que la pràctica periòdica de citologia era major en les dones casades o que viuen en parella i les dones que treballen, les que valoren positivament el seu estat de salut i les que tenen assegurança sanitària mixta. S'observaren desigualtats social en la realització periòdica de citologies, sent més habitual entre les dones amb estudis superiors, freqüència que disminueix conforme baixa el nivell d'estudis. També és més comú entre les dones de classe social alta (Pujol A, 2002). Paral·lelament, un estudi recent realitzat mitjançant una enquesta en l'àmbit nacional obté resultats similars, evidenciant que en el nostre país les dones que es realitzen periòdicament citologia no pertanyen als grups més susceptibles de presentar de cèrvix (Luengo S, 2004).

Aquesta situació comporta la necessitat d'establir estratègies actives per la captació dels grups socials que no s'adhereixen a la pràctica periòdica de la citologia de cribratge.

Figura 4. Distribució geogràfica del càncer de coll uterí i in situ (CIN III) 1988-1994

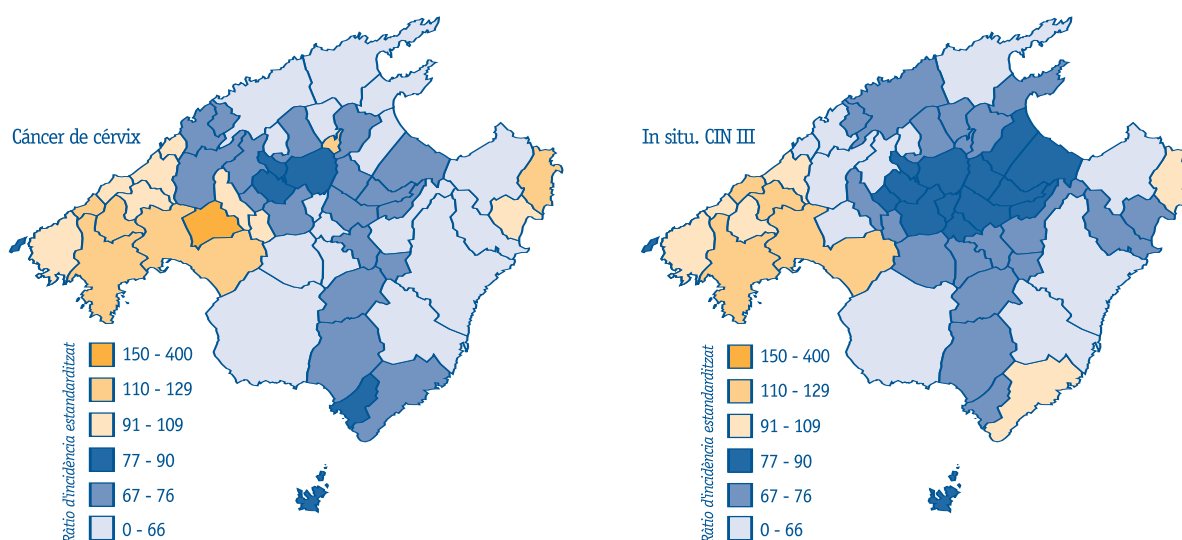


Tabla 3. Diferències en la realització periòdica de citologia. Enquesta de Salut 2001 de les Illes Balears

Realització periòdica de citologia	SÍ (%)	NO (%)	P
CLASSE SOCIAL			
Classe Social I	37 (66,1)	19 (33,9)	= 0,001
Classe Social II	51 (72,9)	19 (27,1)	
Classe Social III	82 (61,2)	52 (38,8)	
Classe Social IV i V	117 (48,3)	125 (51,7)	
EDUCACIÓ			
Sense estudis - P. incompleta	47 (33,1)	95 (66,9)	<0,001
Primària completa	113 (60,8)	73 (39,2)	
Secundària	81 (66,4)	41 (33,6)	
Superior	54 (68,4)	25 (31,6)	
EDAT			
<40 anys	147 (63,9)	83 (36,1)	<0,001
40-49 anys	76 (73,8)	27 (26,2)	
50-64	61 (60,4)	40 (39,6)	
>=65	18 (17,0)	88 (83,0)	
COBERTURA SANITÀRIA			
Pública	188(51,2)	179 (48,8)	0,001
Mixta	114(65,9)	59 (34,1)	
ESTAT CIVIL			
Soltera	54 (48,2)	58 (51,8)	<0,001
Casada/amb parella	218 (64,5)	120 (35,5)	
Viuda, separada, divorciada	27 (32,1)	57 (67,9)	
VALORACIÓ SALUT			
Bona	211 (59,8)	142 (40,2)	0,016
Dolenta	91 (48,9)	95 (51,1)	
TREBALL			
Treballa	172 (67,2)	84 (32,8)	<0,001
Mestressa	66 (49,6)	67 (50,4)	
Altres	64 (42,4)	87 (57,6)	

1.2 Etiologia

Virus del Papil·loma Humà (VPH)

Un dels majors descobriments en l'etiologia d'un càncer humà ha estat el reconeixement que el càncer de cèrvix és una rara conseqüència d'una infecció causada per determinats tipus de virus de papil·loma humà (VPH). Encara que s'han descrit més de 100 tipus del VPH, no tots tenen el mateix poder oncogènic. Avui en dia, hi ha

identificats 15 tipus de VPH, amb un elevat poder oncogènic, involucrats en més del 95% dels casos de càncer de cèrvix (Muñoz 2003). D'aquests, el VPH 16 i VPH 18 són els més freqüents i els responsables de més del 65% de tots els càncers de cèrvix (Bosch X 2002, Clifford GM 2003).

Nombrosos estudis realitzats en la dècada dels 90 aportaren informació clau sobre la història natural d'aquesta patologia, mostrant clarament que, en absència d'una infecció persistent del VPH (el DNA del VPH ha estat detectat en més del 99,7% dels càncers de cèrvix), no es desenvoluparà aquest tipus de càncer. Aquest fet ha determinat que, per primera vegada en la història, s'hagi reconegut a un virus, el VPH, com una causa " necessària" (encara que no suficient) d'un càncer humà.

