



PANORAMA DEL CRIBADO DEL CÁNCER DE CÉRVIX: LA ERA DEL CRIBADO POBLACIONAL EN ESPAÑA.

Jesús Martínez Moya

Febrero 2025

INTRODUCCIÓN: HISTORIA DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX. ^(1,2,3)

La detección, tratamiento y cribado del cáncer de cérvix ha experimentado una importante evolución durante los últimos dos siglos.

En un inicio, George Nicholas Papanicolau publicó el valor diagnóstico de la citología exfoliativa en las lesiones precancerosas del cuello uterino, lo que fue apoyado por dos publicaciones más, la más importante el informe Walton, impulsando la citología como una prueba que permitía disminuir incidencia y mortalidad por este cáncer, estableciéndose los primeros cribados en varios países (Reino Unido, Italia, Francia, entre otros).

Con su aplicación, comienzan a detectarse las limitaciones de la citología, pero, en 1974, el grupo de Friburgo liderado por Hausen, aisló un virus en las verrugas cutáneas genitales, demostrando más tarde la relación de este con el cáncer genital, lo que suponía un nuevo posible objetivo a detectar.

En 1988 en la Universidad australiana de Queensland, Frazer y Jian Zhou generan partículas derivadas de este virus, con capacidad inmunógena pero no oncogénica, que supondrán la base de las vacunas.

Ya en 2013 ocurre un punto de inflexión, la dañada imagen de la citología como prueba de cribado, se subsana con el hallazgo de Guglielmo Ronco.

Demuestra que la utilización de pruebas de detección de VPH produce una protección del 60-70% mayor frente a la citología convencional.

En España (2014), la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia genera una "Guía de Cribado del Cáncer de Cuello de útero" para la aplicación en nuestro país, lo que permite unificar la evidencia existente hasta ese momento.

La carrera frente al cáncer de cérvix se intensifica desde 2018 a 2022 donde se promociona por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) programas tan importantes como el de “Prevención Integral del Cáncer de Cérvix” que aporta la idea fundamental, del potencial erradicable del cáncer de cuello de útero y genera el objetivo 90-70-90 (90% mujeres vacunadas en los 15 años, 70% cribadas y 90% de mujeres con diagnóstico de lesiones premalignas, reciben tratamiento adecuado).

De nuevo en España, durante unos 50 años, se está produciendo un cribado oportunista, pero en Abril de 2019 se publica el BOE SCB/480/2019 que modifica los anexos I, III y VI del RD 1030/2006, estableciendo la evolución a un cribado poblacional para este tumor e incluyéndolo en la cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, por el cual, las comunidades dispondrán de 5 años para realizar el cambio del modelo oportunista al modelo poblacional (finalizando el plazo en Diciembre de 2024) y otro margen de 5 años para incluir a toda la población diana (siendo la fecha objetivo Diciembre de 2029).

A su vez, con los candentes cambios, la AEPCC en su Congreso de Sevilla de 2024 presenta la nueva Guía de Cribado de Cáncer de Cérvix que se publicará a lo largo de 2025 y sustituirá a su predecesora de 2014.



Imagen 1. Línea temporal con hitos relevantes en relación con el cribado del cáncer de cérvix.

Elaboración propia.

PARTE 1: CONCEPTOS RELACIONADOS CON LOS CRIBADOS. MARCO DEL CRIBADO POBLACIONAL.

- **Concepto de cribado. Criterios de Wilson y Jungner.**

Aunque el **concepto** difiere según el ámbito en que se aplique, se entiende como cribado, todas aquellas actividades orientadas a la detección precoz de una enfermedad con el fin de conseguir un diagnóstico y tratamiento precoz, disminución de la morbilidad y mortalidad derivada de la patología, o incluso, si tiene una fase precursora, disminuir la incidencia de la propia enfermedad.⁽⁴⁾

Para aplicar un cribado es fundamental que se cumplan unos **criterios** propuestos por **Wilson y Jungner** en 1961.

- Criterios en relación con la enfermedad.^(4,5)
 1. Debe ser un *problema importante de salud*, teniendo una carga tan importante que los posibles riesgos que puedan surgir derivados del proceso de cribado, sean menores que las consecuencias de la enfermedad.
Por tanto, se entiende que presenta una elevada frecuencia, con consecuencias graves tanto para el individuo (discapacidad, capacidad de vida, letalidad y años perdidos de vida) como para el sistema (coste socioeconómico).
 2. *Conocimiento adecuado de la historia natural de la enfermedad* y las manifestaciones clínicas durante sus fases.
 3. *Periodo de latencia*, asintomático o con síntomas tempranos, con una duración mínima que permita detectar la patología en esta fase.
- Criterios en relación con la prueba de cribado.^(4,5)
 1. Esta debe ser *rápida de aplicación, sencilla y segura* (o al menos conocer los posibles efectos adversos que pueden surgir y como disminuirlos).
 2. Ser *válida*, por tanto, “mide lo que busca medir”.
En relación con esto, la sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos son los que marcan la validez de una prueba, que en caso de cribados se prefiere que tengan una alta sensibilidad (aunque presentemos falsos positivos, perdemos poca carga de individuos con enfermedad).
 3. Ser *fiable*, por tanto, “reproducibile” y *eficiente*.
 4. *Aceptada* por la población y por los profesionales sanitarios.

- Criterios en relación a diagnóstico, tratamiento y propios de la aplicación del programa de cribado.^(4,5)
 1. *Criterios diagnósticos claros*, para diferenciar individuos sanos o individuos positivos al cribado (con enfermedad en estadio inicial, lesión previa o con riesgo).
 2. *Existencia de un tratamiento más efectivo en fase asintomática o inicial que el existente en fases de enfermedad establecida.*
 3. *En relación con el programa:* población bien definida, que será aquella que más se va a beneficiar del programa, política y guías de actuación, coste equilibrado y posterior proceso de evaluación y calidad.

Independientemente, el cribado debe ser un **proceso continuo** (no puntual) y **entendido como un proceso integral** donde dependiendo del resultado, los proveedores y los individuos deben de realizar pruebas de confirmación con posterior tratamiento, o en caso contrario, informar de la normalidad de los resultados y gestionar el intervalo de nuevo introducción al cribado o finalizarlo.⁽⁶⁾

- **Características de un cribado aplicadas al cáncer de cérvix.**

Aunque es de sobra conocida la evidencia del cribado del cáncer de cérvix, apliquemos los criterios de **Wilson y Jungner**.

