



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



ORIGINAL

Es posible aplicar protocolos de cribado de cáncer de cérvix en la práctica diaria

Sonia Tejuca*, Cristina Morales, M. Luz Lamelas, Isabel Alvarez, Raquel Campomanes y Andrés Ribas

Servicio de Ginecología, Fundación Hospital de Jove, Gijón, Asturias, España

Recibido el 29 de mayo de 2011; aceptado el 20 de junio de 2012
Disponible en Internet el 9 de agosto de 2012

PALABRAS CLAVE

Cáncer;
Cuello de útero;
Cribado

KEYWORDS

Cancer;
Uterine cervix;
Screening

Resumen

Objetivo: Evaluar si podemos aplicar protocolos de cribado de cáncer de cérvix sin retrasar el diagnóstico del cáncer y con buena aceptación por las pacientes.

Sujetos y métodos: En 2005 elaboramos un protocolo de diagnóstico precoz del cáncer de cérvix basado en realizar citologías cada 3 años a mujeres mayores de 30 años con 3 citologías previas normales. Estudiamos a 300 pacientes que habían acudido a consulta en 2006 y otras 300 en 2008. Revisamos si les habíamos hecho citología y si estaba indicada, las revisiones recomendadas a los 3 años y si volvían antes. También la adhesión al protocolo en los cánceres diagnosticados desde 2005.

Resultados: Las citologías se redujeron en un 32% en 2008 con respecto al 2004, año previo al cribado. En 2008 recomendamos al 21% de las pacientes la próxima revisión en 3 años. Un 3% volvió antes. De 17 cánceres diagnosticados desde 2005, solo una mujer con adenocarcinoma había realizado el cribado.

Conclusiones: Evitar el sobreuso de la citología en la práctica diaria es posible.

© 2011 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Cervical screening protocols can be applied in daily clinical practice

Abstract

Objective: To evaluate whether screening protocols for cervical cancer can be implemented without delaying the diagnosis of cancer and whether this practice is well accepted by patients.

Subjects and methods: In 2005, we developed a protocol for the early diagnosis of cervical cancer based on carrying out cervical smears every 3 years in women over the age of 30 with three previous normal smears. We studied 300 patients who had attended an appointment in 2006 and another 300 in 2008. We reviewed our records to determine whether we had performed a smear and, if one was indicated, whether we had recommended attendance at a follow-up visit 3 years

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: soniatejuca@gmail.com (S. Tejuca).

later, and whether the women had returned earlier. Adherence to the protocol in cancers diagnosed from 2005 was also reviewed.

Results: The number of smears decreased by 32% in 2008 compared with 2004, the year prior to screening. In 2008, 21% of women were recommended to attend the next review 3 years later and 3% returned earlier. Of 17 cancers diagnosed since 2005, only one woman with adenocarcinoma had undergone screening.

Conclusions: The overuse of cytology/smears in daily clinical practice can be avoided.

© 2011 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La estrategia de prevención del cáncer de cérvix está sufriendo una profunda transformación debido a los continuos avances en el conocimiento del desarrollo del cáncer cervical¹.

Ante todos estos cambios, basados en la bibliografía existente en ese momento y en nuestra experiencia clínica, en el año 2005 diseñamos un protocolo de cribado para el cáncer cervical utilizando la citología cervical como único método validado entonces. Este protocolo fue aplicado durante 4 años²⁻⁴.

El protocolo fue consensuado con el Servicio de Anatomía Patológica del hospital y con los médicos de familia del área de referencia.

El objetivo de este trabajo es demostrar que podemos aplicar protocolos que permiten el uso más racional de la citología, con buena aceptación por parte de las pacientes y sin que ello suponga un retraso en el diagnóstico del cáncer de cérvix.

Material y métodos

El protocolo de cribado para el cáncer de cérvix que elaboramos comenzaba a los 3 años de la primera relación sexual y finalizaba a los 70 años si se tenían 3 citologías previas negativas. Se realizaban citologías anuales en menores de 30 años. Cada 3 años en mayores de 30 años con 3 citologías previas normales. Las mujeres mayores de 70 años sin citologías previas accedían al cribado hasta tener 2 citologías normales.