El fet que la infecció per VPH sigui imprescindible per al desenvolupament d'un càncer de cèrvix no vol dir que tota dona infectada per aquest virus acabarà desenvolupant la malaltia. Avui en dia, les infeccions per VPH són les infeccions virals de transmissió sexual més freqüents en la major part dels països. Per tant, la probabilitat d'adquirir la infecció en subjectes sexualment actius és molt alta. Estimacions recents suggereixen que, en les edats de major activitat sexual, la prevalença de la infecció per VPH pot afectar fins a un 40% de la població femenina, disminuint progressivament amb l'edat (fins a un 5-10% en dones majors de 40 anys), amb una taxa d'infecció anual del 10-15 %. En algunes poblacions s'ha descrit un segon repunt de prevalença elevada en dones majors de 50 anys, amb una rellevància de moment incerta en relació al risc del càncer de cèrvix.

Entre els factors determinants perquè es produeixi la infecció estan els nombre de parelles sexuals de la dona, l'edat en la qual inicia l'activitat sexual i la probabilitat que cada una de les seves parelles sia portador del virus. Com ocorre amb qualsevol altra infecció de transmissió sexual, el baró està implicat en la cadena epidemiològica de la infecció, i pot ser portador i vehicle de la infecció (Bosch X 1996). De fet, la probabilitat que una dona sigui portadora del virus, i per tant, susceptible de desenvolupar càncer de cèrvix, s'ha relacionat amb la presència del DNA del VPH en el penis o uretra de la seva parella. A més, s'ha confirmat que la circumcisió protegeix els barons de ser portadors de VPH i les seves parelles de desenvolupar un càncer de cèrvix (Castellsagué X 2002).

A partir d'aquestes dates podem concloure que el risc de càncer de cèrvix d'una dona dependrà del seu comportament sexual i del de la seva parella. En poblacions majoritàriament monògames, a on la prevalença del VPH en dones és molt baixa (a Espanya entre 3-6 %), les prostitutes juguen un paper important en el manteniment i la transmissió de la infecció, convertint-se en una important concentració de VPH, i , per consegüent, constitueix un dels grups de risc elevats.

La majoria d'infeccions per VPH (80-90%) són transitòries i remeten al cap de l'any, especialment en persones joves. S'ha estimat que la duració mitjana de les infeccions per VPH és d'uns 8-10 mesos pels tipus de risc elevats i menor (4-8 mesos) pels VPH de baix risc i que la resolució de la infecció pareix oferir cert grau de protecció enfront de reinfeccions per VPH. No obstant això, entre un 10-20% d'infeccions per VPH persisteixen més temps i la infecció evoluciona cap a lesions escatoses intraepitelials d'alt grau (LIE alt grau) i finalment al carcinoma invasiu. Per això, les dones amb infeccions cròniques per VPH constitueixen el grup de risc més important del càncer de cèrvix.

Entre el diagnòstic de la infecció i l'aparició de les lesions escatoses intraepitelials d'alt grau (LIE alt grau) poden transcórrer quatre anys per terme mig i un 40 % de les dones amb lesions d'alt grau no tractades evolucionarà cap al càncer invasiu en un període en termini mitjà de 10-15 anys. A pesar d'avui per avui, no es coneixen bé els mecanismes determinats de la persistència de la infecció i la progressió a la lesió invasiva, s'estudien la càrrega viral, la susceptibilitat de l'hoste o el tipus oncogènic del virus. Les dones amb infeccions per tipus de VPH de baix risc rarament seran portadores cròniques, per la qual cosa la probabilitat de la progressió és extremadament baixa.

Com a conclusió, la infecció per VPH és molt freqüent però en la majoria dels casos remeten al cap d'un any. Un percentatge de casos (10-20%) persistirà al llarg del temps i pot evolucionar cap a lesions premalignes que, de no ser tractades, degeneraran en un càncer invasiu en un període de 10-15 anys.

Cofactors implicats en l'etiologia del càncer de cèrvix

• Història reproductiva

Les dones VPH + que han tengut 7 o més embarassos a termini tenen un risc quatre vegades major de desenvolupar un càncer escatós de cèrvix que les dones nul·líparas (Muñoz N 2002)

• Contraceptius orals

Un estudi realitzat per la IARC mostra que l'ús prolongat d'anticonceptius orals (AO) (durant cinc anys o més) és un cofactor que incrementa per 3 el risc de desenvolupar càncer escatós de cèrvix entre les dones portadores de VPH. Els resultats foren similars per càncers invasius com in situ (Moreno V 2002). Una recent metaanàlisi publicada a partir dels resultats de 28 estudis revela resultats similars (Smith JS 2003). No obstant això, l'evidència d'aquesta associació no és completament consistent i senyalen, entre altres possibles biaixos, el fet que les dones que prenen AO se sotmeten a revisions ginecològiques amb major freqüència que les no consumidores i per tant s'afavoreix la detecció precoç de la malaltia.

• Hàbit tabàquic

El tabac té una acció moderada, multiplica per 2 el risc de progressió neoplàstica en la dona afectada. Una extensa revisió sobre el paper del tabac en el càncer de cèrvix conclouia que l'associació amb el càncer de cèrvix consistent en els estudis en els quals s'ajustava per ADN VPH o en les anàlisis restringides a dones VPH + (Szarewski A, 1998). El risc era més elevat per les lesions displàsiques d'alt grau. Estudis posteriors amb resultats similar han donat suport al paper carcinogen del tabac en les dones amb infecció per VPH. No obstant això, es necessiten més estudis per conèixer els mecanismes d'acció del tabac en aquesta patologia.

• Altres factors

Molts d'estudis han senyalat l'edat d'inici de la vida sexual activa com un factor de risc associat al càncer de cèrvix, a pesar que, de moment, no existeix una evidència definitiva que suporti tal associació.

També s'han descrit com a factors de risc altres infeccions de transmissió sexual, inclòs el VIH (Palefsky JM, 1999). La immunodepressió inherent a la coinfecció per HIV és un factor determinant. Un estudi multicèntric mostrà un augment de risc en presència d'anticossos a C. Trachomatis (Smith JS, 2002). També s'han descrit augments de risc pel virus herpes simple 2, a pesar que de manera menys consistent.

Altres factors, de moment en avaluació, són un nivell socioeconòmic desfavorable o el paper protector de determinats nutrients, com el beta caroté o la vitamina A, C i E.