- En cuanto a los criterios relacionados con la enfermedad:
 1. **Problema importante de salud:** Según el informe del Global Cancer Observatory (GCO) el cáncer de cérvix es la 4ª neoplasia maligna más frecuente con 600.000 casos nuevos por año a nivel mundial, aunque con importante diferencia en los países en vías de desarrollo. En España la incidencia a año 2023 es de 26 casos cada 100.000 habitantes. Con 2047 casos nuevos durante ese año. ^(8,10)
 2. **Conocemos la historia natural de la enfermedad:** con una causa necesaria (infección por virus del papiloma humano) aunque no suficiente y los cofactores que favorecen la progresión (genotipo, coinfecciones y carga viral, además del tabaquismo, inmunosupresión, coinfección de otras ITS, entre otros). ⁽¹¹⁾
 3. Existencia de lesiones precursoras (CIN1 y CIN2-3) con un periodo de latencia extenso (10-15 años en mujeres inmunocompetentes).
- Respecto a los criterios relacionados con la prueba, diagnóstico y tratamiento siguientes: ^(8,9,11)

- Existen pruebas accesibles y bien toleradas, como es la citología y/o detección papilomavirus.
- Aceptada por la población (métodos como la autotoma aumentan la aceptación de esta).
- Criterios diagnósticos claros y el tratamiento ante positivo del cribado (conización, métodos no escisionales) presentan menor morbimortalidad que en los periodos más avanzados (histerectomía radical, quimioterapia y/o radioterapia).

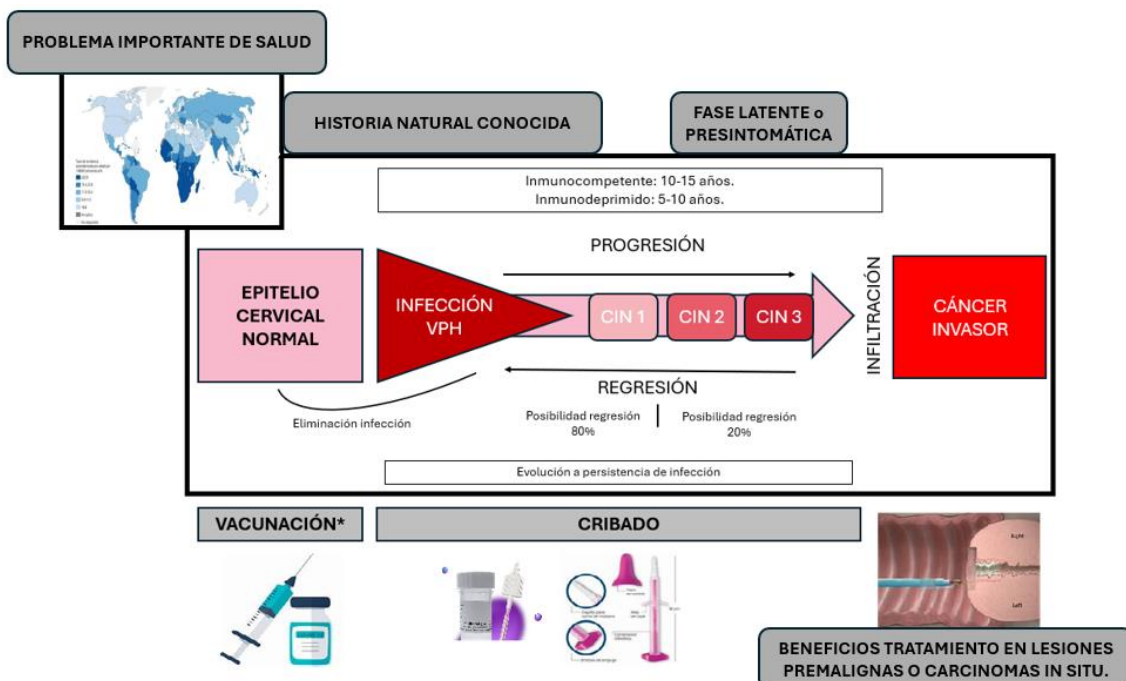


Imagen 2. Características necesarias de un cribado aplicadas al cáncer de cérvix. Elaboración propia.

La evidencia del cribado es tan importante que su ausencia supone el factor de riesgo más importante para diagnosticar cáncer de cérvix, conociendo que entre el 60-70% de las mujeres con diagnóstico de CCU tenían ausencia de cribado en los 10 años anteriores.

• **Tipos de cribado según su cobertura.** (4,5,7)

La clasificación del cribado en base a la población que cubre los divide en oportunistas y poblacionales.

CRIBADO OPORTUNISTA	CRIBADO POBLACIONAL
Definición	Definición
Actividad no sistemática realizada en individuos que acuden por otro motivo diferente al que cubre el cribado.	Variedad de cribado en el que hay una estrategia y recomendación oficial sobre una población diana y una estructura que garantice su realización.

Características	Características
<ul style="list-style-type: none"> · Impacto incierto en salud o difícil de valorar. · Puede suponer una carga al sistema (a lo que se añade, si se realiza prueba inicial en un sistema y se deriva a otro para realizar el siguiente escalón diagnóstico). · Garantía de calidad cuestionable y limitación de la equidad (se cribará al grupo de individuos que acuden al sistema). 	<ul style="list-style-type: none"> · Mayor equidad para toda la población, quedando un menor número de individuos sin screening. · Lleva inherente la necesidad de una protocolización y, por tanto, aumenta acuerdo en la actuación de los profesionales.

Tabla 1. Comparación de los tipos de cribado oportunista y poblacional. Elaboración propia.

Con esto, el cribado poblacional es una poderosa herramienta si se aplica en las situaciones adecuadas.

• **Bases de un programa de cribado poblacional. Antecedentes en España.**

Para poner en marcha cualquier cribado poblacional es primordial asegurar los siguientes **requisitos**: ⁽⁷⁾

1. Asegurar la cobertura "poblacional": estableciendo la población diana sobre la que se va a trabajar, además de los criterios de exclusión (que podrán ser temporales o definitivos). Es importante evitar que dentro de esta población ocurra un cribado oportunista paralelo.
2. Organización de la estrategia: Proveer los recursos materiales y humanos que permitan la aplicación del programa, gestionar el tiempo de inicio y cambio en el caso de presentar un modelo previo (como ocurre actualmente en el cáncer de cérvix).
3. Sistemas de información: que permitan la llamada al programa y mantenga el flujo de comunicación entre los distintos actores.
4. Información a los pacientes por medio de educación y a los sanitarios por medio de formación en el programa, facilitando la aceptación del método por ambas partes.
5. Establecer la evidencia existente que justifica el cribado.
6. Asegurar la protección de datos y confidencialidad.
7. Establecer planes de evaluación y calidad, que permitan ver los fallos del sistema y los ámbitos de mejora.

Siguiendo estas bases, ya se encuentran en marcha cribados poblacionales en diferentes ámbitos.

Con relación al cáncer **hay dos precursores**, el cáncer de mama y el cáncer colorrectal. Y pronto, se planea ampliar con el cáncer de próstata y el de pulmón. ⁽¹²⁾

CRIBADOS POBLACIONALES EN ESPAÑA EN RELACIÓN CON CÁNCER					
CRIBADO CÁNCER MAMA		CRIBADO CÁNCER COLORRECTAL		CRIBADO CÁNCER CÉRVIX	
INICIO Año 1990.		INICIO Año 2014.		INICIO Oportunista en '80-90s Poblacional: 2024.	
POBLACIÓN OBJETIVO Mujeres 50-69 años.		POBLACIÓN OBJETIVO Mujeres y hombres de 50-69 años.		POBLACIÓN OBJETIVO Mujeres 25-65 años.	
PRUEBA DE CRIBADO Mamografía bilateral		PRUEBA CRIBADO Sangre oculta en heces		PRUEBA DE CRIBADO Citología o VPH+/-citología.	
INTERVALO 2 años.		INTERVALO 2 años		INTERVALO 3-5 años (dependiendo de la franja etaria).	
PRÓXIMOS			PULMÓN		PRÓSTATA

Tabla 2. Cribados poblacionales establecidos en España. Entre ellos el programa para cáncer de cérvix. Elaboración propia.