En nuestro hospital atendemos a una población de 65.000 habitantes. Cuando las pacientes acuden a la consulta, les enviamos por correo los resultados de la citología si son normales, tanto a ellas como a sus médicos de cabecera. Si los resultados son anormales, las citamos por teléfono en una nueva visita. A su vez, en la carta que les mandamos las orientamos sobre si la próxima revisión en ausencia de enfermedad debe ser al año o a los 3 años, en función del resultado citológico.

Realizamos un estudio retrospectivo sobre las primeras 300 mujeres que habían acudido a la consulta de ginecología general en junio del año 2006 y en junio del año 2008. En total, estudiamos a 600 mujeres que habían venido por cualquier motivo al ginecólogo. El único criterio de exclusión fue la presencia de afección cervical en el momento de la selección de las pacientes.

Revisamos si se les había hecho citología y si estaba indicada según nuestro protocolo. Se analizaron el número de revisiones que se habían recomendado a los 3 años y si la

paciente acudía antes de lo indicado a la consulta en ausencia de enfermedad.

También revisamos la adhesión al protocolo en los casos de cáncer de cérvix diagnosticados desde su puesta en marcha en el año 2005.

Resultados

- En el año 2006 realizamos citologías al 88% de las mujeres estudiadas y en el 2008 al 68%.
- La indicación de citología disminuyó un 20% en 2008 con respecto al 2006.
- En el cuarto año de aplicación del protocolo de cribado (2008), logramos disminuir en un 32% el número de citologías realizadas con respecto al año 2004, cuando realizábamos las citologías anualmente (fig. 1).
- En 2006 recomendamos la próxima revisión en 3 años al 18% de las pacientes. En 2008, al 21%.
- Un 3% de las pacientes volvieron a nuestra consulta antes de lo programado, en ausencia de enfermedad.
- Desde la aplicación del protocolo de cribado hasta diciembre del 2010, se diagnosticaron 17 cánceres de cérvix. Solo una mujer con adenocarcinoma había realizado correctamente el cribado (tabla 1).

Conclusiones

Durante muchos años, los ginecólogos utilizamos la citología como única arma para el diagnóstico precoz del cáncer de cuello de útero. La sensibilidad de esta prueba es baja, por lo que precisábamos repetirla a menudo para conseguir el rendimiento deseado⁵. Nuestra mayor preocupación es no

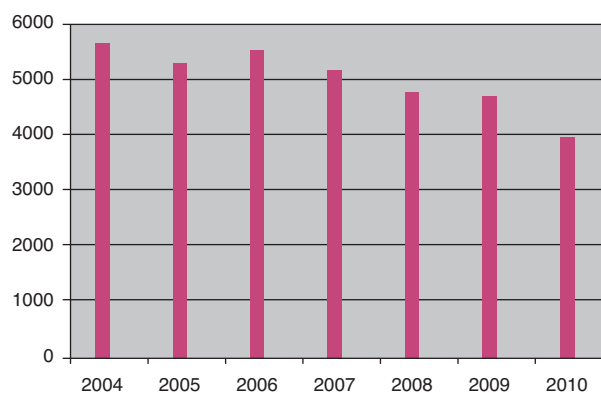


Figura 1 Evolución del número de citologías realizadas por año.

Tabla 1 Cánceres de cérvix diagnosticados a partir del 2005

N = 17	Escamosos	Adenocarcinomas	«Glassy cell»
No cribado (70,5%)	7	4	—
Cribado irregular (23,5%)	1	2	1
Sí cribado (6%)	—	1	—

detectar a tiempo los cambios que desembocan en el cáncer de cérvix. Con este estudio hemos comprobado que todos los cánceres que diagnosticamos tras los cambios acometidos en el año 2005 estaban fuera del protocolo de cribado, con la excepción de un adenocarcinoma que, como es sabido, no siempre se detecta con la citología^{6,7}. Esto nos ha generado confianza en nuestra nueva forma de trabajar.

Como se observa en la [figura 1](#), la realización de citologías disminuyó un 20% en el 2008 con respecto al 2006, y se redujo aun más si la comparamos con el año 2004, en el que no seguíamos ningún protocolo de diagnóstico precoz del cáncer de cérvix y asociábamos en la mayoría de los casos la visita al ginecólogo por cualquier motivo con la realización de citología anual.

Solo un 3% de las pacientes estudiadas vuelven a la consulta antes de lo programado, lo que nos da un dato indirecto de la buena aceptación del protocolo por parte de la población a la que atendemos.

