

Recomendaciones para el desarrollo del Programa de Cribado de Cáncer de Cérvix en Aragón

Dirección General de Asistencia Sanitaria

Dirección General de Salud Pública

Departamento de Sanidad



Financiado por
la Unión Europea
NextGenerationEU



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD



Plan de Recuperación,
Transformación
y Resiliencia



HISTORIAL DE REVISIONES

Versión	Fecha	Descripción
V.1	10/02/2019	Versión inicial validada
V.2	07/03/2023	Primera revisión

RECOMENDACIONES PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX EN ARAGÓN



Financiado por
la Unión Europea
NextGenerationEU



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD



Plan de Recuperación,
Transformación
y Resiliencia



COORDINADORES Y GRUPO TÉCNICO

Coordinadores:

- Marta Padín Fabeiro (ginecología H. Clínico U. Lozano Blesa)
- José Vicente González Navarro (ginecología)
- Ana Felisa Muñoz Ruiz (matrona)
- Francisco Javier Mateos Barrionuevo (anatomía patológica H. Ntra. Sra. de Gracia)
- Jorge Alfaro Torres (anatomía patológica H. U. Miguel Servet)

Técnicos del Departamento de Sanidad:

- María Isabel Cano del Pozo (jefa de servicio de Estrategias de Salud y Formación)
- Luis Gómez Ponce (inspección médica)
- M.ª Begoña Adiego Sancho (jefa de servicio de Prevención y Promoción de la Salud)
- Héctor López Mendoza (Unidad de Cribados Poblacionales)
- Alicia del Cura Bilbao (Unidad de Cribados Poblacionales)

Miembros del Grupo de Trabajo:

- Nadia Nassar Melic (ginecología H. Clínico U. Lozano Blesa)
- Amparo Borque Ibáñez (ginecología H. U. Miguel Servet)
- M.ª Pilar del Tiempo Marqués (ginecología H.U. Miguel Servet)
- M.ª Ángeles Aragón Sanz (ginecología H. Barbastro)
- José Manuel Ramón Cajal (ginecología H. San Jorge)
- Manuel Farrer Velázquez (ginecología H. Ernest Lluch)
- Julio Domínguez Fuentes (ginecología H. Alcañiz)
- Marta Garcés Valenzuela (ginecología H. Obispo Polanco)
- M.ª Isabel Vicente Gómez (ginecología H. U. Miguel Servet)
- M.ª José Ramón del Carmen (matrona)
- Maria Pilar Franco Navarro (matrona)
- M.ª Ángeles López Pérez (matrona)
- Verónica Blanco Gimeno (matrona)
- Patricia Millanes Gallinat (matrona)
- Rosa Ruiz Domingo (matrona)
- Mercedes Calavia Contreras (matrona)
- M.ª Jose Cardiel García (anatomía patológica H. Clínico U. Lozano Blesa)
- José Miguel Lázaro Maisanava (anatomía patológica H. Obispo Polanco)
- Jose Ángel Muniesa Soriano (anatomía patológica H. Obispo Polanco)
- Víctor Vallés Gallego (medicina de Familia)

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. GLOSARIO
3. OBJETIVOS DEL PROGRAMA
4. POBLACIÓN DIANA Y ALGORITMOS DE DECISIÓN
5. ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROGRAMA
6. BIBLIOGRAFÍA
7. ANEXOS

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix es la tercera neoplasia más frecuente entre las mujeres a nivel mundial. Se trata de una de las neoplasias malignas que se puede controlar más eficazmente mediante programas de detección precoz y tratamiento de lesiones precursoras. El cribado de mujeres sanas mediante citología cervical de forma adecuada y mantenida ha conseguido reducir hasta un 80-90% la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix.

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es muy frecuente pero la mayoría de las veces no tiene consecuencias y remite de forma espontánea en los dos primeros años. No obstante, la infección persistente por un virus de alto riesgo oncogénico (VPH-AR) constituye un factor necesario para el desarrollo de la mayoría de los casos de lesiones precursoras y de cáncer de cuello uterino.

Se han identificado más de 100 genotipos de VPH, pero sólo algunos de ellos, denominados VPH de alto riesgo (VPH-AR), se asocian con infecciones en el tracto genital y el desarrollo y progresión del cáncer de cérvix. Los VPH 16 y 18 explican el 70 % de las lesiones cervicales invasivas y otros 10 tipos explican el 30 % restante.

Las pruebas de detección del VPH constituyen un marcador muy sensible y precoz del riesgo de cáncer o lesiones precursoras. Existe clara evidencia de que el cribado basado en un test validado para la detección de VPH-AR como prueba primaria de cribado, y aplicado conforme a un protocolo adecuado, es más efectivo para prevenir el cáncer cervical invasivo que el cribado tradicional basado en citología, especialmente en mujeres mayores de 30-35 años. En las mujeres más jóvenes, al ser una prueba menos específica que la citología, puede provocar un aumento de las derivaciones a ginecología para realizar colposcopias innecesarias, ocasionando un sobrediagnóstico y sobretratamiento de lesiones que podrían haber involucionado de forma espontánea.