PARTE 2: CRIBADO POBLACIONAL EN NUESTRO ENTORNO: ESTRATEGIAS DE EUROPA Y EN LAS DIFERENTES COMUNIDADES DE ESPAÑA.

- **¿Cómo está funcionando en el entorno europeo?**^(13,14)

Al igual que en el resto del entorno internacional se presenta una variedad significativa de esquemas de cribado, por esto, el Consejo Europeo en 2003 reconoce que hay suficiente evidencia para establecer programas de cribado poblacional en cáncer de Mama, colorrectal y cérvix, iniciando sus proyectos en la Guía de calidad de 2010 y posteriormente en 2015/16.

En 2021-22, a nivel global, la OMS establece una guía de recomendaciones en “WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition” y “Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem” que marcan la prioridad de adoptar cribados poblacionales, basados en prueba de detección de VPH como cribado primario. A lo que se une el Consejo de la Unión Europea en diciembre de 2022.

Durante este tiempo en Europa, gran parte de los países presentan un modelo poblacional (como Reino Unido o países escandinavos) o están en transición de modelo oportunista a poblacional (Francia o Alemania), como se observa en la imagen 3.

De este mapa también se puede observar el predominio de países sin datos o predominio “oportunistas” en los países eslavos, que marcan el gradiente Este-Oeste tan llamativo en las bases epidemiológicas, y que aporta una mayor incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix en el Este europeo.

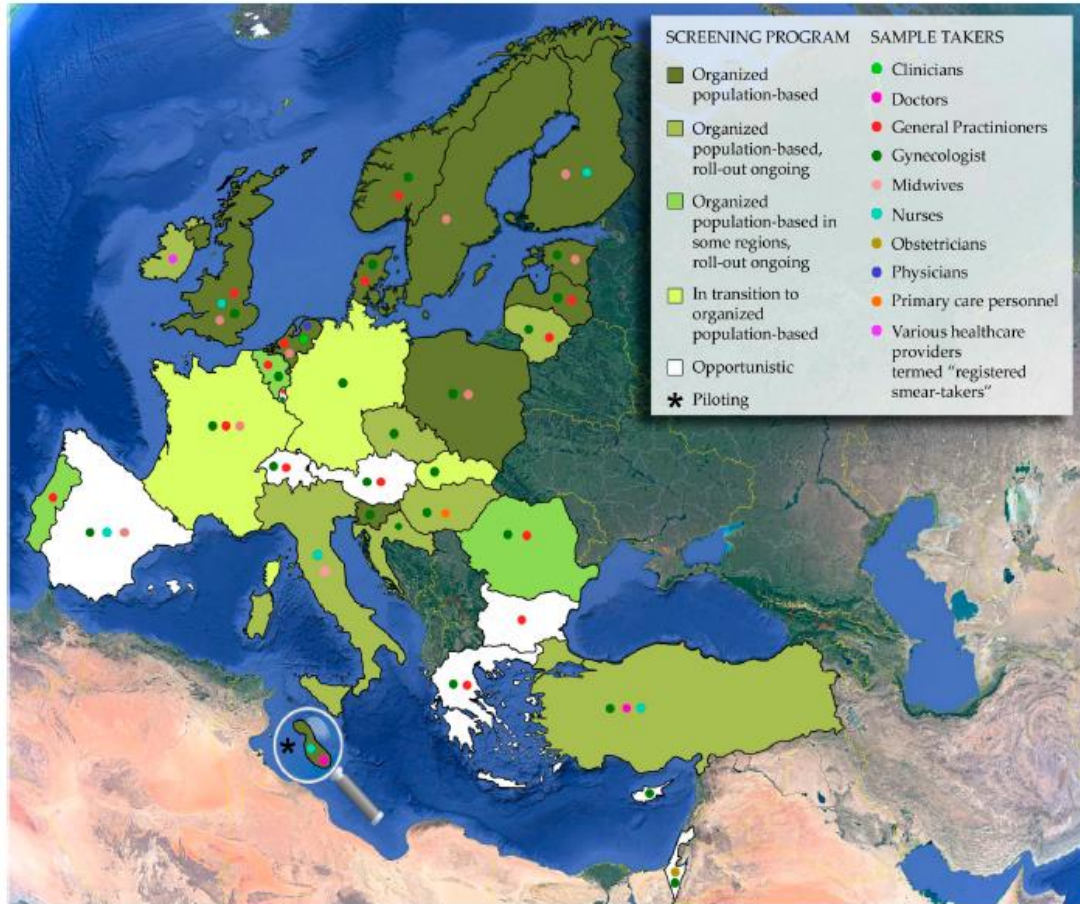


Imagen 3. Programas de cribado en países miembros y asociados a la Unión Europea. Obtenida de Chrysostomou AC et al. Cervical Cancer Screening Programs in Europe: The Transition Towards HPV Vaccination and Population-Based HPV Testing.

• **Abordaje del cribado poblacional en el territorio español.**



Imagen 4. Mapa España con inicio de cribado poblacional por Comunidades. Elaboración propia.

El cribado del cáncer de cérvix se inició a diferentes velocidades entre los años 1980-1990, siendo siempre un cribado oportunista con intención de transformación a poblacional.

En 2010 se publica el documento marco del cribado poblacional, lo que supone el inicio de los movimientos hacia ese cribado

poblacional, pero no es hasta la **Orden SCB/480/2019**, de 26 de abril, en la que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

A partir de aquí el Ministerio de Sanidad comienza la cuenta atrás para la implementación por parte de las Comunidades Autónomas, aunque algunas de ellas ya habían comenzado la transición en 2018 (como País Vasco o Castilla La Mancha).

Los **distintos gobiernos de las Comunidades** han ido estableciendo su sistema de cribado basándose en las *normas generales expuestas en el documento del grupo de trabajo para el “Consenso sobre el programa de Cribado de cáncer de Cérvix”*⁽¹⁵⁾ que recoge:

1. Los sistemas de llamada y rellamada para evitar perder a las no respondedoras (la vía de comunicación) pueden ser variables
2. Población diana con criterios de inclusión-exclusión comunes en todo el sistema.
3. Prueba de cribado común pero toma de muestra variable (profesional o autotoma), procesado, interpretación, triaje y algoritmos de actuación ante el resultado que deben ser comunes y basado en el riesgo inmediato de HSIL/CIN3.
4. Vía de comunicación de resultados (variable).
5. Fin y llamada al nuevo cribado (común).

