



## ORIGINAL

### Cribado de cáncer de cérvix: ¿merece la pena la búsqueda activa?



Ángeles Morales Martínez<sup>a,\*</sup>, Lorena Blanco Rodríguez<sup>a</sup>, Cristina Morales Martínez<sup>b</sup>  
y Sonia Tejuca Somoano<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud de Natahoyo, Gijón, España

<sup>b</sup> Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Fundación de Jove, Gijón, España

Recibido el 15 de julio de 2014; aceptado el 4 de diciembre de 2014

Disponible en Internet el 29 de marzo de 2015

#### PALABRAS CLAVE

Cáncer de cérvix;  
Cribado oportunista;  
Captación activa;  
Virus del papiloma humano;  
Citología

#### Resumen

**Objetivos:** Conocer el porcentaje de mujeres que han realizado una citología en los últimos 5 años y el ámbito de realización. Detectar alteraciones citológicas precursoras de cáncer de cérvix en mujeres sin cribado o con cribados inadecuados y conocer la prevalencia de determinaciones de VPH positivas.

**Diseño:** Estudio descriptivo transversal.

**Emplazamiento:** Centro de Salud de Natahoyo, Gijón.

**Participantes:** Mujeres de 40 a 50 años residentes en la zona básica y adscritas al centro de salud.

**Métodos:** Recogida de información en bases de datos, telefónicamente y por encuestas en domicilios. Captación activa, en atención primaria, de mujeres sin cribado o con cribado inadecuado para realizar citología y determinación de VPH.

**Resultados:** De las 1.420 mujeres de 40 a 50 años 1.236 (87%) habían realizado una citología en los últimos 5 años y 184 (13%) nunca habían hecho una citología o llevaban más de 5 años sin hacerla. De las 184 mujeres sin cribado o con cribados inadecuados 108 (el 58,7%) accedieron a realizar citología y determinación de VPH. En las citologías realizadas no se diagnosticó ninguna displasia de alto grado. El 8,3% de las determinaciones de VPH fueron positivas.

**Conclusiones:** En nuestra población existe una alta cobertura del cribado oportunista de cáncer de cérvix. La captación activa de mujeres que se encontraban fuera del programa de cribado no resultó rentable.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [angelesmoralesmartinez@gmail.com](mailto:angelesmoralesmartinez@gmail.com) (Á. Morales Martínez).

**KEYWORDS**

Cervical cancer;  
Opportunistic  
screening;  
Active recruitment;  
Human  
papillomavirus;  
Pap smear

**Cervical cancer screening: Is active recruitment worth the effort?****Abstract**

**Objectives:** To determine the percentage of women who have had a Pap smear in the last 5 years, and the place where it was carried out. To detect cytological abnormalities and precursors of cervical cancer in un-screened or inadequately screened women and the prevalence of HPV-positive determinations.

**Design:** Cross sectional study.

**Setting:** Natahoyo Health Centre, Gijón (Spain).

**Participants:** Women aged 40-50 years living in the area and assigned to the Health Centre.

**Methods:** The information was collected from databases, telephone and home surveys. There was active recruitment of unscreened women or inadequately screened in Primary Care as well as offering to perform cytology and HPV determination.

**Results:** Of the 1420 women aged 40 to 50 years, 1236 (87%) had cytology in the last 5 years, and 184 women (13%) had no screening or it was inadequate. Of these 184 women, 108 (58.7%) agreed to have cytology and HPV test performed. No high-grade cervical dysplasia was diagnosed. The prevalence of HPV-positive was 8.3%.

**Conclusions:** In our population there is a high coverage of opportunistic screening for cervical cancer. The active recruitment of women who were not in the screening program was not useful.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Introducción**

La realización de citologías permite diagnosticar lesiones cervicales precursoras de cáncer de cérvix. Con su uso en programas poblacionales<sup>1</sup> de cribado, cuando se alcanzan coberturas superiores al 70-80% y se mantienen durante años, se ha observado una disminución de la mortalidad por esta enfermedad de hasta un 80%.