En los últimos años se han realizado diferentes esfuerzos de consenso entre los que podemos destacar la «Guía de Prevención del Cáncer de Cuello de Útero 2014», consensuada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC), la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP) y la Sociedad Española de Citología (SEC), y más recientemente el **«Documento de consenso sobre el programa de cribado de cáncer de cérvix en el SNS de abril de 2016»** que aglutina los acuerdos alcanzados por representantes de las CCAA y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en relación al cribado de cáncer de cérvix, estableciendo un consenso a nivel estatal que permite orientar la prestación del programa de cribado de cáncer de cérvix en el SNS, teniendo en cuenta la evidencia científica y la factibilidad para su implantación. **Los criterios de consenso establecidos en el documento de abril de 2016 son la base que se va a utilizar para el desarrollo de estas recomendaciones del programa en Aragón.**

El Departamento de Sanidad constituyó en 2017 un grupo de trabajo para diseñar la estrategia que permita implantar de forma homogénea el cribado de cáncer de cérvix en todos los sectores del servicio aragonés de salud. Se han consultado los procesos de cribado de cáncer de cérvix de los sectores Barbastro, Huesca y Zaragoza I.

A lo largo del 2017 y 2018 el grupo analizó la situación del cribado de cáncer de cérvix en la comunidad autónoma, constatando que los distintos sectores sanitarios presentaban importantes diferencias organizativas a la hora de desarrollar las actividades propias del cribado de cáncer de cérvix. Por ello, se vio oportuno **desarrollar una primera fase en la que se propusiera un marco homogéneo** para el despliegue de un cribado organizado; para en una segunda fase, establecer los elementos necesarios para el desarrollo de un programa de cribado poblacional.

En 2022, pasados 3 años desde la elaboración del documento inicial de recomendaciones de cribado de cáncer de cérvix, en Aragón ya está totalmente incorporada la prueba VPH para la detección temprana del cáncer de cérvix, en el contexto de un cribado oportunista. Este hecho, unido a la aplicación del documento de Recomendaciones en los distintos sectores sanitarios de nuestra comunidad, hace que dispongamos de un marco homogéneo para poder iniciar el desarrollo de un programa de cribado poblacional.

Para iniciar esta nueva fase, uno de los factores necesarios es incorporar las nuevas recomendaciones avaladas por evidencia científica de calidad. Algunas de ellas vienen recogidas en la Guía de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPC) para la prevención secundaria del cáncer de cuello de útero de 2022, como son el uso del genotipado parcial de VPH-AR, y la conducta clínica en mujeres con pruebas de cribado alteradas, basada en el riesgo de tener o desarrollar una lesión con elevado potencial premaligno o maligno.

2. GLOSARIO

- ✓ **ACG:** atipia de células glandulares
- ✓ **AIS:** adenocarcinoma «in situ»
- ✓ **ASC-H:** atipia en células escamosas, no permite descartar lesión intraepitelial de alto grado
- ✓ **ASC-US:** atipia en células escamosas de significado incierto
- ✓ **CIN:** neoplasia intraepitelial de cérvix
- ✓ **Co-test:** combinación de citología y test de detección del virus del papiloma humano
- ✓ **HSIL:** lesión escamosa intraepitelial de alto grado (equivalente CIN 2 y CIN 3 de la clasificación de Richart/OMS 2004)
- ✓ **LSIL:** lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (equivalente CIN 1 de la clasificación de Richart/OMS 2004)
- ✓ **Prueba primaria de cribado:** prueba inicial utilizada para detectar la enfermedad en población asintomática. El cribado primario tiene como objetivo maximizar la detección de lesiones precancerosas de cuello uterino que podrían progresar a cáncer si no se tratasen. Idealmente, las pruebas deberían tener una alta sensibilidad (identificar si la enfermedad en cuestión está presente con un resultado positivo de la prueba) y una alta especificidad (no dar un resultado positivo en pacientes sanas).
- ✓ **Prueba de triaje:** para reducir la derivación innecesaria a pruebas adicionales para el diagnóstico final y/o tratamiento en resultados falsos positivos en la prueba primaria, las personas que dan positivo en dicha prueba vuelven a ser examinadas mediante una prueba más específica. Este paso se llama triaje y puede estar integrado dentro de una prueba primaria en sí misma.
- ✓ **Test VPH-AR:** prueba de detección del Virus de Papiloma Humano de alto riesgo

3. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

OBJETIVO PRINCIPAL

Reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix en Aragón mediante la detección y tratamiento de las lesiones cervicales precursoras de cáncer invasor.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Garantizar la equidad del programa estableciendo en todos los sectores las mismas actividades.
- Mejorar la cobertura del programa de cribado de cáncer de cérvix en Aragón.
- Optimizar los recursos disponibles en cada sector, mejorando la eficiencia.
- Asegurar la calidad del programa de cribado.