1.3 Prevenció del càncer de cèrvix

La reducció de la incidència i la mortalitat per càncer de coll uterí requereix la posada en marxa d'estratègies de prevenció primària i secundària. Amb el descobriment de l'etiologia vírica del càncer de cèrvix, la prevenció primària ha adquirit últimament una gran importància, ja que es tracta d'una malaltia transmissible, la qual, a pesar de no comptar amb un tractament adequat ni mecanismes de control molt efectius, pot ser controlada en gran mesura mitjançant l'educació sanitària. La utilització de mètodes de barrera en les persones amb múltiples parelles i en les que inicien les relacions sexuals precoçment, ha estat considerat un dels mètodes de prevenció primària més efectius (Shepèrd J, 2001). Donat que el contagi de la malaltia es produeix a través de determinades pautes de conducta, resulta imprescindible informar la població, de manera que les dones arribin a conèixer les causes, mecanismes de transmissió, prevenció i tractament de la malaltia. La informació ha de ser dissenyada per cada dona i tenir en compte l'edat i les seves expectatives, com advoquen alguns autors (Anhang R, 2004). La prevenció primària també ha de ser dirigida als homes, com a reservoris asimptomàtics en la majoria dels casos.

La mortalitat i la incidència de càncer de coll uterí ha disminuït notablement en els darrers 50 anys en aquells llocs a on s'han instaurat programes poblacionals de prevenció secundària. La **prevenció secundària** del càncer de cèrvix ha estat sustentada en tot aquest temps en la detecció de lesions precanceroses i el càncer invasiu d'hora

en dones presintomàtiques mitjançant el test de Papanicolau. La detecció precoç ofereix l'oportunitat de preveure o retardar la progressió a un càncer invasiu mitjançant diverses intervencions terapèutiques. L'evidència de l'efectivitat de la prevenció secundària mitjançant citologia vaginal no procedeix d'assaigs clínics, sinó que s'assenta en els resultats d'estudis basats en l'observació d'una disminució important de la incidència i la mortalitat en aquells països amb programes poblacionals d'àmplia cobertura. Estudis de correlació realitzats en diversos països europeus, Canadà i Estats Units, que comparaven l'evolució temporal del càncer cervical, mostraren importants reduccions en la incidència i una reducció entre el 20-60% en la mortalitat (Cramer DW 1974, Miller AB 1976, Johanneson G 1978, Laara E 1987, Anderson GH 1988, Boom ME 1990, Benedet JL, Sirgurdson K 1993, Quinn M 1999, Ries LGA 1999). Paral·lelament, estudis de casos i controls han mostrat una forta associació negativa entre cribratge i càncer invasiu, i suggereix que el cribratge és protector (Clarke EA 1979, La Vecchia C 1984, Aristizabal N 1984, Berrino F 1986, Herrero 1992).

La citologia vaginal, com a qualsevol prova diagnòstica, presenta una efectivitat limitada. Segons recent revisió (AHCP), la sensibilitat mitjana en la població pot ser del 51% (IC95%: 37-66) i l'especificitat, del 98% (IC95%: 97-99). L'especificitat és més alta en la detecció de lesions LIE d'alt grau i de carcinomes, mentre que resulta alguna cosa més baixa en la detecció de lesions més precoços (Spitzer M, 1998). El principal risc de la citologia són els falsos negatius (Van der Graaf Y, 1987). L'escassa validesa provada generalment per problemes de procediment en la presa de les mostres, a pro d'un 60% dels errors són deguts a l'escassetat de cèl·lules en els exfiliats. Altres problemes deriven de la interpretació dels espècimens i es relacionen amb el component subjectiu de la lectura i amb la baixa fiabilitat (Nanda K, 2000). A qualsevol programa de detecció precoç amb citologia es deuen situar els estàndards de qualitat mínims en tots els processos. Pròximament apareixerà la Guia Europea de Qualitat, de la qual hi ha un esborrany, i les seves recomanacions hauran de ser tinguendes en compte.

El Sistema de Bethesda, desenvolupat en 1988 i que la seva darrera actualització es va fer al 2001 (Solomon D, 2001), sistematitza la informació sobre el resultat de la citologia. Els termes citògics, lesions escatoses intraepiteliales de baix grau i alt grau (LIE de baix grau i LIE d'alt grau), es correlacionen amb els diagnòstics histològics de CIN1 i CIN2-3. La gradació entre les cèl·lules corresponents a una lesió de baix grau o una d'alt grau es caracteritza per la presència d'un creixent atípic cel·lular i per fallides progressives en la diferenciació cel·lular de les cèl·lules més superficials. El carcinoma in situ (CIS) representa un extrem en aquesta evolució, en la qual s'observa una transformació quasi completa de les cèl·lules epitelials en cèl·lules indiferenciades atípiques.

A més, el Sistema de Bethesda inclou un altre nivell:

- *Per les cèl·lules escatoses:*
 - el AS-CUS o cèl·lules escatoses atípiques de significat indeterminat,
 - el ASC-H o cèl·lules escatoses que no poden excloure el LIE d'alt grau.
- *Per les cèl·lules glandulars:*
 - el AGC o cèl·lules glandulars atípiques endocervicals, endometrials o cèl·lules glandulars i
 - les cèl·lules glandulars atípiques, a favor de neoplàsia.

L'interval entre tests de cribratge sempre ha estat motiu de controvèrsia (Sawaya GF, 2001) i ell s'ha traduït en que les recomanacions dels diferents grups de treball que han estat disperss. Segons un estudi realitzat per l'IARC a partir de 8 programes de cribratge de càncer de cervix europeus i de Canadà, que inclouen 1,8 milions de dones, la incidència acumulada de càncer invasiu en dones entre 35-64 anys es reduí un 64 % quan la freqüència entre cribratges era de 10 anys; un 83,6%, cada cinc anys; 90,8%, cada 3 anys i 93,5%, cada any. Els beneficis obtinguts amb un cribratge anual no s'allunyen dels aconseguits cada 3 i 5 anys i, en canvi, si s'incrementa notablement el volum de citologies necessàries per disminuir la incidència en un petit percentatge (IARC, 1986). La Preventive Task Force de Estats Units ha canviat les seves recomanacions a intervals de 3 anys, en reconèixer que no hi ha un benefici substancial en recomanar citologies anuals, recomanacions que ha subscrit el National Cancer Institute. També en dos recents treballs, els autors reafirmen que l'opció d'intervals de 3 anys s'assegura (Sawaya GF 2003, Sasieni P 2003).