En nuestro país la incidencia y la mortalidad por cáncer de cérvix son de las más bajas de Europa, por lo que se cuestiona la implantación de un programa de cribado poblacional. En España, generalmente, la captación para el cribado de cáncer de cérvix es oportunista y son los profesionales o la mujer quienes toman la iniciativa. Además, en ocasiones las revisiones se realizan en el ámbito privado. Las coberturas de los programas de cribado son muy variables<sup>2-5</sup> y los datos que manejamos son incompletos porque proceden normalmente solo del sistema sanitario.

Existen diferentes protocolos de cribado de cáncer de cérvix según las distintas comunidades autónomas y sociedades científicas. La mayoría de los protocolos vigentes<sup>6,7</sup> y la estrategia del cáncer en el Sistema Nacional de Salud recomiendan realizar una citología cada 3-5 años a las mujeres entre 25 y 65 años. Si han transcurrido más de 5 años desde la última citología se considera que el cribado es inadecuado y se aconseja, además de realizar la citología, la determinación del virus del papiloma humano (VPH) en mujeres mayores de 30-35 años, ya que la negatividad de ambas pruebas es mucho más fiable y se asocia a una frecuencia acumulada de displasia de alto grado (CIN III) mínima en los siguientes 5-10 años<sup>8,9</sup>.

La progresiva incorporación de la determinación de VPH está conduciendo a propuestas de modificación de los

programas de cribado<sup>10-12</sup>. La determinación de VPH cada 5 años en mayores de 30-35 años se plantea como opción preferente de cribado frente a la realización de citología convencional o al cribado combinado.

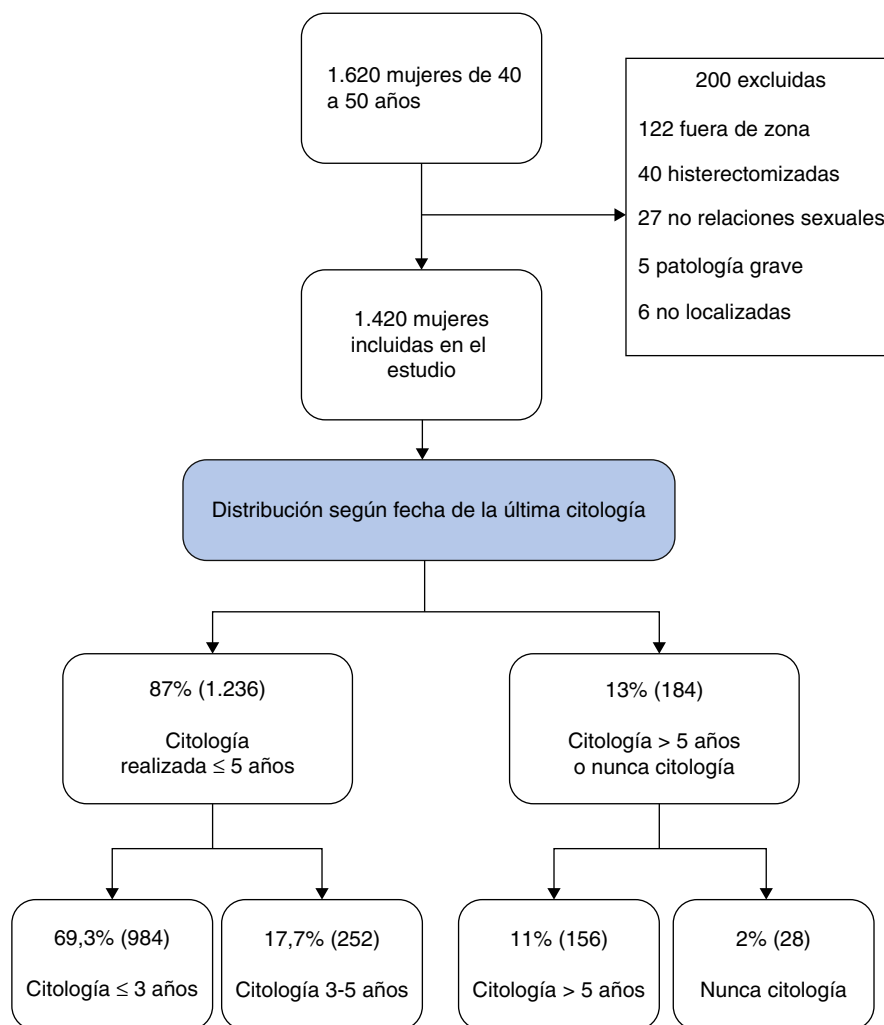
La mayoría de las mujeres diagnosticadas de cáncer de cérvix no habían realizado una citología en los 5-10 años previos. En estudios realizados en nuestro país hasta el 80% de los casos de cáncer se diagnosticaron en mujeres que nunca habían realizado una citología<sup>13-15</sup>. Se considera prioritario ofertar y promover la participación de mujeres con cribados inadecuados en los programas de prevención<sup>12,16</sup>.