4. POBLACIÓN DIANA Y ALGORITMOS DE DECISIÓN

POBLACIÓN DIANA

Siguiendo el documento de consenso del Ministerio y las CCAA el cribado de cáncer de cérvix se debe concretar en los siguientes términos:

Población objetivo: mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años (de momento se recomienda tratar a las mujeres vacunadas para el virus del papiloma humano igual que a las no vacunadas). No deberá empezar antes de los 25 años, independientemente de la edad de inicio de las relaciones sexuales u otros factores de riesgo. A las mujeres se les realizará una toma de muestra en medio líquido por la matrona de atención primaria que servirá para citología o test de VPH-AR. De manera excepcional, y mientras no se desarrolle un programa de cribado poblacional, se podrá realizar de forma oportunista la toma de la muestra en los servicios de ginecología. Corresponderá a cada sector establecer mecanismos de coordinación entre los servicios de ginecología y las matronas de atención primaria para evitar duplicidad de pruebas. Las muestras se enviarán a los servicios de anatomía patológica de referencia, quienes realizarán un estudio u otro en función de la edad, de la siguiente manera:

Prueba primaria de cribado e intervalo entre exploraciones:

- 25-34 años: **citología** cada 3 años si es negativa.
- 35-65 años: **determinación VPH de alto riesgo (VPH-AR)** cada 5 años si es negativa.

En aquellos casos de citologías positivas en mujeres de 25 a 34 años se utilizará como prueba de triaje el test de VPH-AR.

En aquellos casos de pruebas VPH-AR positivas en mujeres de 35 a 65 años se utilizará como prueba de triaje la citología.

En ambos casos la prueba de triaje se realizará por el especialista de anatomía patológica sobre la misma muestra conservada en medio líquido.

En mujeres menores de 25 años o que no hayan iniciado relaciones sexuales no está indicado el cribado. Se promoverá la prevención primaria (vacunación y prevención de enfermedades de transmisión sexual).

En mujeres mayores de 65 años debe finalizar el cribado siempre que se cumplan los siguientes criterios:

- ✓ Cribado previo adecuado y negativo durante los 10 años previos.
- ✓ Sin antecedentes de neoplasia cervical intraepitelial (CIN) o cáncer cérvico-uterino tratado durante los 20 años previos.

A las mujeres mayores de 65 años que no hayan cumplido adecuadamente con el cribado previo se les puede realizar el test de VPH-AR, individualizando según la comorbilidad que presenten y hasta los 74 años.

Cribados en segmentos de población especiales:

- **Mujeres con histerectomía previa:** las mujeres con histerectomía total por patología benigna deben finalizar el cribado tras la histerectomía. Las mujeres con histerectomía debida a una lesión \geq a HSIL/CIN2, que se derivan al cribado rutinario, deben realizar seguimiento durante un periodo mínimo de 20-25 años (toma de cúpula vaginal).
- **Mujeres con antecedentes de lesión igual o mayor a HSIL/CIN2:** las mujeres con antecedente de lesión de grado igual o mayor a HSIL/CIN2 que han sido tratadas, una vez se derivan al cribado rutinario, deben realizar seguimiento durante un periodo de 20-25 años independientemente de que se alcance la edad de 65 años. Este grupo de mujeres tienen un riesgo de cáncer de cérvix entre 5 y 10 veces mayor que el de la población general.
- **Mujeres inmunodeprimidas (pacientes con inmunodepresión congénita o adquirida* y/o pacientes con infección VIH):** realizar citología anual a partir de los 25 años.
Cuando cumplan 30 años:
 - ✓ Co-test trienal en mujeres con CD4 > 200 cl/ μ L o con tratamiento anti-retroviral activo.
 - ✓ Co-test anual si los CD4 < 200 cl/ μ L o no reciben tratamiento anti-retroviral.

*Dentro de este grupo de mujeres inmunodeprimidas con mayor riesgo de cáncer de cérvix se incluyen las mujeres con trasplante de órganos sólidos, trasplante de células madre hematopoyéticas, enfermedad inflamatoria intestinal, lupus eritematoso sistémico o artritis reumatoide en tratamiento son inmunosupresores.

- **Mujeres vacunadas:** la inclusión del programa de vacunación frente al VPH a mujeres adolescentes dentro del calendario de vacunación del SNS se acordó por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) en 2007 y se implantó completamente en España durante el año 2008. Las cohortes vacunadas se han ido incorporando a los programas de cribado en las comunidades autónomas que los han implementado. Actualmente no existen datos científicos consistentes que determinen el cribado más adecuado en poblaciones vacunadas, por lo que la recomendación actual es mantener las mismas pruebas y periodicidad que para el resto de mujeres. Esta recomendación deberá ser revisada a medida que aparezcan nuevas evidencias.