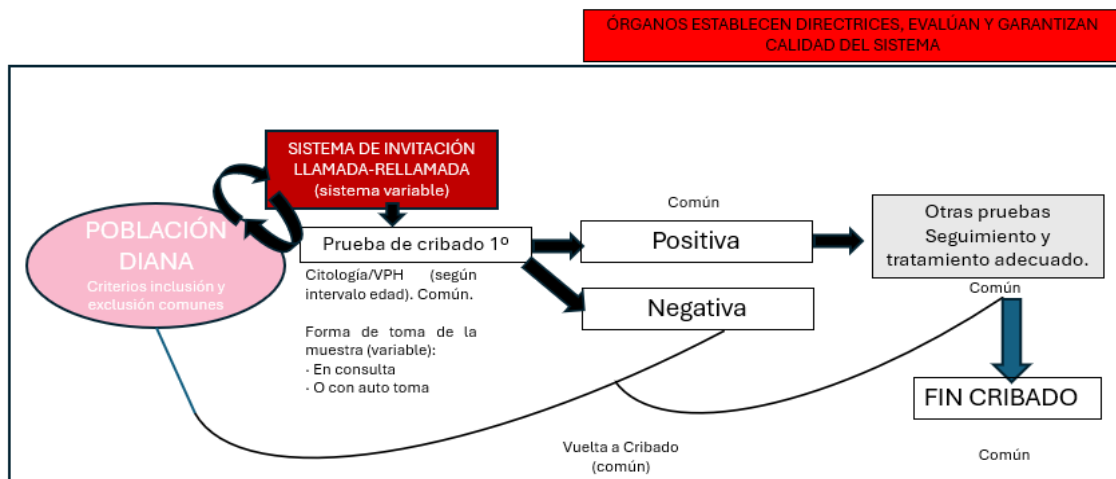


Imagen 5. Esquema de reglas generales marcadas por Ministerio de Consumo y Sanidad, al que se ajustarían las Comunidades según el documento de consenso. Elaboración propia.

Establece también que el *Grupo de Trabajo del Ministerio debe evaluar el programa* (actualmente hay una única evaluación con periodo de Octubre 2023 a Marzo 2024, donde concluye que se han realizado grandes pasos aunque heterogéneos).

Aportamos el **ANEXO 3**, con enlaces a las páginas web del cribado y sus recursos en las distintas Comunidades Autónomas.^(9,16)

PARTE 3: CRIBADO POBLACIONAL EN NUESTRA COMUNIDAD: ANDALUCÍA.

* Se aconseja la lectura conjunta de esta parte con los ANEXOS 2 y 3*

• **Bases y objetivos del programa de Cribado poblacional andaluz.** ⁽¹⁷⁾

En base al BOE SBC/480/2019 y el Documento de consenso del Ministerio, el sistema Andaluz de Salud (SAS), busca garantizar el cumplimiento de:

- *Implantar el programa en el periodo marcado*, iniciado en Julio de 2024 y alcanzar la invitación de toda la población diana para Julio de 2029.
 - Por medio de un programa de detección y tratamiento precoz, basado en *citología y test VPH (PCR con genotipado)* remitido a Servicios centralizados de Anatomía Patológica y Microbiología, planeando un seguimiento posterior según el resultado del cribado.
 - *Aplicación de proceso informático “PDPCCU”* (Programa de Cribado Cáncer de Cuello Uterino) que permita un flujo en los pasos del cribado, trazabilidad y adecuada coordinación entre Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH).
- #### • **Agentes del SAS implicados y su función.** ⁽¹⁷⁾
- Salud responde: Su función es gestionar la citación de las mujeres de la población diana que han sido contactadas por el Distrito gracias a datos del Servicio de Medicina Preventiva.
Aporta las citas a las pacientes que la soliciten, tanto en las consultas de Atención Primaria al inicio o en consulta de Ginecología en caso de precisarla por resultado positivo del cribado.
Y en caso de cribado negativo, rescatarlas para nuevo cribado años más tarde una vez pasado el intervalo entre pruebas.
 - Atención Primaria: Constituye la entrada al programa PDPCCU, recogida de muestras y envío a los laboratorios.
 - Laboratorios de Anatomía Patológica y Microbiología: Para el análisis citológico y la determinación VPH respectivamente.
 - Servicio de Ginecología: Donde se derivarán a una consulta específica a las pacientes con resultado positivo del cribado.
- #### • **Prueba de cribado, criterios de inclusión y de exclusión** ^(17, 22)
- La población diana presenta unos criterios de inclusión expuestos en la tabla 3.
Las pruebas por realizar se adaptan a las recomendaciones dadas por la mayor parte de las sociedades, obteniendo las muestras con citología en medio líquido por si es preciso ampliar el estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
Mujeres entre 25-34 años	Mujeres entre 35-65 años
<u>PRUEBA:</u> Citología*. <u>INTERVALO:</u> Cada 3 años.	<u>PRUEBA:</u> Determinación VPH*. (en caso positivo, genotipado) <u>INTERVALO:</u> Cada 5 años.

Tabla 3. Criterios inclusión PDPCCU.

Nota: * En caso de alteración citológica se ampliará con la determinación de VPH.

** En caso de positividad a VPH se realizará informe de citología.

Por otra parte, existen una serie de criterios de exclusión, clasificados en temporales (eximen únicamente durante un periodo y podrá rescatarse por medio de carta/mensaje en un periodo de 3-6 meses) o definitivos (las pacientes precisan de un seguimiento especial).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	
Criterios temporales	Criterios definitivos
<ul style="list-style-type: none"> · No ha mantenido relaciones sexuales. · Enfermedad o inmovilización temporal que impide la realización de la prueba. · Gestación en 2º-3º trimestre. · Realización de prueba (citología o determinación de VPH) en un intervalo menor al que corresponde en cribado. 	<ul style="list-style-type: none"> · Diagnóstico de cáncer de cérvix · Ausencia de cuello de útero (congénita o adquirida), histerectomía total, transexualidad sin presencia de cuello uterino. · Enfermedad terminal con pronóstico de vida inferior a 6 meses. · Enfermedad que genere inmunosupresión: VIH, trasplante de órganos sólidos o hematopoyéticos. · Seguimiento en consulta de Ginecología por patología cervical (CIN 2 o superior).
<u>Actuación:</u> Queda fuera del cribado hasta que cese el criterio de exclusión temporal.	<u>Actuación:</u> Seguimiento por parte de Servicio de Ginecología*.

Tabla 4. Criterios exclusión del PDPCCU.

*Nota: Una vez cumpla criterios de alta del Servicio de Ginecología, continúa seguimiento en Centro de Atención Primaria.

No entra en programa de cribado poblacional. Seguirá las recomendaciones de cribado establecidas en Ginecología, pero en "consulta de citología".

- **Invitación según edades en el periodo de 2024-2028.** ⁽¹⁷⁾

Nuestra Comunidad Autónoma, es una de las que presenta una incorporación escalonada en diferentes intervalos etarios, debido a que asume que la población existente en esta es mayor que en otras Comunidades.