En la bibliografía no hemos encontrado ningún estudio en el que se realizara una búsqueda activa y captación de mujeres con cribados inadecuados. El objetivo de nuestro estudio era conocer la cobertura del cribado oportunista que se realiza en nuestra zona, y captar a las mujeres sin cribado o con cribados inadecuados para descartar la existencia de displasias cervicales de alto grado.

**Material y métodos****Población de estudio**

El Centro de Salud de Natahoyo se encuentra en la ciudad de Gijón. Atiende a unos 18.000 habitantes y tiene adscritas unas 6.200 mujeres de 25 a 65 años, que sería la población a la que se dirigen los programas de prevención de cáncer de cérvix.

Para poder llegar a todas las mujeres de las cohortes seleccionadas establecimos el límite inferior de la edad en 40 años, porque las mujeres menores de esta edad suelen tener realizadas citologías dentro de los programas de seguimiento del embarazo (donde se ofertan de modo universal),



**Figura 1** Distribución de la población de estudio según la fecha de la última citología

y el límite superior en 50 años, porque la edad media del diagnóstico de cáncer de cérvix es de 48 años. Así pues, la población de referencia incluía a todas las mujeres que, a 1 de abril de 2013, tenían de 40 a 50 años (ambas edades incluidas), residentes en la zona básica de salud. Se excluyeron las mujeres que figuraban como desplazadas, las que tenían abierta una ficha solamente para atención médica ocasional, las que tenían historia informática vacía o sin actividad en los últimos años (si se comprobaba que no residían en la zona) y las que no pudieron ser localizadas.

Los criterios de inclusión para realizar cribado combinado fueron: mujeres entre 40 y 50 años que a 1 de abril de 2013 nunca hubiesen realizado una citología o que hubieran transcurrido más de 5 años desde la última citología realizada (anterior al 1 de abril de 2008).

Los criterios de exclusión fueron: 1) mujeres histerectomizadas; 2) mujeres que nunca hubiesen mantenido relaciones sexuales; 3) pacientes con enfermedades psiquiátricas o situaciones que impidiesen la colaboración; y 4) padecer una enfermedad con limitada esperanza de vida.

El estudio se puso en marcha el 1 de abril de 2013 con una duración de un año.

### Recogida de información

De las bases de datos del centro de salud se obtuvieron los listados de las mujeres que a 1 de abril de 2013 tenían de 40 a 50 años de edad, agrupadas por cupos médicos. Estos listados incluían: nombre y apellidos, fecha de nacimiento, teléfono de contacto y número de historia familiar del centro de salud. La recogida de la información se realizó de manera secuencial.

En nuestra zona las citologías se pueden realizar por diferentes profesionales (atención primaria, centros de planificación familiar, centros de infecciones de transmisión sexual, consultas ambulatorias, hospitalarias y privadas de ginecología...). Las citologías realizadas en el sistema sanitario pueden ser remitidas a los servicios de anatomía patológica de 3 hospitales diferentes donde se informan.

Los pasos que se dieron para recoger la información se detallan en el esquema del estudio. Se registró la fecha,

el resultado y el lugar de realización de la última citología de la que tuviésemos constancia. En las historias de las mujeres de las que no tuviéramos datos, o que pudieran ser incluidas en el programa de cribado, se activó un flash de aviso.