ALGORITMOS DE DECISIÓN

Mujeres de 25 a 34 años

a) Prueba primaria de cribado: citología

- Repetir a los 3 años si resultado negativo.
- Resultado positivo: actuación diferente en función del riesgo de la patología detectada.
 - Riesgo bajo (ASC-US/L-SIL): prueba de triaje (test VPH-AR en la misma muestra).
 - Riesgo alto (ASC-H/H-SIL/ACG): cita con Ginecología para continuar el diagnóstico.

b) Prueba de triaje: test VPH-AR

Cuando el resultado de la citología es positivo de Riesgo bajo (ASC-US/L-SIL), se realiza un test VPH-AR en la misma muestra. Según resultado del test VPH, se actuará de forma diferente.

- VPH negativo:
 - ASC/US: se comunicarán los resultados a participantes, y se recomendará co-test a los 3 años.
 - L-SIL: se comunicarán los resultados a participantes y se recomendará co-test anual durante 2 años:
 - Co-test negativo: se comunicarán los resultados a participantes mediante carta, y se recomendará cribado rutinario a los 3 años.
 - Co-test positivo: se comunicarán los resultados a participantes mediante carta, y cita con Ginecología para continuar el diagnóstico.
- VPH positivo:
 - VPH positivo no 16/18: se comunicarán los resultados a participantes, y se recomendará co-test anual durante 2 años:
 - Co-test negativo: se comunicarán los resultados a participantes y se recomendará cribado rutinario a los 3 años.
 - Co-test positivo: se comunicarán los resultados a participantes y cita con Ginecología para continuar el diagnóstico.
 - VPH positivo 16/18: se comunicarán los resultados a participantes y cita con Ginecología para continuar el diagnóstico.

Mujeres de 35 a 65 años

a) Prueba primaria de cribado: test VPH-AR

- Repetición a los 5 años si resultado negativo.
- Resultado positivo: requerirán de prueba de triaje (citología) en la misma muestra.