Taula 4. Recomanacions nacionals i internacionals

Organisme	Població diana	Periodicitat
PAPPs (Semfyc) 2003	35-65	2 primeres anuals i després cada 5 anys
USPSTF 2003	21-65	Cada 3 anys
National Institute of Cancer 2003	21-65	Cada 3 anys
Canadian Task Force 1994	18-69	Cada 3 anys
NHS 2004	25-4950-64	Cada 3 anys Cada 5 anys
Unió Europea	20/30 a 65	Cada 3 o 5 anys

En l'edat d'inici tampoc no hi ha acord com s'aprecia en les recomanacions recollides en l'annex I. Algunes autoritats en serveis preventius han recomanat començar el cribratge 3 anys després de l'inici de les relacions sexuals. Aquesta política es basa en la idea que una proporció de dones joves amb CNJ pot tenir un tipus cel·lular agressiu, que progressa ràpidament si no es detecta mitjançant detecció precoç. Per això, en les joves es recomana realitzar 2 citologies anuals i, si són negatives, seguir amb una política de cribratge cada 3-5 anys. Les dones majors de 65 anys pareixen no beneficiar-se del cribratge si les citologies han estat repetidament normals (YU S 1982, Van Wijngaarden WJ 1993). Les recomanacions sobre població diana i periodicitat es troben resumides en la taula 4 i amb major detall en l'annex I.

Noves tècniques citològiques per a la detecció precoç de càncer de coll uterí. Últimament s'han desenvolupat tècniques de suport a la citologia que permeten esmenar els errors identificats en la recollida, manipulació i interpretació de les mostres. Aquestes tècniques, denominades mono capa o capa fina, utilitzen la tecnologia de fluids. Una recent revisió conclouia que, a pesar de la superioritat de la tècnica de capa fina sobre la citologia convencional, no s'han produït dades suficients sobre la seva sensibilitat i especificitat i relació cost/efectivitat (Larizgotia I, 2001)

Potser els major avanços s'obtinguin amb el desenvolupament de nous mètodes de detecció de la infecció per VPH més barats i que, a més, provin la seva validesa i clarifiquin el seu paper com a mètode de cribratge inicial associat a la citologia o com a tècnica suplementària per al seguiment de lesions citològiques

específiques. L'ús del test de VPH com a vestit per colposcòpia és un altre dels aspectes en estudi. Finalment, la vacuna per prevenir el VPH és una altre dels avanços en la prevenció primària del càncer de cèrvix que s'està debatent. En anys futurs tindrà possiblement un lloc important en la prevenció del carcinoma cervical (Larizgotia I, 2001).

En conclusió, els programes poblacionals de detecció precoç de càncer de cèrvix mitjançant citologia vaginal han demostrat disminuir la incidència i mortalitat per aquest tumor. No obstant això, en poblacions amb baixa incidència del càncer cervical, com és el cas de la nostra comunitat, junt a la taxa de falsos negatius del test de Papanicolauo, no s'aconsellen programes poblacionals. És per això que, en el nostre cas, s'aposta per un programa d'enfocament oportunista que posi especial èmfasi en les dones de risc més elevat.

2. Protocol

2.1. Objectius

Objetivo general

Disposar d'un període d'un protocol operatiu de detecció precoç del càncer de cèrvix, consensuat pels professionals implicats en l'atenció integral a la dona en l'àmbit de la nostra comunitat autònoma, que permeti millorar les activitats de detecció precoç del càncer de coll uterí per disminuir les taxes d'incidència i mortalitat.

Objectius específics

- Consensuar un protocol de detecció precoç de càncer de cèrvix amb els professionals implicats en l'atenció a la dona.
- Incrementar la participació de les dones pertanyents a grups de risc.
- Augmentar l'educació sanitària de la població sobre els factors de risc de càncer de cèrvix.
- Disminuir el nombre de citologies de detecció precoç innecessàries.
- Augmentar la qualitat del procés, amb especial èmfasi en la presa i anàlisi de mostres i informació dels resultats, tant a les dones com als professionals.
- Desenvolupar un sistema d'informació adequat per avaluar i coordinar les activitats.
- Augmentar l'accessibilitat als serveis de ginecologia mitjançant la reestructuració de les activitats i la derivació de la captació i presa de mostres a Atenció Primària.

2.2. Població diana

Dones entre 25 i 64 anys d'edat residents a les Illes Balears.

S'ha de fer captació activa a dones amb els següents factors de risc:

- Nivell socioeconòmic i cultural baixos.
- Prostitució.
- Mantenir múltiples parelles sexuals.
- Haver patit prèviament malalties de transmissió sexual.
- L'ús habitual de drogues per via parenteral.
- Inici primerenc de les relacions sexuals (entès com en els 5 anys posteriors a la menarquia).

- Estat d'immunosupressió.
- Infecció per VPH.
- Infecció per VIH.
- Consum d'anticonceptius orals durant més de cinc anys.
- Consum important de tabac (més d'un paquet diari).

Altres casos:

- En dones majors de 65 anys sense citologies prèvies.
- Les dones a les quals hagin transcorregut més de 5 anys des de la darrera citologia.

No queden incloses:

- Les dones a qui s'han realitzat histerectomia total per malaltia benigna.
- Després de part o cesària només es realitzarà citologia a les dones que compleixen criteris d'inclusió i hagin transcorregut més de 3 anys des de la darrera presa amb resultat normal o benigne.
- Les dones que no hagin tengut mai relacions sexuals.

2.3. Interval entre probes

- Inicialment, realitzar una citologia anual els dos primers anys i, posteriorment, si són normals, una cada tres anys.
- En dones majors de 65 anys, sense citologies prèvies, es farà una citologia anual els dos primers anys i cap citologia posterior, si aquestes són normals.
- Les dones a les quals hagin transcorregut més de 5 anys des de la darrera citologia, seran incloses en programa des del principi, realitzant 2 citologies en 2 anys.

2.4. Captación

La captación de las mujeres debe hacerse:

- A través dels metges, infermeres i comares dels centres de salut, després de consultar la HC i entrevistar a la dona sobre factors de risc. Aquesta acció s'ha d'incloure en els protocols d'infermeria destinats a l'atenció de les dones que acudeixin per primera vegada a la consulta. Pels ginecòlegs, infermeres de ginecologia i comares de les Unitats d'Atenció a la Dona.