### Fase de cribado activo

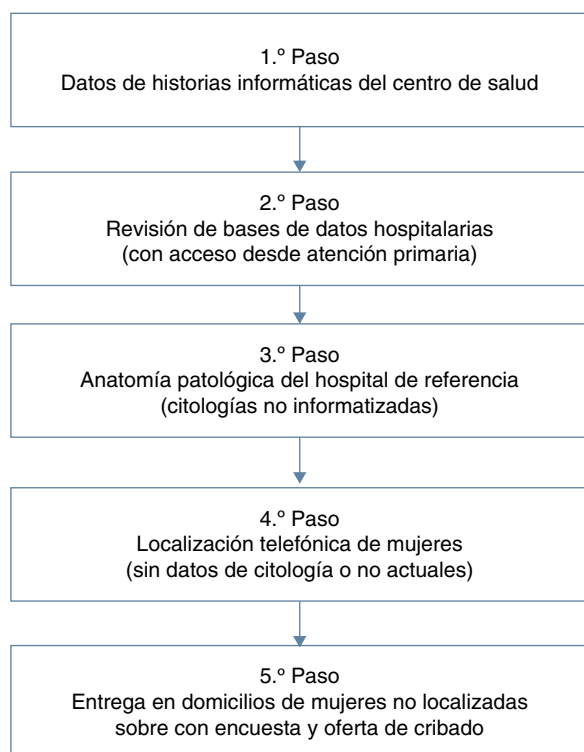
Esta fase se realizó en coordinación con todos los miembros del equipo de atención primaria y con el servicio de ginecología del hospital de referencia.

Si se confirmaba que la mujer llevaba más de 5 años sin realizar una citología, se le facilitaba, en persona o vía telefónica, información sobre la prevención del cáncer de cérvix y se le ofrecía realizar cribado combinado con citología y determinación de VPH en el servicio de ginecología del hospital de referencia.

Si la mujer aceptaba participar en el programa se le facilitaba una cita sin lista de espera que escogía a su conveniencia en ese mismo momento. En caso contrario se dejaba abierta la posibilidad de poder realizar el cribado en cualquier otro momento.

En el caso de que la citología fuera normal y la determinación de VPH negativa, los resultados se enviaban por correo.

Esquema general del estudio:



### Resultados

De las 1.620 mujeres de 40 a 50 años que figuraban en los listados se excluyeron 200 mujeres. Al final del estudio solo 6 mujeres (0,3%) no pudieron ser localizadas. De las 1.420 mujeres que constituían la población de estudio, 1.236 (87%) habían realizado una citología en los últimos 5 años y 184

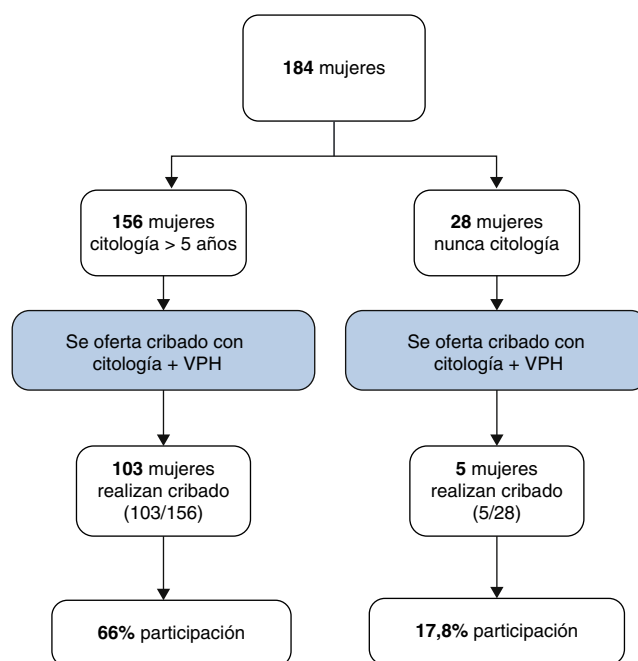


Figura 2 Participación en programa de cribado.

mujeres (13%) llevaban más de 5 años sin hacerla o nunca la habían realizado (fig. 1). La última citología se había realizado en el ámbito privado en el 23,6% de las ocasiones.