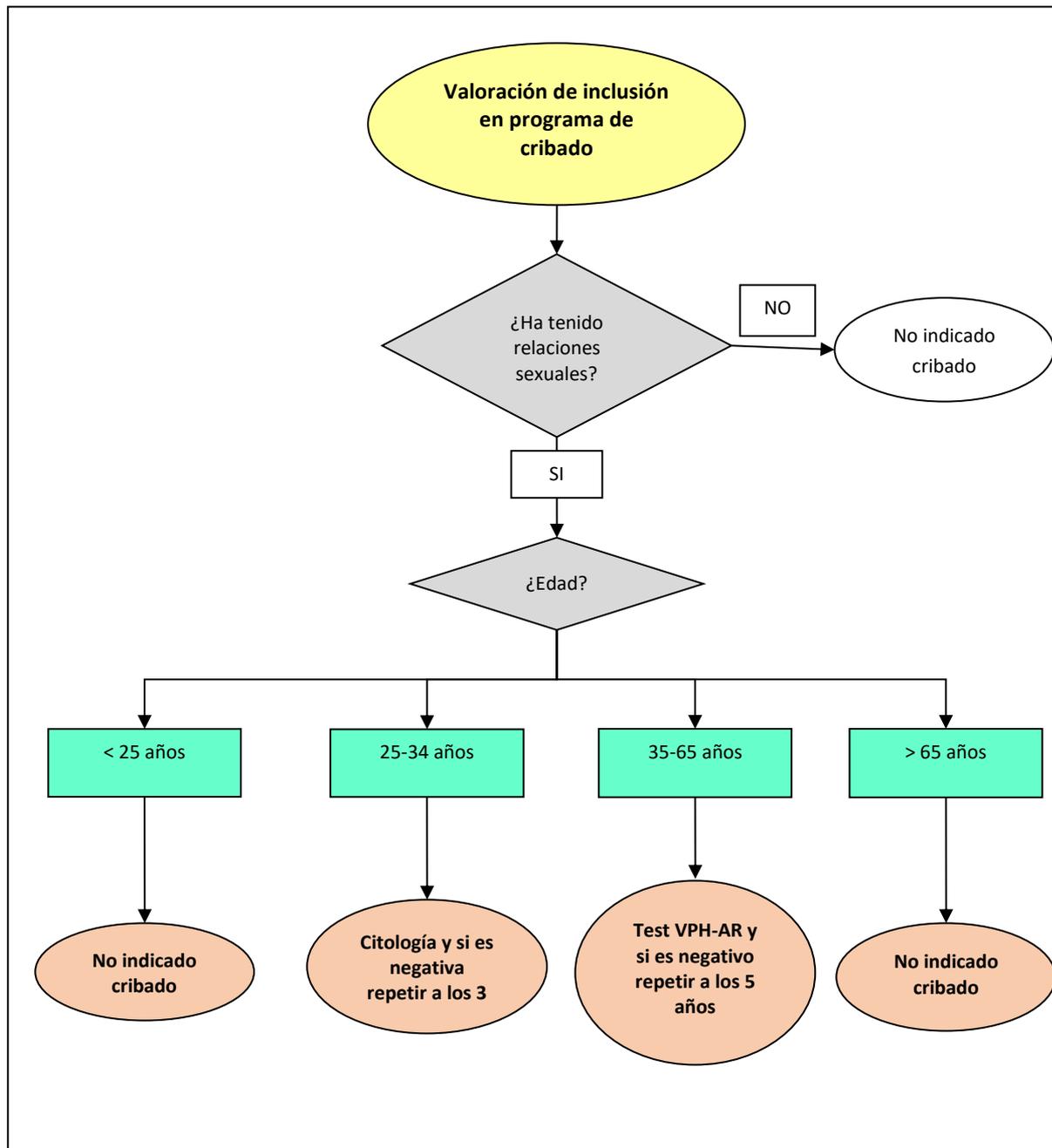
b) Prueba de triaje: citología

Según el resultado de la citología, se actuará de forma diferente.

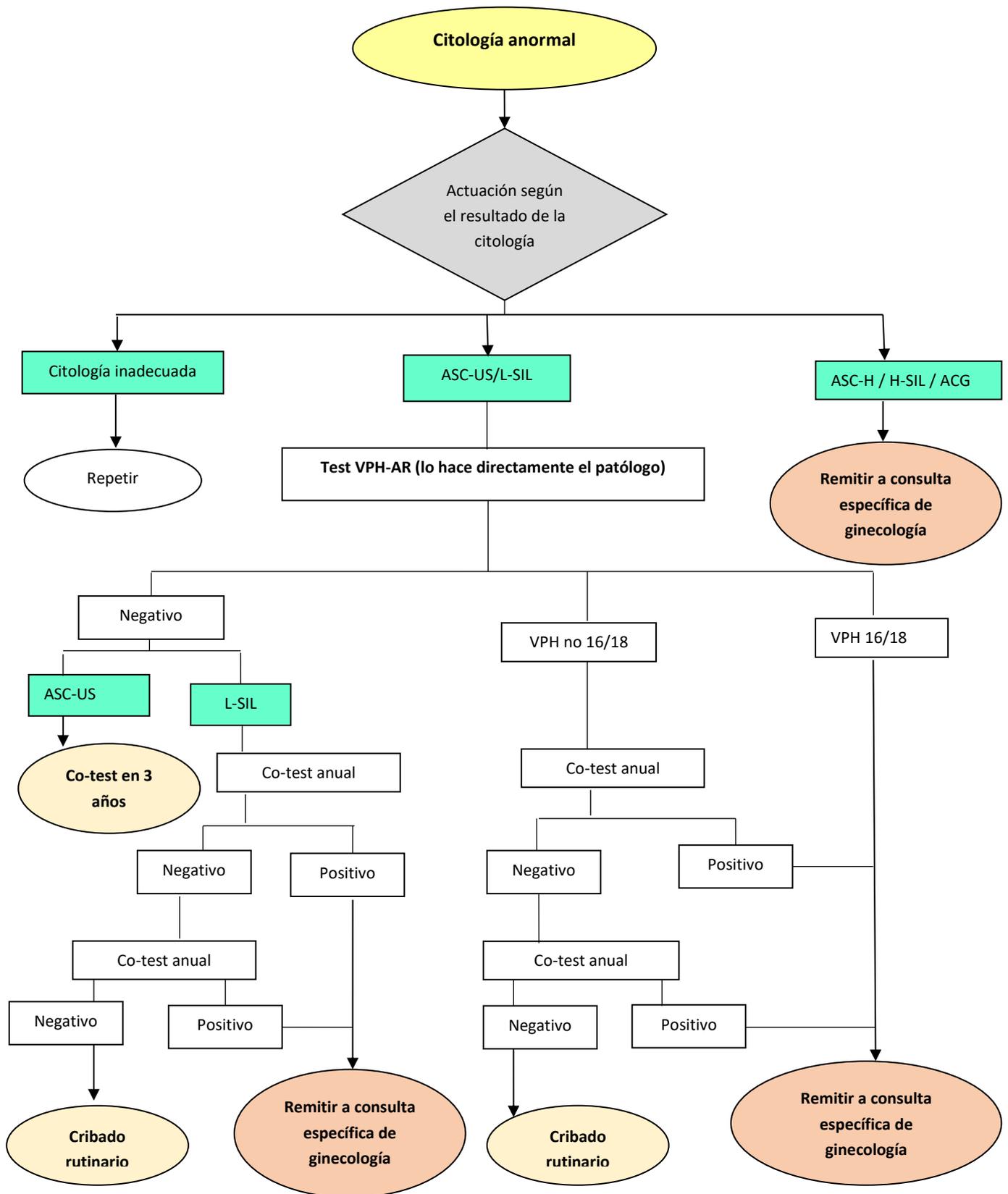
- Citología negativa:
 - Si VPH 16/18: se comunicarán los resultados a participantes y cita con Ginecología para continuar el diagnóstico.
 - Si VPH no 16/18: se comunicarán los resultados a participantes y se recomendará co-test al año.
 - Co-test negativo: se comunicarán los resultados a participantes mediante carta y se recomendará cribado rutinario cada 5 años.
 - Co-test positivo: se comunicarán los resultados a participantes y cita con Ginecología para continuar el diagnóstico.
- Citología positiva de bajo riesgo (ASC-US/L-SIL):
 - Menopausia, Inmunodepresión: se comunicarán los resultados a participantes y cita con Ginecología para continuar el diagnóstico.
 - VPH no 16/18: se comunicarán los resultados a participantes y se recomendará co-test anual durante 2 años:
 - Co-test negativo: se comunicarán los resultados a participantes y se recomendará cribado rutinario cada 5 años.
 - Co-test positivo: se comunicarán los resultados a participantes y cita con Ginecología para continuar el diagnóstico.
 - VPH 16/18: se comunicarán los resultados a participantes y cita con Ginecología para continuar el diagnóstico.
- Citología positiva de alto riesgo (ASC-H/H-SIL/ACG): se comunicarán los resultados a participantes y cita con Ginecología para continuar el diagnóstico.