- Deu aprofitar-se el període d'embaràs per realitzar citologies a dones embarassades a les quals no s'hagin fet citologia en els tres anys precedent a l'embaràs actual.

En general:

- Els professionals implicats en la captació de dones per la detecció precoç del càncer de cèrvix deuen fomentar i coordinar la captació i derivació de dones amb factors de risc de càncer de cèrvix, especialment prostitució i toxicomania, amb els serveis socials, amb les unitats de salut mental i amb altres organitzacions, com a ONG i l'Institut Balear de la Dona.

Cada centre de salut i Unitat de la Dona ha d'articular els circuits de derivació a la comare o infermera de ginecologia per la presa de mostres.

2.5. Presa de les mostres i petició

Els professionals encarregats de la presa de les mostres de citologia seran:

- En els centres de salut amb unitats de Psicoprofilaxi Obstètrica, la comare.
- En els centres de salut amb Unitat d'Atenció a la Dona, les comares o les infermeres de ginecologia.

L'organització de la citació per la presa de mostres haurà de ser consensuada en cada centre d'atenció. Una vegada realitzada la citologia, s'enviarà als serveis d'Anatomia Patològica, utilitzant els circuits habituals d'enviament de mostres.

Cada gerència haurà d'organitzar la formació dels professionals que realitzen la presa de mostres per garantir una qualitat òptima.

Pel Protocol de presa de mostres en atenció primària vegeu-ne l'annex II:

En la petició d'Anatomia Patològica ha de constar (annex III):

- Nom i llinatges.
- Data de naixement.
- Núm. de TSI.

- Procedència: Nom del centre de salut, Unitat d'Atenció a la Dona o Servei Hospitalari.
- Professional peticionari.
- Data de sol·licitud.
- Data de la presa.
- Destinació de la presa.
- Data de la darrera citologia.
- Motiu de la sol·licitud que s'identificarà per la paraula "cribratge" o sospita patològica.
- Mostra obtinguda d'exocèrvix o endocèrvix.
- Data d'inici del darrer període menstrual (FUR).
- Data d'inici de la menopausa (any).
- Malaltia de transmissió sexual prèvia.
- Patologia cervical prèvia.
- Tractament hormonal.
- Altres tractaments que poden modificar la citologia (quimioteràpia, radioteràpia).

Registre de la mostra

En la unitat a on es realitzen les preses es durà un llibre de registre d'aquestes, on s'inclouran les dades del pacient, la data en la qual es realitzà la citologia i la de la recepció dels resultats. A més, s'anotàrà en la història clínica del pacient.

2.6. Avaluació de les mostres i informe anatomopatològic

Les mostres seran analitzades en els serveis d'Anatomia Patològica de cada hospital, que assumiran les citologies de les dones del seu sector.

- Aquests elaboraran l'informe de resultats, que remetran al peticionari. L'informe d'Anatomia Patològica duran per defecte el resultat de les dues citologies anteriors, per informar el metge de família, comare o infermera, de les quals no són candidates, segons el Programa, a una nova citologia fins d'aquí a 3 anys. Les característiques que haurà de reunir l'informe d'Anatomia Patològica seguiran la classificació de Bethesda (vegeu-ne annex IV).
- El temps transcorregut entre la presa i l'emissió d'informe d'Anatomia Patològica no serà superior a 6 setmanes. Si en el termini màxim de 8 setmanes no ha arribat el resultat de la citologia, aquest es reclamarà al laboratori de referència.

- Si la mostra és insatisfactòria, es remetrà al professional peticionari un informe en el qual s'explicita la causa de 'presa insatisfactòria.

2.7. Resultat i informació

- Els serveis d'Anatomia Patològica enviaran els informes de les mostres segons codi peticionari, és a dir, a la comare de la UPPO o comare/infermera de les unitats d'Atenció a la Dona.
- Una vegada rebuts els resultats, la infermera o comare comprovaran, segons el protocol, la conducta a seguir.
- Si el resultat és negatiu i la presa satisfactòria, la comare o infermera de ginecologia informarà a la dona del resultat en la cita concertada en el moment de la presa de la mostra i li donarà còpia de l'informe. S'oferirà a la dona la "targeta de participació" a on s'annotarà la data de la citologia i la data de la pròxima citologia (annex V).
- Si la mostra no és satisfactòria, es citarà a la dona per repetir la presa.
- Si existís alguna anomalia, la comare o infermera de ginecologia remetran l'informe d'Anatomia Patològica al metge de família, que informarà la pacient i la citarà el Servei de Ginecologia. Des de la remissió del informe per la comare o infermera de ginecologia a la cita no deuen passar més de 3 setmanes.

2.8. Seguiment de les lesions

Les dones amb resultats anormals seran derivades a les unitats d'Atenció a la Dona i als serveis de Ginecologia de l'hospital de referència. Els serveis de Ginecologia hauran d'establir una agenda ràpida de citació de dones amb citologia anòmala, per garantir un termini màxim de 3 setmanes des de la recepció de l'informe a la cita.

L'informe de la citologia i les pautes a seguir hauran de quedar registrades en la història clínica.

- Els serveis de Ginecologia hauran de garantir el desenvolupament de les activitats de prevenció mitjançant la coordinació entre els serveis de Ginecologia dels hospitals, les unitats d'Atenció a la Dona i les unitats de Psicoprofilaxis Obstètriques d'Atenció Primària.

- Cada servei hospitalari intervindrà en el Programa de prevenció de càncer de cèrvix i acceptarà el procés derivat de l'esmentat programa del seu sector.
- A més, seguint criteris d'equitat territorial quant a la prestació de serveis des dels diferents serveis de Ginecologia, aquests seguiran les recomanacions corporatives en el seguiment de l'actual Programa.

2.9. Sistema d'informació

A fi d'arribar a una cobertura raonable, evitar duplicitats i intervals massa curts, s'anirà desenvolupant un sistema adequat d'informació electrònica entre Atenció Primària i Especialitzada: tant en la història clínica electrònica d'Atenció Primària (ESIAP), com en la dels serveis de Ginecologia de l'hospital, i adaptar el sistema PATWIN o similar en els laboratoris d'Anatomia Patològica.