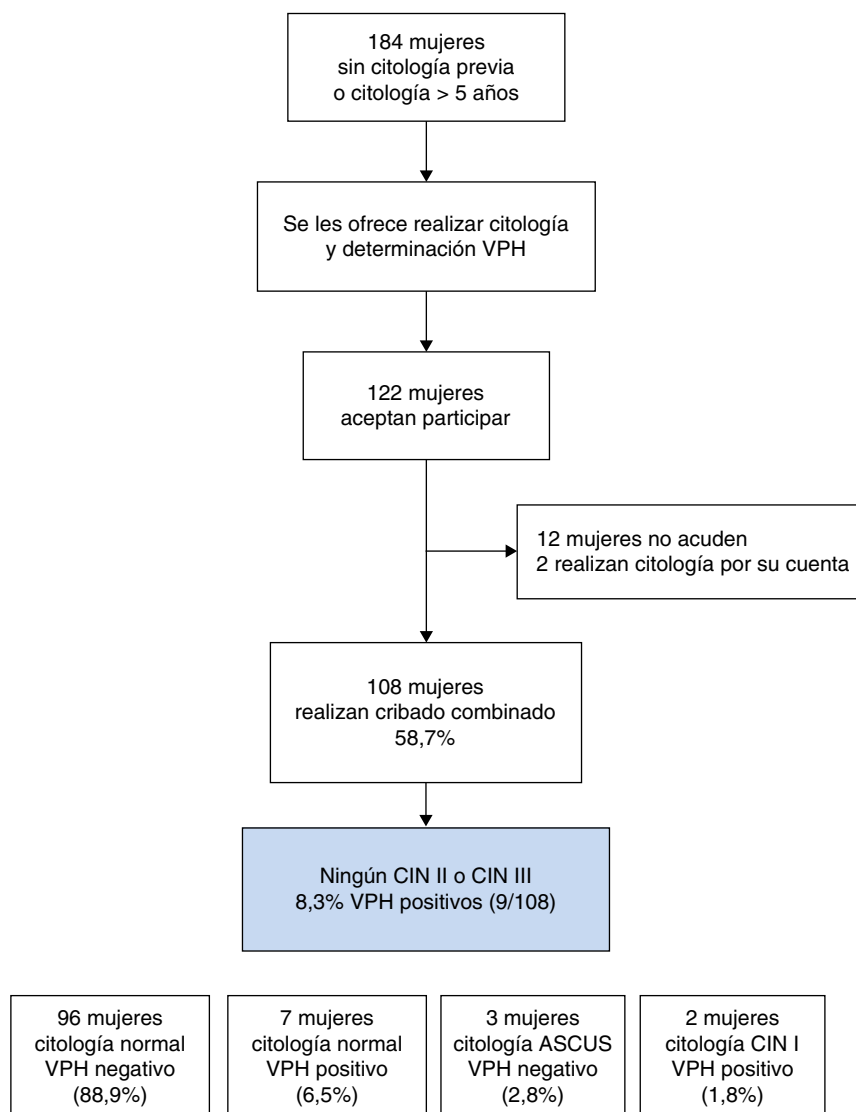
De las 184 mujeres sin cribado previo o con cribados inadecuados, a las que se ofreció la posibilidad de realizar una revisión con citología y prueba de VPH, 108 (58,7%) realizaron el cribado combinado. Las diferencias en participación entre las mujeres que nunca habían realizado una citología y las que tenían citología previa se detallan en la figura 2.

En las citologías realizadas no se detectó ninguna displasia de alto grado (ningún CIN II o CIN III). La prevalencia de determinación de VPH positivo fue del 8,3% (fig. 3).