Hemos comprobado cómo consensuando actitudes con los patólogos y los médicos de familia que nos remiten a las pacientes, e informando debidamente a las mujeres de los cambios que íbamos a acometer, conseguimos reducir de forma importante las citologías realizadas en los 4 años de aplicación de este protocolo, sin que ello incidiese en un retraso en el diagnóstico de los cánceres de cérvix en ese periodo.

También hemos puesto de manifiesto que la mayoría de los cánceres de cérvix diagnosticados hasta diciembre del 2010 no seguían ningún tipo de control citológico, como se ve en la [tabla 1](#). Captar a estas pacientes debe ser nuestro objetivo, usando los recursos disponibles en ese esfuerzo y ahorrando visitas inútiles a una población sana que acude repetidamente a la consulta y que tiene un riesgo mucho menor de desarrollar el cáncer^{1,8,9}.

Ante la imposibilidad de poner en marcha un cribado poblacional para la prevención del cáncer de cérvix en nuestra comunidad autónoma, debemos optimizar el cribado oportunista y captar a las mujeres que no acuden nunca al ginecólogo, que son la verdadera población de riesgo. En España, los déficits de cobertura y el sobreuso de la citología han producido un cribado ineficiente^{8,10}.

El buen funcionamiento de este protocolo y la comprobación de que éramos capaces de aplicarlo nos han servido para cambiar de mentalidad y abandonar viejas rutinas. A partir del 2008 hemos ido rediseñando este protocolo hasta llegar en el año 2010 al uso de la citología en combinación con la determinación de VPH para el diagnóstico precoz del cáncer de cérvix, tal y como aconseja la comunidad científica¹.

Ante los cambios que están surgiendo en la prevención del cáncer de cérvix, tanto primaria, con las vacunas frente al VPH, como secundaria, pronto tendremos en nuestra consulta a pacientes vacunadas con las que deberemos forzosamente cambiar de estrategia, no podemos seguir asociando consulta ginecológica y citología.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Cortés J, Martín-Torres F, Ramón y Cajal JM, Gil A, Velasco J, Abizanda M, et al. Prevención primaria y secundaria de los cánceres de cuello de útero y vulva: recomendaciones para la práctica clínica. *Prog Obstet Ginecol*. 2010;53 Suppl. 1:1–19.
2. ProSEGO, Protocolo de diagnóstico precoz del cáncer genital femenino [actualizado 2005; consultado 20 Feb 2011]. Disponible en: www.sego.es
3. Cortés J. Revisión anual: ¿hacemos lo que debemos? Resumen de la ponencia presentada en la Reunión de la Sociedad Argentina de Patología Cervical y Colposcopia. Buenos Aires, Octubre de 2004 [consultado 15 Mar 2011]. *Boletín de la AEPCC*. 2004;16:8. Disponible en: www.aepcc.org
4. Cortés J. Replanteando el cribado. Comentarios a la bibliografía reciente. *Boletín de la AEPCC*. 2005;18:4-5 [consultado 15 Mar 2011]. Disponible en: www.aepcc.org
5. Puig-Tintoré LM, Cortés J, Castellsague X, Torné A, Ordi J, Sanjosé de S, et al. Prevención del cáncer de cuello uterino ante la vacunación frente al virus del papiloma humano. *Prog Obstet Ginecol*. 2006;49:5–62.
6. Sasieni P, Castanon A, Cuzick J. Screenig and adenocarcinoma of the cervix. *Int J Cancer*. 2009;125:525–9.
7. Costa S, Negri G, Sideri M, Santini D, Martinelli G, Venturoli S, et al. Human papillomavirus (HPV) test and PAP smear as predictors of outcome in conservatively treated adenocarcinoma in situ (AIS) of the uterine cervix. *Gynecol Oncol*. 2007;106:170–6.
8. Bosh FX, Castellsague X, Cortés J, Puig Tintore LM, Roura E, Sanjosé S, et al. Estudio Afrodita: cribado del cáncer de cuello uterino en España y factores relacionados. Madrid: GSK Eds.; 2009.
9. Lorente J, Monserrat JA, Borrego JA, Santaella M, Cerdón J. Cribado del cáncer cervicouterino en colectivos de mujeres asintomáticas con factores de riesgo. *Prog Obstet Ginecol*. 2006;49:115–20.
10. Solares MC, 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.