3. Avaluació

3.1. Indicadors de cobertura

- Nre. de citologies de cribratge sol·licitats en dones de 25 a 64 anys/dones de 25-64 anys.
- Nre. de citologies de cribratge realitzades en dones de 25 a 64 anys/dones de 25-64 anys.
- Nre. de dones de 25 a 64 anys amb citologia preventiva realitzada en els darreres 3 anys.

3.2. Indicadors de resultats

- Nre. de lesions intraepiteliais d'alt grau detectades/Nre. de mostres preventives.
- Nre. de lesions intraepiteliais de baix grau detectades/Nre. de mostres preventives.
- Nre. de càncers de cèrvix detectats /Nre. de mostres preventives (incidència).
- Nre. de defuncions per càncer de cèrvix /Població de dones (taxa de mortalitat).

3.3. Indicadors de qualitat

3.4. Comitè tècnic i de seguiment

Estarà compost per les persones que han format part del grup de treball.

Funcions:

- Definir les línies generals del Programa quant a objectius, mètodes i tècniques.
- Analitzar els problemes de funcionament.
- Avaluar activitats i resultats del Programa.
- Determinar necessitats de formació dels professionals implicats.
- Verificar l'adequació de recursos materials i humans.
- Elaborar propostes de millora.

Periodicitat:

- Per un correcte seguiment del Programa, aquest Comitè haurà de mantenir reunions amb una periodicitat mínima semestral.

Tipus, fonts i valors acceptables dels indicadors de qualitat proposats pel programa de detecció precoç del càncer de cèrvix

Indicador	Font	Valor Acceptable
Nre. de citologies innecessàries (1)	APA	<30%
Nre. de peticions complimentades inadequadament (2)	APA	0
Número de citologies insatisfactòries (3)	APA	<5%
Nre. de citologies sense representació de zona de transformació/endocervical	APA	<5%
Nre. d'AGC	APA	<1%
Nre. d'ASC-US i ASC-H	APA	<5%
Correlació LIE/ASC-US i ASCH	APA	≥77%
Correlació citologia/histologia	APA	≥90%
Temps transcorregut entre presa de mostra per citologia i emissió informe d'Anatomia Patològica	APA	6 setmanes
Temps transcorregut entre Informe d'APA amb resultats anormals i citació per el ginecòleg	AP	3 setmanes
En dones amb diagnòstic patològic, % de pèrdues en el seguiment (4)	APA	<10%

(1) Segons els criteris d'inclusió en el programa.

(2) S'entén per complimentació inadequada la que:

Impedeix la identificació de la pacient (nom, cognoms, núm. de història d'origen, edat o data de naixement).

Impedeix l'elaboració dels indicadors. L'absència d'identificació com a "Programa de prevenció del càncer de cèrvix" en el full de sol·licitud.

(3) Segons la definició del Sistema Bethesda 2001 de mostra insatisfactòria.

(4) Aquella dona que, tenint una citologia patològica, no s'ha realitzat durant aquell any cap altra prova citològica diagnòstica.

APA: Anatomia Patològica

AP: Atenció Primària



Anexes

ANNEX I

Recomanacions nacionals i internacionals

PAPPS (Gonzalez Enriquez J, 2003)

- Dones sexualment actives de 35 a 65 anys, inicialment realitzar dues citologies amb periodicitat anual i després cada 5 anys.

USPSTF 2003

<http://www.arhrq.gov/clinic/uspstf/uscerv.html>

- Recomanar començar el cribratge en els tres anys posteriors a l'inici de relacions sexuals, però no més tard dels 21 anys.
- Una vegada que té una citologia, seguir amb Papanicolaou cada 3 anys.
- Les dones entre 65-70 anys que tinguin al menys 3 citologies normals en els darrers 10 anys poden aturar el procés de cribratge.
- No es recomana cribratge a les dones histerectomitzades.

US INSTITUT NACIONAL DEL CÀNCER

<http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/index.html>

- Subscriu les recomanacions de la USPSTF 2003

CANADIAN TASK FORCE 1994

<http://hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pdf/clinical-preventive>

- Cribratge anual després d'iniciar l'activitat sexual o a la edat de 18 anys; després de dues citologies normals, cribratge cada 3 anys fins els 69. Considerar intensificar cribratge en dones d'alt risc, com a edat d'inici de relacions sexuals menor de 18 anys; múltiples parelles sexuals o parella amb múltiples parelles; fumadores o situació socioeconòmica baixa.

NATIONAL HEALTH SERVICE

<http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/index.html>

- Dones entre 25 i 64 anys, amb periodicitat cada 3 anys entre els 25-49 anys i cada 5 anys entre els 50 a 64.

UNIÓ EUROPEA 2003 (Recomanació Consell Europeu)

- Començar no abans dels 20 anys i a més tardar als 30 cada 3 o 5 anys.

ANNEX II

Presa de la muestra

- A realitzar per la infermera de ginecologia ensinistrada o la comare.
- Passades 48 hores des de l'acabament de la regla i de la última relació sexual.
- Inserció suau i progressiva d'espècul bivalve (tipus Cusco), sense lubricació prèvia, amb les valves en sentit vertical, horitzontalitzant-lo després d'haver-lo insertat 2/3 de la seva longitud, i tractar de no fregar el cervix.
- Presa de l'espècimen.

(doble presa, exocèrvix-endocèrvix):

1. Presa exocervical amb espàtula comú.
2. Presa endocervical amb raspall mitjançant moviment de vaivé en el canal.
3. Extensió de la presa exocervical en capa fina en la meitat oposada a la vora esmerilada (en el qual s'haurà escrit amb llapis el nom de la pacient).
4. Extensió de la presa endocervical en l'altra meitat de la porta, rotant el raspall.
5. Després de l'extensió, ràpidament aplicació d'esprai fixador en capa fina, mantenint l'envàs a 25 cm de la porta. L'assecat a l'aire té una acció nefasta per la conservació de la mostra.
6. Complimentar acuradament l'imprès de sol·licitud d'estudi, així com el llibre de registre.