### Discusión

No hemos encontrado ninguna alteración citológica con displasia de alto grado en el grupo de mujeres sin cribado o con cribado irregular, y la prevalencia de determinaciones de VPH positivas fue similar a la de la población general en este tramo de edad<sup>17</sup>. Estos resultados no confirman nuestra hipótesis de partida de que las mujeres con cribados inadecuados podrían tener más riesgo de presentar lesiones cervicales precancerosas que las mujeres que realizan citologías con la periodicidad recomendada.

En la literatura revisada se insiste repetidamente en la búsqueda activa de estas mujeres, y especialmente la de aquellas que nunca han realizado una citología, aunque no existen evidencias de que esta estrategia sea coste-efectiva. En nuestro estudio, a pesar de facilitar al máximo la accesibilidad<sup>18</sup>, solo conseguimos una



**Figura 3** Programa de cribado activo. Desarrollo y resultados.

participación del 18% entre las mujeres que nunca habían realizado una citología, frente al 66% de participación de las mujeres que en alguna ocasión la habían realizado (fig. 2).

Respecto a la cobertura nos sorprendieron los resultados finales porque en nuestro centro de salud el 87% de las mujeres de 40 a 50 años han realizado una citología en los últimos 5 años, y solamente el 2% no habían realizado nunca ninguna. Al inicio del estudio, basándonos en los datos del estudio Afrodita<sup>9</sup>, calculamos que la cobertura real en nuestro grupo de edad oscilaría entre el 70-80%, y que el porcentaje de mujeres que nunca habían realizado una citología sería al menos de un 7%. Los datos de cobertura finales del estudio nos indican que, aunque en nuestra zona se realice un cribado oportunista, a la mayoría de mujeres se les ha ofrecido la posibilidad de realizar una citología y se han realizado generalmente en el sistema sanitario público.

Uno de los problemas más importantes que hemos detectado es la falta de registro. Al inicio del estudio partíamos de los datos recogidos en las historias informatizadas del centro de salud, en las que solamente el 11% de las mujeres de 25 a 65 años tenían registrado algún dato sobre la realización de citologías. Hay un importante campo de mejora en este aspecto.

En los programas poblacionales se considera que la cobertura del cribado de cáncer de cérvix es adecuada cuando alcanza al 70-80% de la población a la que se dirige. Mejorar la cobertura por encima de este porcentaje requiere mucho esfuerzo, y no suele acompañarse de disminución de la mortalidad. Podríamos concluir que también en nuestra población, que tiene altas coberturas de cribado de cáncer de cérvix, aunque sea oportunista, los esfuerzos realizados en la captación activa de mujeres fuera del programa no han sido rentables.

## Lo conocido sobre el tema

Se ha observado que mantener coberturas poblacionales de cribado de cáncer de cérvix del 70-80% disminuye la mortalidad por esta enfermedad hasta en un 80%.

El cribado de cáncer de cérvix en España es oportunista, los datos sobre coberturas son variables y con falta de registro.

En estudios retrospectivos la mayoría de los casos de cáncer de cérvix se diagnostican en mujeres con cribados inadecuados o que nunca han hecho una citología.

## Qué aporta este estudio

En nuestra zona de salud hay una excelente cobertura de cribado de cáncer de cérvix entre las mujeres de 40 a 50 años, aunque se realice de modo oportunista.

Mejorar el cribado oportunista con captación activa en nuestra población, que tiene una alta cobertura, no ha aportado ningún beneficio.

En el grupo de mujeres con cribados inadecuados no se diagnosticó ninguna lesión cervical de alto grado. Las mujeres que nunca habían realizado una citología mayoritariamente rehusaron participar en el programa de cribado.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A todos los miembros del equipo de atención primaria, al técnico de salud del área y especialmente a todo el personal del servicio de anatomía patológica.