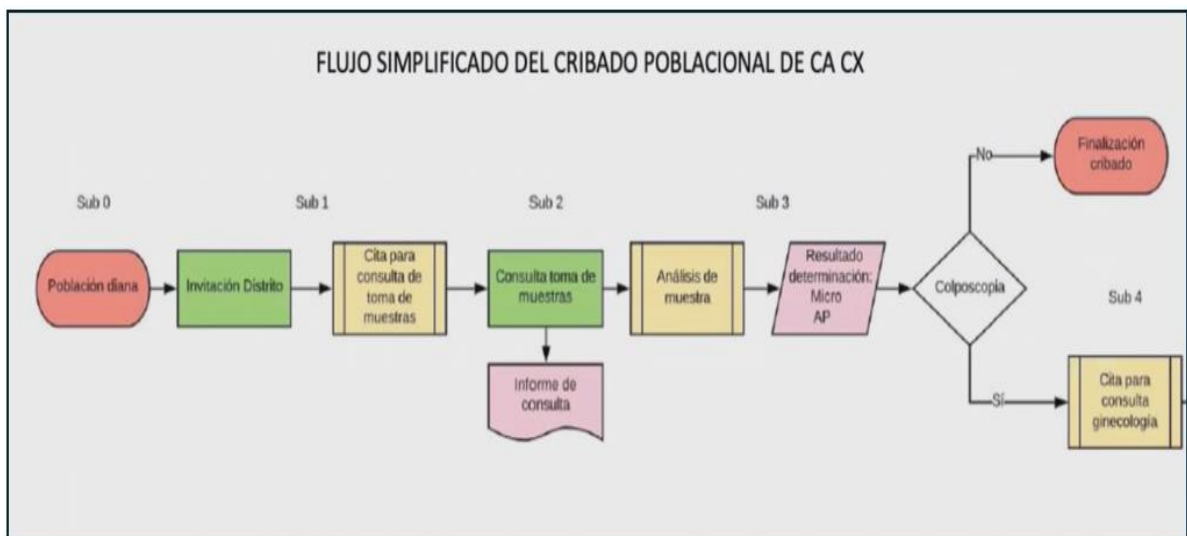
Los intervalos propuestos serían:

AÑO INVITACIÓN AL CRIBADO	INTERVALOS DE EDAD	
2024-2025	25-29 años	60-65 años
2026	30-34 años	55-59 años
2027	35-39 años	50-54 años
2028	40-49 años	
2029	Objetivo de 100% población invitada	

Tabla 5. Edades propuestas por el Sistema Servicio Andaluz de Salud.

La trazabilidad en este cribado es de suma importancia por lo que se han generado flujogramas por los que irá viajando la paciente.

- **Flujograma del sistema (I): Atención Primaria y Laboratorio.**



Contacto por Distrito y circuitos en Atención Primaria ^(17, 18, 19, 22)

INICIO PROGRAMA. DISTRITO (Sub 0 y Sub 1)

Cada **Distrito** entra en contacto con las mujeres de su población que entran dentro de la población diana, les remiten carta y mensaje de telefonía (imagen), aclara que este sistema cambiará dependiendo de los resultados y el avance de la tecnología.

Las mujeres que reciban el llamamiento podrán acudir al servicio de citas de su Centro de Salud para solicitar una cita en consulta o a través del portal Clic Salud solicitar una cita presencial.

Servicio Andaluz de Salud
Consejería de Salud y Consumo

D.ª CARMEN ANDALUZA ANDALUZA
CALLE GARCÍA DE VINUESA, número 18
41001 Sevilla (sevilla)

Sevilla, 30 de noviembre de 2023

Estimada Señora:

Me pongo en contacto con usted para informarle que en Andalucía se ha iniciado un Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cuello de Útero*, este cáncer, es uno de los cánceres más frecuente en las mujeres de todo el mundo, y la evidencia científica ha demostrado que seguir un programa de detección precoz, en mujeres con edades comprendidas entre los 25 y 65 años, disminuye significativamente su incidencia, y en el caso de diagnosticarse precozmente, aumenta las posibilidades de tratamiento y curación son mayores.

Hoy me dirijo a usted para invitarle a participar en este programa, que consiste en la realización de pruebas periódicas, que nos permiten detectar la enfermedad en sus fases iniciales antes de que aparezcan síntomas.

Le animo a que solicite una cita por cualquiera de los medios que le indicamos, a través de Salud Responde, Clic Salud o en su Centro de Salud**. Le recordamos que es muy importante para su salud.

Con el deseo de que pueda hacer un uso totalmente satisfactorio de esta atención personalizada para el cuidado de su salud, reciba un cordial saludo.

Fdo: Catalina M. García Carrasco
CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO

* Puede obtener más información en <https://ajunta.es/4hwa4>

** Si su proveedor de asistencia sanitaria es una mutualidad puede obtener más información en <https://ajunta.es/4hymx> o a través del QR:

Acceso a más información

Explicación del motivo de la carta e importancia del cribado.

Le comunica que solicite cita y los medios.

Imagen 6. Carta que recibe la población diana invitada al programa.

2. CARTA RECORDATORIO DE CITA

Estimada señora:

Nos dirigimos nuevamente a usted para recordarle que la Consejería de Salud, a través del Servicio Andaluz de Salud, está ofreciendo un Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cuello de Útero*, que va dirigida a mujeres entre 25-65 años, con el objetivo de disminuir la incidencia de dicho cáncer de cuello uterino (cérvix).

Previamente usted ha recibido una invitación y no ha solicitado la cita para realizarse una prueba en su Centro de Salud, motivo por el cual no pudimos contar con su participación en el programa.

Le informamos que estos programas preventivos han sido científicamente avalados y que su aplicación sistemática ha conseguido reducir hasta en un 90% este tipo de patología, así como aumentar las posibilidades de tratamiento y la probabilidad de curación en el caso de lesiones malignas detectadas precozmente.

Por ello, le animamos nuevamente a participar y le recordamos que puede solicitar su cita a través de Salud Responde, ClicSalud+ o en su Centro de Salud**.

Por favor recuerde:

- Traiga su documento de identidad y la tarjeta sanitaria o cartilla de la Seguridad Social.
- Puede acudir aunque no sea beneficiaria de la Seguridad Social**.
- Si no puede venir, le rogamos que anule la cita.

Atentamente.

LA COORDINACIÓN DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO

Imagen 7. Carta de recordatorio.

ATENCIÓN PRIMARIA (Sub 2)

En el centro de Atención Primaria se encontrarán **dos circuitos**, el circuito "**Consulta de PDPCCU**" donde serán citadas las mujeres contactadas por el Distrito y una "**Consulta de citología**" donde acudirán pacientes no incluidas en los criterios de inclusión.

1. CONSULTA PDPCCU: El centro debe de asignar uno/varios profesionales asignados a esta.

Esta consulta servirá para la toma de la muestra y procesado de envío a laboratorios, pero también permite una anamnesis, educación en salud y es obligatorio rellenar un formulario.

Este formulario dispone de varios pasos:

Paso 1: Inicio de la consulta y cumplimentar formulario:

- El programa preguntará al profesional si la paciente **cumple algún criterio de exclusión**, proporcionando las opciones a marcar.
 - *En el caso de presentar un criterio de exclusión temporal:* marcarlo, terminar la consulta y el sistema volverá a entrar en contacto con la paciente para rescatarla (con nueva carta y mensajería telefónica).
 - *En caso de presentar un criterio de exclusión definitivo:* Marcarlo, confirmar que la paciente se encuentra en seguimiento por Ginecología o solicitar cita en caso de no estarlo. Finalizará la consulta.