Registre Cítologies

Nº Sol·licitut	Data recollida	Nom	Tel.	CIP	Resultats	Data arribada

Annex III. Full de petició d'anatomia patològica

SOL·LICITUD CRIBRATGE CÈRVIX

HOSPITAL DE DESTÍ

Num. Història Clínica: _____

Nom: _____

1^{er} Llinatge: _____

2^{on} Llinatge: _____

Data naixement: _____

Núm.TSI: _____

Procedència de la mostra:

Sol·licitant: _____ Servei / Centre: _____

Codis Sol·licitants

ETIQUETA
CENTRE

Informació Clínica:

Edat: _____

FUR: _____

Patologia cervical prèvia

Anovulatoris orals

Altres tractaments: Quimioteràpia

Radioteràpia

Antecedents Patològics:

No

Sí (especificar) _____

DIU

Gestant

Puerperi

Menopausa

Data inicia menopausa: _____

THS No

THS Sí

Exploració: _____

Data i signatura: _____

Anexo IV. Categories diagnòstiques de l'informe de citologia

CATEGORIA DIAGNÒSTICA

CONDUCTA A SEGUIR AMB EL PACIENTE

QUALITAT DE LA MOSTRA

- Mostra satisfactòria per avaluació (*)
- (*) amb notificació d'absència de representació endocervical
- Mostra insatisfactòria (incloure la causa)

Seguir "Programa de prevenció"

Repetir citologia, evitant la causa

INTERPRETACIÓ / Diagnòstic morfològic

1. Negatiu per lesió intraepitelial o malignitat (1)
- Canvis reactius inespecífics
- Canvis reactius, associats a inflamació (germen)

Seguir "Programa de prevenció"

Repetir citologia als 6 mesos
Tractar i repetir citologia als 6 mesos

2. Patològic:

- ASC-US, ASC-H o AGC
- LIE de baix grau
- LIE de alt grau
- Carcinoma, adenocarcinoma, altres tumors

Remetre pacient al ginecòleg

(1) Quan es notifica la presència de cèl·lules endometrials en dones majors de 40 anys, es remetrà al ginecòleg.

Anexo V. Targeta de participació



expressa la seva voluntat de participació en el programa de prevenció del càncer de cèrvix.

nom i cognoms: _____

adreça: _____

telèfon: _____

data: _____

amb aquesta targeta de participació en el programa de prevenció del càncer de cèrvix.

nom i cognoms	data de participació	data de revisió
nom i cognoms	data de participació	data de revisió
nom i cognoms	data de participació	data de revisió
nom i cognoms	data de participació	data de revisió
nom i cognoms	data de participació	data de revisió
nom i cognoms	data de participació	data de revisió
nom i cognoms	data de participació	data de revisió



bibliografía



Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Evaluation of cervical cytology. Rockville, MD: AHCPR, 1999. (20852).

Anderson GH, Boyes DA, Benedet JL, Le Riche JC, Maticic JP, Suen KC, Worth AJ, Milner A, Bennet OM. Organization and results of cervical cytology screening programme in British Columbia, 1955-85. *BMJ* 1988;296:975-978.

Anhang R, Wright TC, Smock L, Goldie SJ. Women's desired information about human papillomavirus. *Cancer* 2004; 100: 315-20.

Aristizabal N, Cuello C, Correa P, Collazos T, Haenzel W. The impact of vaginal cytology on cervical cancer risk in Cali, Colombia. *Int J Cancer* 1984;34:5-9.

Berrino F, Gatta G, d'Alto M, Crosignani P, Riboli E. Efficacy of screening in preventing invasive cervical cancer: a case control study in Milan, Italy. *IARC Sci Publ* 1986;76:11-123.

Benedet JL, Anderson GH, Maticic JP. A comprehensive program for cervical cancer detection and management. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166:1254-1259.

Berrino F, Capocaccia R, Estève J, Gatta G, Hakulinen T, Micheli A, Sant M, Verdecchia A. Survival of Cancer Patients in Europe: the EURO-CARE-2 Study. *IARC Scientific Publications* n° 151. WHO. Lyon 1999.

Boon ME, de Graaf Guilloud JF, Rietveld WJ, Wijsman-Grootendorst A. Effect of regular 3-yearly screening on incidence of cervical smears: the Leiden experience. *Cytopathology* 1990; 1:201-210.

Bosch FX, Castellsagué X., Muñoz N, de Sanjosé S, Ghaffari AM, Gonzalez LC, Gili M, Izarzugaza I, Viladiu P, Nacarro C, Vergara A, Asuncion N, Guerrero I, Shah KV. Male sexual behavior and human papillomavirus DNA: key risk factors for cervical cancer in Spain. *J Natl Cancer Inst* 1996; 88:1060-7.

Bosch FX. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002; 55:244-265.

Cabeza E, Ocaña-Riola R, Garau I, Campillo C, Franch P, Obrador A. Distribución geográfica del cáncer de cérvix en Mallorca. IX Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública, SESPAS, noviembre 2001. Zaragoza. *Gac Sanit* 2001;15 suppl 3: 33.

Castellsagué X, Bosch FX, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV, de Sanjosé S, Eluf-Neto J, Ngelangel CA, Chichareon S, Smith JS, Herrero R, Mor V, Franceschi S; International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group. Male circumcision, penile human papillomavirus infection and cervical cancer in female partners. *N Engl J Med* 2002;346:1105-12.

Clarke EA, Anderson TW. Does screening by Pap smears help prevent cervical cancer? A case control study. *Lancet* 1979; 2:1-4.

Clifford GM, Smith JS, Plummer M, Muñoz N, Franceschi S. Human Papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: a metaanalysis. *Br J Cancer* 2003;88:63-73.

Cramer DW. The role of cervical cytology in the declining morbidity and mortality of cervical cancer. *Cancer* 1974; 34: 2018-2027.

Enquesta de Salut de les Illes Balears. Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. Direcció General de Salut Pública. Palma de Mallorca 2002.

Ferlay J, Bray F, Sankila R, Parkin M. *Globocan 2000: Cancer incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, version 1.0*, IARC Cancer Base n° 5 Lyon. IARC Press, 2001.

Gonzalez Enriquez J, Alonso Gordo JM. Otros tumores ginecológicos. *Cancer de cérvix uterino. Manual de Prevención de Atención Primaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)*. Eds: Brotons C, Ciurana R, Iglesias M. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona 2003.

<http://www.arhrq.gov/clinic/uspstf/uscerv.html>: update: enero 2003.

<http://www.cancer.gov/newscenter/pressreleases/cervicalscreen> update: enero 2003.

<http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/index.html> update 2003.