## Bibliografía

1. Habbema D, de Kok IM, Brown ML. Cervical cancer screening in the United States and the Netherlands: A tale of two countries. *Milbank Q.* 2012;90:5-37.
2. Rodríguez-Salés V, Roura E, Ibáñez R, Peris M, Bosch FX, Ermenegol Coma E, et al. Cobertura del cribado de cáncer de cuello uterino en Cataluña (2008-2011). *Gac Sanit.* 2013;28:7-13.
3. López García-Asenjo JA, Granados Carreño R. Situación del cribado de cáncer de cérvix en España. En: Giménez Mas JA, Guerra Merino I, editores. Libro Blanco 2013 de la anatomía patológica en España. España: ARPIrelieve; 2013. p. 167-72.
4. Puig-Tintoré LM, Castellsagué X, Torné A, de Sanjosé S, Cortés J, Roura E, et al. Coverage and factors associated with cervical cancer screening: Results from the AFRODITA study: A population-based survey in Spain. *J Low Genit Tract Dis.* 2008;12:82-9.
5. Luengo Matos S, Muñoz van den Eynde A. 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.
6. Informe del Grupo de expertos sobre concreción de cartera común de Servicios del Sistema Nacional de Salud para cribado de cáncer [monografía en Internet]. Madrid: Grupo de trabajo sobre concreción de cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud para cribado de cáncer; 2013 [consultado 5 Jun 2014]. Disponible en: [http://aepcc.org/files/informe\\_expertos\\_cribado\\_cancer.pdf](http://aepcc.org/files/informe_expertos_cribado_cancer.pdf)
7. Moyer V. Screening for cervical cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* [Revista en Internet]. 2012;156:880-91 [acceso 5 Jun 2014].
8. Leinonen MK, Nieminen P, Lönnberg S, Malila N, Hakama M, Pokhrel A, et al. Detection rates of precancerous and cancerous cervical lesions within one screening round of primary human papillomavirus DNA testing: Prospective randomised trial in Finland. *BMJ.* 2012;345:e7789.
9. Katki HA, Kinney WK, Fetterman B, Lorey T, Poitras NE, Cheung L, et al. Cervical cancer risk for women undergoing concurrent testing for human papillomavirus and cervical cytology: A population-based study in routine clinical practice. *Lancet Oncol.* 2011;12:663-72.
10. Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Vela-Vallespín C, Nuin-Villanueva M, Bartolomé-Moreno C, Vilarrubí-Estrella M, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. *Aten Primaria.* 2014;46 Supl 4:24-41.
11. Red de programas de cribado de cáncer. Cribado de cáncer del cuello de útero. Recomendaciones de la red de programas de cribado de cáncer. Abril 2014 [consultado 20 Oct 2014]. Disponible en: [http://www.programascancerdemama.org/images/archivos/Cribado\\_cervix\\_consenso.pdf](http://www.programascancerdemama.org/images/archivos/Cribado_cervix_consenso.pdf)
12. Torné Bladé A, del Pino Saladríguez M, Cusidó Gimferrer M, Alameda Qutllet F, Andia Ortiz D, Castellsagué Piqué X, et al. Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España, 2014. *Rev Esp Patol.* 2014;47:1-43.
13. Brinkmann D, Gladman MA, Norman S, Lawton FG. Why do women still develop cancer of the cervix despite the existence of a national screening programme? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005;119:123-4.
14. Concepción Solares M, García-Echevarría A, Méndez R, Pérez C, Velasco J. Cáncer cervical uterino en el área sanitaria III de Asturias: eficacia del cribado oportunista. *Prog Obstet Ginecol.* 2008;51:63-7.
15. De Sanjosé S, Alejo M, Combalia N, Culubret M, Tarroch X, Badal JM, et al. Historia de cribado en mujeres con cáncer infiltrante de cuello uterino. *Gac Sanit.* 2006;20:166-7.
16. Marzo-Castillejo M, Cierco Peguero P, del Cura González I. Prevención de cáncer de cérvix. *Aten Primaria.* 2005;36:328-33.
17. Castellsagué X, Iftner T, Roura E, Vidart JA, Kjaer SK, Bosch FX. Prevalence and genotype distribution of human papillomavirus infection of the cervix in Spain: The CLEOPATRE study. *J Med Virol.* 2012;84:947-56.
18. Sarlat Ribas MA. Sobre la falta de asistencia a las consultas. *AMF.* 2014;10:76-80.