Nota: en menopausia con citología positiva de bajo riesgo (ASC-US/L-SIL), se recomienda tratamiento previo con estrógenos locales durante 4 semanas (prescribir en Atención Primaria) para facilitar la colposcopia.

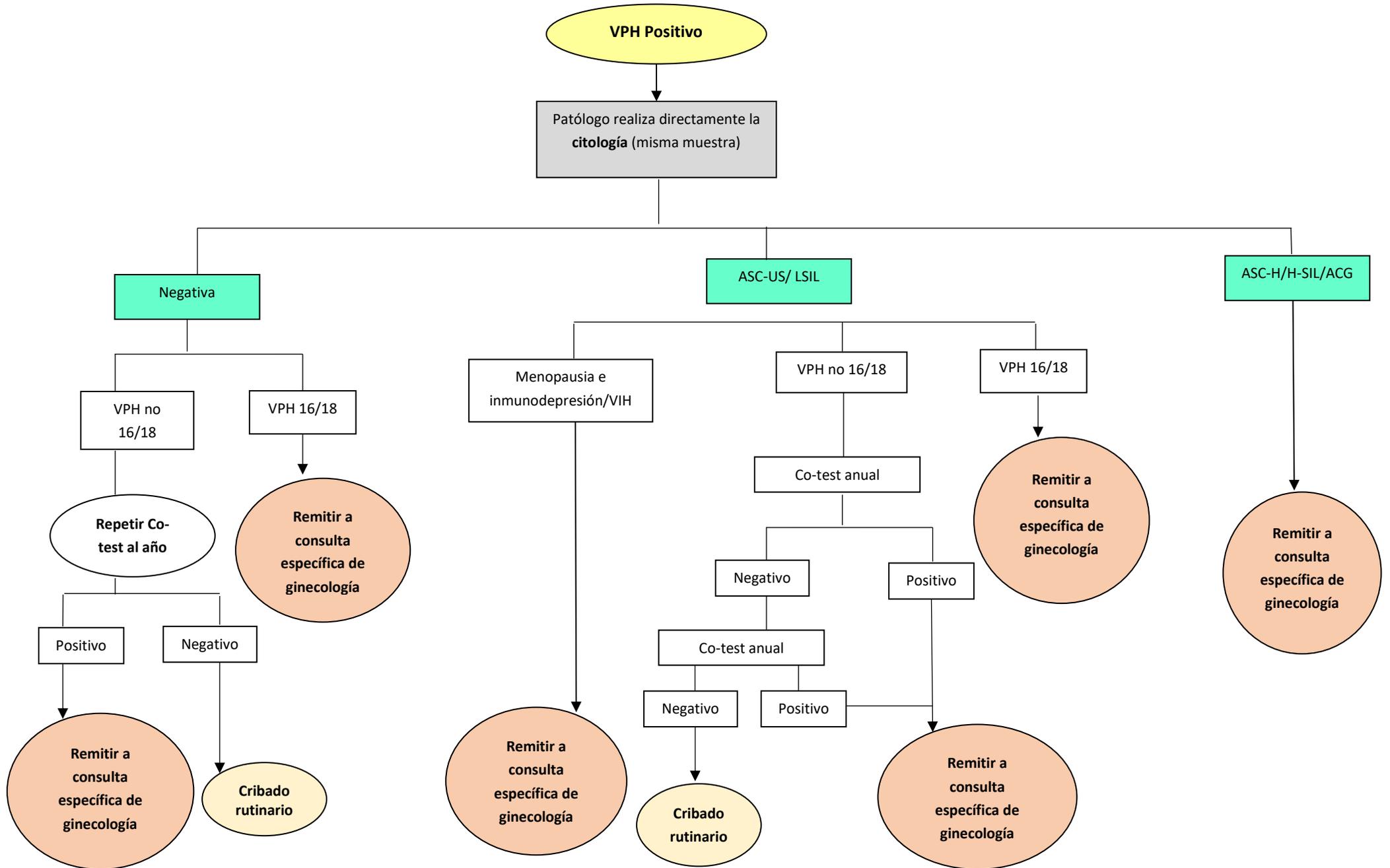
Algoritmos de decisión en el cribado de cáncer de cérvix:



Conducta a seguir ante resultados anormales de las pruebas de cribado en mujeres de 25 a 34 años:



Conducta a seguir ante resultados anormales de las pruebas de cribado en mujeres de 35 a 65 años:



5. ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROGRAMA

Captación de la población diana:

La captación será oportunista. Se incluirá a las mujeres en el programa aprovechando otros motivos de consulta. Aunque la responsable directa de la captación para el programa y realización de la toma de cribado será la matrona de AP, corresponderá a los ginecólogos, médicos y enfermeras de AP el derivar a las pacientes a la consulta de la matrona para su inclusión en el programa, si consideran que deben ser incluidas según los criterios predeterminados.

Cada sector en función de sus posibilidades diseñará las actividades más apropiadas para ir captando a las usuarias subsidiarias de entrar en el programa. En la página web <https://www.saludinforma.es/portalsi/temas-salud/programas-cribado/cervix> se puede ver y descargar un tríptico para realizar la difusión del programa, que podrá ser entregado a las mujeres con ocasión de otras consultas, y que estará disponible para los profesionales en Historia Clínica Electrónica y para las usuarias en la plataforma de Salud Informa.

Citación en consulta de la matrona de Atención Primaria:

Es necesario previamente establecer las posibilidades reales de cada centro de salud y el número de mujeres que pueden ser citadas a diario, semanalmente o mensualmente.

Las matronas atenderán a las mujeres de la población diana de los cupos asignados a su centro de salud.

En el momento de la citación se recordarán a la usuaria las normas a seguir para la realización de la prueba.

- ✓ Realizarla durante el periodo intermenstrual. Anular cita telefónicamente en caso de coincidencia y solicitar nueva cita. Debe haber finalizado la menstruación al menos 4-5 días antes.
- ✓ Abstenerse de relaciones sexuales en las 48 horas previas a la toma.
- ✓ No hacer lavados internos ni con desodorantes vaginales en las últimas 24 h.
- ✓ No usar tratamientos tópicos en 5-7 días antes a la prueba (óvulos, cremas vaginales).

Consulta de matrona en Atención Primaria para la acogida en programa:

La matrona realizará la atención previa a la toma de muestras. Es muy importante recalcar que todo el proceso debe ser registrado en el formulario específico que se establezca en historia clínica electrónica (HCE). De forma automática se activará a los 25 años para citología y a los 35 para VPH-AR.

Las funciones en esta visita son las siguientes:

- ✓ Información general del cribado. Sensibilización, información y asesoramiento a las usuarias. Es el momento de explicarles cuándo deberán volver a consulta en el caso de que todo salga correcto y no necesiten ser derivadas a ginecología.
- ✓ Repaso de los criterios de exclusión del programa.
- ✓ Inclusión de los datos necesarios en sistemas de información (formulario específico de cribado de cáncer de cérvix).
- ✓ Toma de muestras cumpliendo con los requisitos de calidad necesarios.
- ✓ Envío de las muestras al laboratorio del hospital de referencia.

Se realizará la toma cervical en medio líquido:

- ✓ Corresponde a las matronas de AP enviar las muestras en medio líquido para su procesamiento en el laboratorio de anatomía patológica de referencia.
- ✓ La matrona tendrá acceso a un modelo de solicitud de análisis específico para cribado de cáncer de cérvix, en la plantilla establecida para tal efecto. Se deberá tener en cuenta la posibilidad de incluir pacientes en el programa de cribado fuera de los rangos de edad (25 a 34 citología, 35 a 65 VPH-AR) si pertenecen a segmentos de poblaciones especiales.

Valoración en el laboratorio de anatomía patológica de referencia y emisión de resultados:

En el Servicio de Anatomía Patológica se procederá a analizar el material de la toma y definir los resultados. Se emitirá un informe, disponible para su consulta en HCE. A la vista del informe, la matrona de atención primaria, comunicará el resultado a la usuaria y le indicará la pauta de actuación.

Al servicio de **anatomía patológica** le corresponderá:

- ✓ Establecer el sistema de recepción y circuito de las muestras.
- ✓ Realizar el estudio de la muestra y su diagnóstico. La misma muestra en medio líquido servirá para la prueba primaria, y para la de triaje en caso de ser necesaria.
- ✓ En el caso de mujeres de 25 a 34 años se realizará informe de citología y, cuando aparezcan determinadas alteraciones, se estudiará VPH-AR. En las mujeres de 35 a 64 años se realizará informe del resultado de la detección molecular del VPH-AR y en los casos en que resulte positivo se podrá completar con el informe de diagnóstico citológico. Se detectarán los casos positivos susceptibles de ser derivados a ginecología. Los resultados del test VPH incluirán el resultado negativo o positivo para

VPH de alto riesgo, y en el caso de positividad, si son positivos para determinados genotipos.