<http://hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pdf/clinical-preventive>

Herrero R, Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, De Britton RC, Gaitan E, Tenorio F. Screening for cervical cancer in Latin America: a case-control study. *Int J Epidemiol* 1992; 21:1050-1056.

IARC Working Group on evaluation of cervical screening programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implications for cervical screening. *BMJ* 1986: 293:659-64.

Johannesson G, Geirsson G, Day N. The effect of mass screening in Iceland, 1965-74, on the incidence and mortality of cervical carcinoma. *Int J Cancer* 1978; 21:418-425.

Laara E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in Nordic countries: association with organised screening programmes. *Lancet* 1987; 1 (8544) : 1247-49.

Larizgoitia I. Diagnóstico precoz del cáncer cervical: conocimiento actual sobre viejas y nuevas tecnologías. Barcelona: Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerques Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Octubre 2001.

La Vecchia C, Decarli A, Franceschi S, Fasoli M, Gentile A, Tognoni G. Pap Smear and the risk of cervical neoplasia: quantitative estimates from a case-control study. *Lancet* 1984; 2:779-782.

Luengo Matos S, Muñoz van den Eynde. Uso de la citología de cribado de cérvix y factores relacionados con el uso de la prueba en España. *Aten Primaria* 2004; 33: 229-36.

Manual de Prevención de Atención Primaria. Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Brotons C, Ciurana R, Iglesias M. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona 2003.

Miller AB, Lindsay J, Hill GB. Mortality from cancer of the uterus in Canada and its relationship to screening for cancer of the cervix. *Int J Cancer* 1978; 21:418-425.

Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV, Walboomers J, Herrero R, Franceschi S. International Agency for Research on Cancer Multicentric Cervical Cancer Study Group. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* 2002; 359: 1085-92.

Mortalidad por Cáncer en España, 2000. Area de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III, marzo 2003. Madrid.
Disponibile en: <http://www.cne.isciii.es/cancer/mort2000.txt>.

Muñoz N, Bosch FX, Sanjosé S. Epidemiological classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl Med J* 2003;348:518-27.

Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C et al. Role of parity and human papillomaviruses in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* 2002; 359:1093-1101.

Nanda K, McCrory DC, Myers ER, Bastian LA, Hasselblad V, Hickey JD, Matchar DB. Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2000;132:810-9.

Palefsky JM, Minkoff H, Kalish LA, Levine A, Sacks HS, García P, Young M, Melnick S, Miotti P, Burk R. Cervicovaginal human papillomavirus infection in immunodeficiency virus-1 (HIV) positive and high-risk HIV negative women *JNCI* 1999; 91: 226-236.

Parkin, D.M., Whelan, S.L., Ferlay, J., Teppo, L. and Thomas, D.B. eds (2002) *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. VIII, IARC Scientific Publications No.155* Lyon, IARC.

Pla de Salut de les Illes Balears 2003-2007. Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. Direcció General de Salut Pública. Palma de Mallorca 2003.

Pujol A, Cabeza E, Esteva M, Thomás V. Sanchez Contador C. Desigualdades sociales en la realización de prácticas preventivas según la encuesta de salud de las islas Baleares. XX Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Barcelona, setiembre 2002. XIX Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología. Barcelona, octubre 2002. *Gac Sanit* 2002;16 suppl. 1:80.

Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E. United Kingdom Association on Cancer Registries. Effect of screening on incidence and mortality from cancer of the cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ* 1999; 318: 904-8.

Recomendación del Consejo de la Unión Europea de 2 de diciembre de 2003 sobre el cribado del cáncer. *Diario Oficial de la Unión Europea.* L327/34. 16/12/2003.

Ries LAG, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Clegg L, Edwards BK. SEER cancer statistics review, 1973-1996. Bethesda, Md: National Cancer Institute, 1999.

Sawaya GF, Brown AD, Eugene Washington A, Garber AM. Current approaches to Cervical Cancer Screening. *N Engl J Med* 2001; 344: 1063-1067.

Sasieni P, Adams J, Cuzick J. Benefit of cervical screening at different ages: evidence from the UK audit of screening histories. *Br J Cancer* 2003;89: 88-93.

Sawaya GF, McConnell KJ, Kulasingam ShL, Lawson HW, Kerlikowske K, Menikow J, Lee N, Gildengorin G, Myers ER, Washington AE. Risk of Cervical Cancer Associated with Extending the Interval between Cervical-Cancer Screenings. *N Engl J Med* 2003; 349: 1501-1509.

Sigurdsson K, Adalsteinsson Sm, Tagnarsson J. Trends in cervical and breast cancer in Iceland. A statistical evaluation of trends in incidence and mortality for the period 1955-1982. Their relation to screening and prediction to the year 2000. *Int J Cancer* 1991; 48: 523-8.

Shepherd J, Wentson R, Peersman G, Napuli IZ. Interventions for encouraging sexual lifestyles and behaviours intended to prevent cervical cancer (Cochrane Review) In: *Cochrane Library, Issue 2, 2001.* Oxford: update software.

Solomon D, Daye D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, Raab S, Sherman M, Wilbur D, Wright T, Young N. The 2001 Bethesda System. Terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA* 2002; 287: 2114-2119.

Smith JS, Green J, Berrington de Gonzalez A, Appleby P, Peto J, Plummer M, Franceschi S, Beral V. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet* 2003; 361:1159-67.

Smith JS, Muñoz N, Herrero R, Eluf-Neto J, Ngelangel C, Franceschi S, Bosch FX, Walboomers JM, Peeling RW. Evidence for Chlamydia trachomatis as an VPH cofactor in the etiology of invasive cervical cancer in Brazil and the Philippines. *J Infect Dis* 2002; 185: 324-31.

Spitzer M. Cervical screening adjuncts: recent advances. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179:544-56.

Szarewski A, Cuzick J. Smoking and cervical neoplasia: a review of the evidence. *J Epidemiology and Biostatistics* 1998;3:229-56.

Van der Graaf Y, Vooijs GP. False negative rate in cervical cytology. *J Clin Path* 1987; 40: 438-442.

Van Wijngaarden WJ, Duncan ID. Rationale for Stopping cervical screening in women over 50. *BMJ* 1993;306:967.

Yu S, Miller AB, Sherman GJ. Optimising the age, number of tests, and the interval for cervical screening in Canada. *J Epidemiol Community Health* 1982;36:1-10.