1.- Compruebe que la participante no tiene motivos de exclusión temporal o definitiva

Salida por exclusión de cribado cáncer de cuello de útero

- Diagnóstico de cáncer de cuello de útero previo
- Ausencia de cuello de útero: histerectomía total, ausencia congénita, transexualidad, ...
- Enfermedad terminal. Pronóstico de vida menor de seis meses
- Seguimiento actual en consulta de ginecología por situación de inmunosupresión (VIH o trasplante de órgano sólido o médula)
- Resultado de colposcopia inadecuada permanente
- Seguimiento en consulta de ginecología por patología de cuello de útero (CIN 2 o superior)
- Realización de prueba (citología o determinación de VPH) en un intervalo menor al que corresponde en cribado (La prueba debe estar documentada)
- Embarazo en segundo o tercer trimestre
- No ha tenido relaciones sexuales, si tras información expresa no desea la prueba
- Enfermedad/inmovilidad temporal que impide la realización de la prueba

Existencia de motivo de exclusión (*)

Si No

Imagen 8. Ventana de motivos de exclusión en aplicación de PDPCCU

- **Si no presenta criterios de exclusión** se continuará avanzando en el sistema y tomando la **muestra** con citología en medio líquido.

Tras la toma el sistema preguntará antecedentes y hallazgos: si presenta estado de menopausia, hallazgos en vulva y vagina-cérvix que ha podido observar durante la toma.

2.- Información relacionada con la toma de la muestra

Menopausia (*)
 Si No
 12 meses de amenorrea

Motivos para no realización de prueba (*)
 Seleccionar

Hallazgos exploración vulva y vagina
 Úlcera
 Verruga/condiloma
 Dermatitis/infección
 Lesión tumoral
 Otros

Hallazgos exploración cuello de útero
 Úlcera
 Verruga/condiloma
 Infección
 Lesión tumoral
 Pólipo
 Otros

Realización de la toma de muestra (*)
 Si No

Observaciones

Nº Caracteres: 0 Tamaño: 0/4000 caracteres

Imagen 9. Información de la muestra en aplicación de PDPCCU.

NOTA IMPORTANTE: El sistema pregunta si se ha podido tomar la muestra, en caso de no haber podido realizar la toma, se marcará en el programa.

Pero el profesional debe ser el encargado de dar una nueva cita.

Menopausia (*)
 Si No
 12 meses de amenorrea

Motivos para no realización de prueba (*)
 Menstruación

Realización de la toma de muestra (*)
 Si No

Recuerde volver a asignar una cita a esta participante para la toma de muestra cuando considere que se haya solventado el motivo que ha impedido hacerlo ahora.

Imagen 10. Recordatorio de la aplicación tras no haber podido tomar una muestra.

El sistema, antes de iniciar la petición, pregunta al profesional si la paciente presenta un antecedente de alteración del cribado.

En caso afirmativo, marcar la alteración previa que presentaba y el programa dará la recomendación a seguir y como solicitar la petición (lo que facilita la toma de decisiones y el correcto cribado).

3.- Información relacionada con pruebas anteriores para cribado de cáncer de cuello de útero

Cumplimentar si la mujer se ha realizado una prueba para cribado de cáncer de cuello de útero en un intervalo inferior al correspondiente a cada prueba y existe un resultado que no sea normal.

Resultado citologías anteriores V2

Virus del papiloma humano positivo

ASC-US

ASC-H

L-SIL

H-SIL

Atipia de células glandulares

En el caso de haberse descrito un carcinoma o un adenocarcinoma previamente, deberá indicarlo como motivo de Exclusión definitiva.

Imagen 11. Información de antecedente de cribado previo en aplicación.

Paso 2: Realizar la petición.

Paso 3: Imprimir solicitud y remitir la muestra a laboratorio.

Finalizar participación Excluir del proceso

Seguimiento Historico de acciones

Estado actual: Pendiente asistir prueba (23/02/2024 - 0 días)

TAREA	FECHA PREVISTA	ESTADO	DETALLE
Solicitar petición a MPA	23/02/2024	Pendiente	
Cumplimentar formulario	22/02/2024	Finalizado	

Imagen 12. Pantalla de la aplicación donde se muestra el estado de la petición.

2. **CONSULTA CITOLÓGICA:** Sirve para la transición durante estos 5 años, para atender a pacientes con sospecha clínica (que no entrarían en cribado) previo a remitirlas a Consulta de Ginecología o pacientes que han realizado citología en medicina privada, con resultado alterado y el clínico quiera repetirla previo a remisión.

También aquellas pacientes dadas de alta de Servicio de Ginecología, realizando las recomendaciones que marque este servicio.

VENTAJAS

- Facilita toma de decisiones al profesional de Atención primaria, debido a que programa ofrece la forma de actuar, disminuyendo la dificultad de los algoritmos.
- Diferencia dos circuitos para cubrir cribado y para sospecha clínica/otros motivos ginecológicos.

Laboratorio de Servicios de Anatomía Patológica y Microbiología. (17, 20, 22)**LABORATORIOS (Sub 3)**

Recibirán las muestras, se procesarán y ambos servicios dispondrán de flujo de comunicación por si precisan de la prueba complementaria.

Tras esto, remitirán carta con resultados (con modelos específicos según el resultado):

- **MUESTRA NEGATIVA:** Se comunicará el resultado negativo del cribado, se recordará el intervalo en el que debe acudir de nuevo y se informará de la clínica de sospecha, por la que debe acudir antes.

Hay una variante de carta con resultado negativo pero en el que ha detectado, candida, tricomoniasis u otra infección genital. A parte de las recomendaciones, informa que debe acudir a su médico para valorar tratamiento.

- **MUESTRA NO CONCLUYENTE** (lo más frecuente es que se deba a muestra insuficiente): En estos casos se remite una carta a la paciente, donde se le expone una disculpa, se le explica que la causas más frecuente es la muestra insuficiente y que solicite nueva cita en su centro de salud en el plazo de 3 meses.

- **MUESTRA POSITIVA:**

RIESGO BAJO: finaliza el proceso pero vuelve a programar otra invitación en 1 año para toma de muestra en su Centro de Atención Primaria.

RIESGO INTERMEDIO o ALTO: redirige a la paciente hacia la consulta hospitalaria de Ginecología.