- ✓ Se deberá proceder a la inclusión en HCE del informe integrado del resultado. El informe deberá recoger el resultado de la prueba primaria y de la prueba de triaje si fuera necesario realizarla. Es decir, integrar el test de VPH, la citología y las recomendaciones de seguimiento o actuación. Se deben tener en cuenta pruebas previas y no solo la actual.

Recepción del informe integrado de resultados en Atención Primaria:

Corresponde a la matrona de Atención Primaria informar a la mujer de los resultados. En el **ANEXO I** podemos ver el modelo de carta que se enviará a las mujeres por las matronas de atención primaria con los resultados y recomendaciones.

Un aspecto importante del programa es valorar cómo gestionar los casos en los que el resultado ha sido positivo y hay que derivar a colposcopia. En estos casos la paciente debe ser informada por las matronas de Atención Primaria del significado del resultado, y del motivo por el que se le deriva a Ginecología para confirmar o no la existencia de patología. Cada sector será responsable de la organización de los circuitos de derivación y organización de las agendas, tanto en consulta de matrona como de ginecología. Se diseñará un circuito específico para garantizar que se cita a las pacientes, valorando en cada caso la función que pueden desarrollar los servicios de Anatomía Patológica, Citaciones y las matronas de Atención Primaria en la gestión de las citas prioritarias para Ginecología.

Atención en servicios de ginecología:

Realizarán las pruebas que completan y confirman el diagnóstico. Proporcionarán la información del diagnóstico y tratamiento más oportuno, así como el seguimiento individualizado de las pacientes con las recomendaciones más adecuadas en función de los hallazgos encontrados. Procederán a incluir en HCE los resultados de la confirmación del diagnóstico y del tratamiento realizado. Se elaborará un informe integrado con los resultados de la colposcopia y biopsia, recomendaciones efectuadas para el seguimiento de la paciente y tratamiento realizado en los casos que haya sido necesario.

Monitorización del programa:

Para la monitorización del grado de implantación del Programa se ha decidido en una primera fase centrar los esfuerzos en la participación.

Indicador	Fórmula	Estándar de referencia
Proporción de pruebas realizadas entre población	Número de mujeres de 25 a 65 años, ambos inclusive, a quienes se les ha realizado prueba de cribado / Población femenina residente en Aragón de 25 a 65 años, ambos inclusive, a 31 de diciembre	50%

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Documento de consenso sobre el programa de cribado de cáncer de cérvix en el SNS. Grupo de trabajo sobre cribado de cáncer de cérvix en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, abril 2016.
2. Red de programas de Cribado de Cáncer. Cribado de cáncer de cuello de útero. Recomendaciones de la Red de Programas de Cribado de Cáncer. Abril 2014 [consultado 08/06/2015]. Disponible en: http://www.programascancerdemama.org/images/archivos/Cribado_cervix_consenso.pdf
3. Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España, 2014. Rev Esp Patol. 2014;47(1):1-43. Disponible en: https://www.seap.es/c/document_library/get_file?uuid=2ee683d0-e7cd-46cb-8853-375482cf41a8&groupId=10157
4. Oncoguía SEGO: prevención del cáncer de cuello de útero. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO, octubre 2014.
5. Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Vela-Vallespín C, Nuin-Villanueva M, Bartolomé-Moreno C, Vilarrubí-Estrella M, Melús-Palazón, E. Recomendaciones de prevención del cáncer. Grupo de expertos del PAPPs. Aten Primaria. 2014;46 (Supl 4):24-41
6. Programa de cribado de cáncer de cérvix en Osakidetza. Actualización 2016. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/programaCribadoCancerCervix.pdf
7. Guía AEPC: prevención secundaria del cáncer de cuello del útero, 2022. Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado. Documento de consenso de las sociedades científicas Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPC), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP) y Sociedad Española de Citología (SEC). Publicaciones AEPC, 2022.

7. ANEXOS

ANEXO I. CARTA CON RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

	
	Nombre y Apellidos Dirección Código postal y población
INFORMACIÓN SOBRE EL RESULTADO DE LA PRUEBA DE CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX Le comunicamos el resultado de la prueba de cribado de cérvix que se le realizó con fecha _____.	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;">Presencia de alteraciones en la prueba de cribado Negativo</div>	
De acuerdo con este resultado, y siguiendo las recomendaciones actuales en prevención secundaria de cáncer de cérvix, le indicamos lo siguiente.	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;">Control por Ginecología Control en 5 años por su matrona en su Centro de Salud Control en 3 años por su matrona en su Centro de Salud Control en 1 año por su matrona en su Centro de Salud</div>	
Guarde el resultado de su prueba Si precisa alguna aclaración consulte con su matrona	Nombre y apellidos Matrona Centro de Salud Población Fecha