VENTAJAS

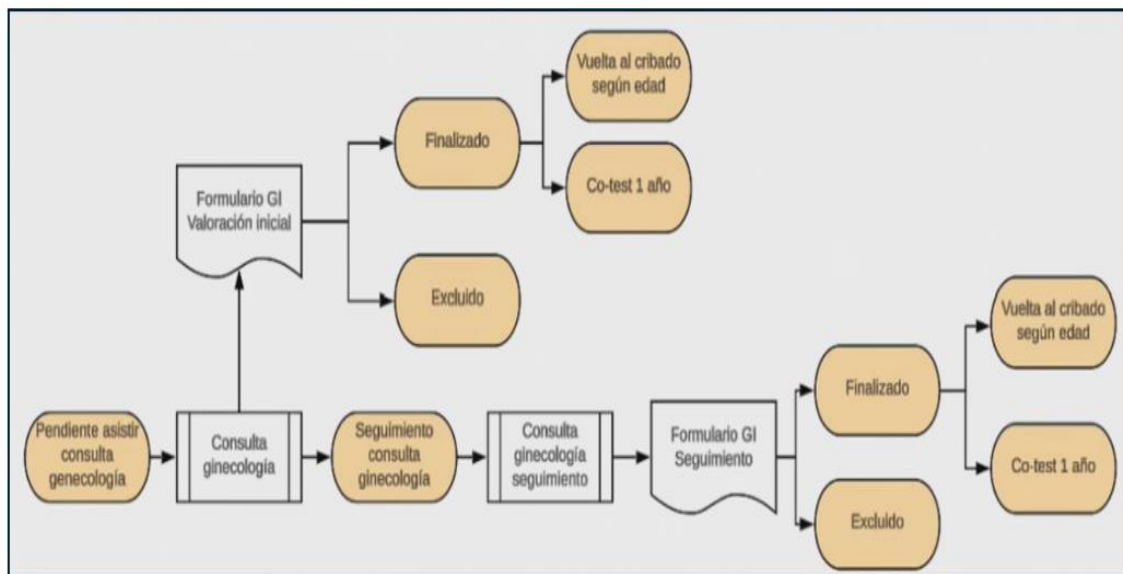
- Comunicación entre los Servicios de laboratorio.
- Disminuir visitas a Atención Primaria para comunicar resultados de la prueba de cribado y disminuir la derivación presencial al Servicio Ginecología de referencia.

DESVENTAJA

En inicio es un sistema con mayor gasto, aunque según estudios de coste-efectividad, a largo plazo es más barato y efectivo que el cribado oportunista.

Los algoritmos aplicados por el sistema, tras el resultado de laboratorio se exponen en el **ANEXO 4**.

• **Flujograma del sistema (II): Derivación a Ginecología.**



SERVICIO DE GINECOLOGÍA (Sub 4)

Consulta de Ginecología (17, 21, 22)

Destinada a:

- Pacientes con criterios de exclusión definitivos para el programa de Cribado.
- Pacientes con cribado positivo de intermedio o alto riesgo.

En el primer caso, desde la propia consulta de PDPCCU del Centro de Atención Primaria, serán derivadas.

En el segundo caso, tras el cribado, de forma simultánea a la remisión de carta a la paciente, se producirá una comunicación al Servicio de Ginecología de referencia con un apartado específico de PDPCCU y es función de este Servicio citar a estas pacientes en una agenda con esta la denominación "Programa de Cribado de Cáncer Cuello Útero".

Una vez que acude la paciente, se procede a la práctica habitual de la consulta de Ginecología / Unidad de Patología Cervical y Tracto Genital Inferior.

La novedad a tener en cuenta por nuestra parte es la incorporación de un **formulario específico** (que **debe rellenar el clínico tras la exploración**) donde **expresa el seguimiento que debe de presentar la paciente**.

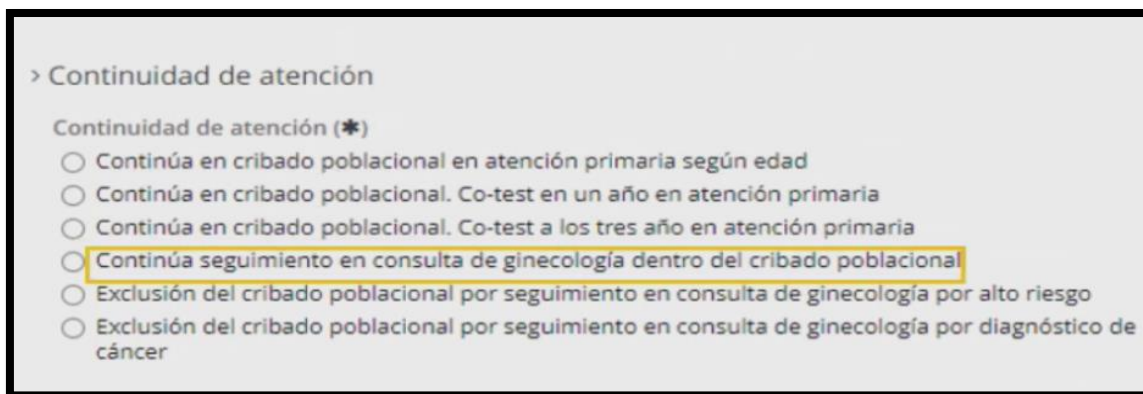


Imagen 13. Opciones en el formulario a rellenar en Consulta de Ginecología.

Los pasos para acceder y rellenar este formulario se exponen en el ANEXO 3.

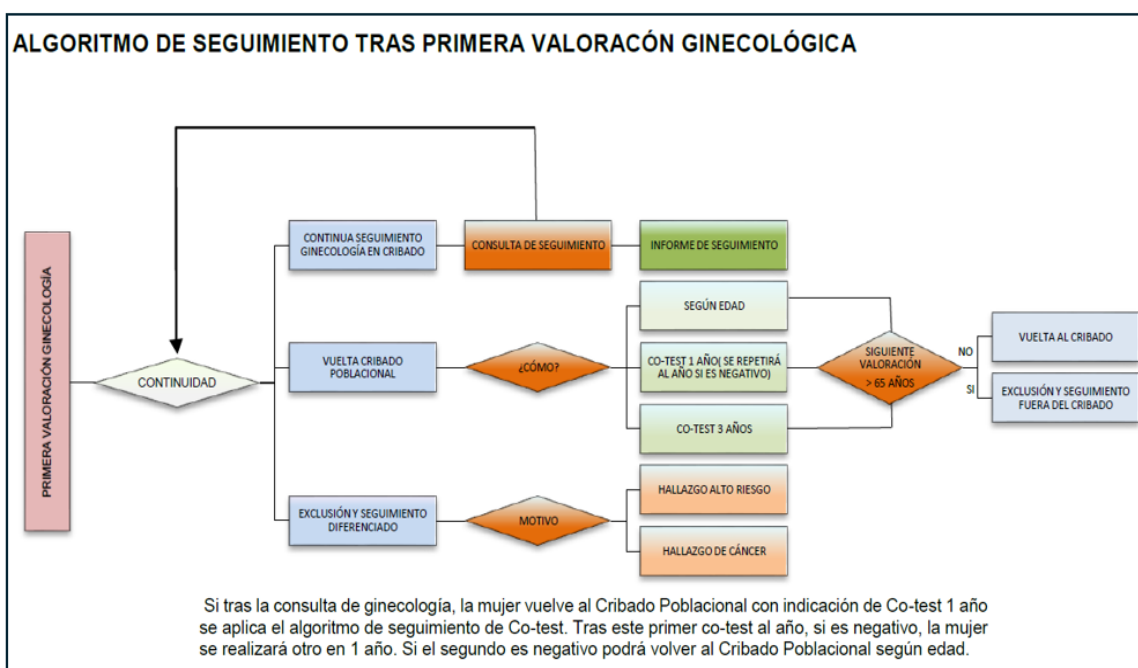
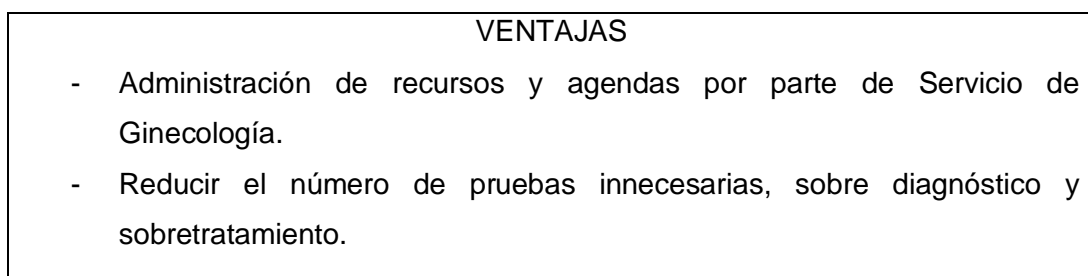


Imagen 14. Algoritmo de actuación tras valoración Ginecológica. Siguen los criterios de las Guías habituales.



• **Finalización del programa de cribado.** (17, 22)

Por lo general a los 65 años siempre que se cumpla:

- Cribado previo adecuado y negativo durante los 10 años previos (se entiende como adecuando dos pruebas de VPH negativo).

- No antecedentes de lesión HSIL/CIN+2 o CCU durante los 25 años previos.

En los casos de no cumplir algunos de los criterios anteriores, se deberá continuar el cribado en atención primaria fuera de PDPCCU.

A las usuarias con edad de finalizar el cribado que no han realizado un cribado adecuado (no han realizado las pruebas recomendadas en los intervalos establecidos) y sin antecedente de patología cervical, se les realizara el VPH en el cribado.

- Si el resultado es negativo, se les informará por carta que deben pedir cita los 5 años para realizar una última prueba (VPH) y tener así los dos resultados negativos que están recomendado.
- El seguimiento de estas usuarias se hará por el equipo de Atención primaria, fuera de programa.

- **Situaciones especiales.** (17, 22)

INMUNODEPRESIÓN	
VIH	NO VIH
<p>Inicio a los 25 años. Citología anual.</p> <p>Desde los 30 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CD4> 200 o reciben tratamiento antirretroviral efectivo: Cotest trienal. - CD4< 200 o no tratamiento: Cotest anual. 	<p>En trasplante de órganos sólidos y hematopoyéticos o tratamiento inmunosupresor.</p> <p>Se pueden usar criterios similares a los del VIH.</p>

Tabla 6. Actuación en pacientes VIH e inmunodeprimidos no VIH

ANTECEDENTE DE HISTERECTOMÍA	
Patología benigna o maligna no VPH dependiente y no antecedente de HSIL/CIN2.	Antecedente \geq HSIL/CIN2
No precisan de cribado	<p>Valoración por parte de Ginecología.</p> <p>Seguimiento negativo, se puede derivar a Atención Primaria, donde se realiza Cribado habitual durante al menos 25 años.</p>

GESTACIÓN
<p>Es recomendable que las gestantes en época de cribado presenten citología o cribado, correcto. En caso de no tenerlo, se toma citología en primer trimestre.</p> <p>Evitando su toma en 2-3º trimestre.</p>

Tablas 7. Actuación en antecedente de histerectomía. **Tabla 8.** Actuación durante la gestación.

Estas pacientes quedan fuera de la agenda de cribado, presentaron su seguimiento en Consulta de Ginecología/Atención Primaria una vez tenga prueba negativa.

PARTE 4: TEMAS RELACIONADOS CON ESTA NUEVA ERA DEL CRIBADO DEL CÁNCER DE CÉRVIX EN ESPAÑA.

• **Guía del cribado de cáncer de cérvix propuesta por la AEPCC en 2025 ¿Por qué una nueva guía en la época del cribado poblacional?**

La publicación de las guías de la OMS 2022 y la instauración del cribado poblacional en España, ha hecho que la AEPCC genere una nueva guía de cribado que se publicará a lo largo de 2025 (con la colaboración de otras 3 sociedades: SEGO, SEAP y SEC).

1. **Modificaciones en esta nueva guía:** ^(23,24)

1. **Edad de inicio del cribado:** Las mujeres que recibieron la vacunación en la adolescencia están llegando al cribado, tenemos ya una importante evidencia sobre la disminución de incidencia de verrugas genitales, lesiones precancerosas y cáncer de cérvix en sí (sobre todo en esta población que recibió la vacunación en el periodo en el que se obtiene más beneficio) por lo que se plantea en la guía, al igual que el Ministerio, iniciar en el cribado más tarde (para evitar sobrediagnóstico, mantener validez de las pruebas y disminuir costes). Por lo que la propuesta sería:

No vacunadas frente a VPH o primera dosis a partir de los 15 años.	Vacunadas frente a VPH antes de los 15 años (la menos una dosis).
Edad de inicio: 25 años.	Edad de inicio: 30 años.
Prueba de cribado e intervalo: - Entre 25-29 años: citología medio líquido cada 3 años. - Mayor o igual a 30 años: VPH con genotipado. Cada 5 años.	Prueba de cribado: VPH con genotipado.
Edad final: 65 años	Edad final: 65 años.

2. **Edad de finalización del cribado:** La incidencia disminuye de forma importante en mujeres mayores de 65 años con cribado correcto, en lo que se basa para dar las siguientes recomendaciones:

SIN ANTECEDENTES DE HSIL/CIN2 O AIS	CON ANTECEDENTE DE HSIL/CIN 2 o AIS
1. Mujeres 65 años con cribado negativo durante los últimos 10 años : Realizar test VPH, si negativo, finaliza cribado.	1. Mujeres tratadas sin histerectomía o con resolución espontánea : Cribado al menos 25 años independiente a edad.
2. Mujeres entre 65-75 años sin cribado o cribado inadecuado durante los últimos 10 años: Realizar prueba VPH o cotest, si es negativo finaliza, si es positivo realizar colposcopia.	2. Mujeres con HSIL/CIN 2 tratadas con histerectomía total o diagnóstico incidental o en pieza de anatomía patológica : Cribado durante al menos 25 años.

3. Situaciones especiales:

La mayor parte no difiere con las dadas en el sistema de cribado poblacional. Salvo el caso de las pacientes inmunodeprimidas.

HISTERECTOMÍA patología benigna o maligna no VPH relacionada	GESTANTE
Finalizan cribado. Histerectomía subtotal: Cribado igual que población en general.	Mismo cribado que mujeres no gestantes, preferiblemente en primer trimestre, aunque se puede realizar en cualquier momento.

MUJERES VIH	MUJERES NO VIH
<p><u>Inicio:</u> 25 años</p> <p><u>Prueba:</u> detección VPH de forma trienal. Mantener de por vida.</p> <p>* La carga viral y recuento de CD4 no modifica el cribado basado en VPH.</p>	<p>Sería el caso de mujeres con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad inflamatoria intestinal sin inmunosupresión. - Artritis reumatoide o esclerosis múltiple sin inmunosupresión. - Diabetes mellitus.

Podrían adaptarse las mismas medidas que en mujeres VIH en:

- Trasplante de órganos sólidos.
- Trasplante de progenitores hematopoyéticos.
- Lupus eritematoso sistémico.
- Enfermedad inflamatoria intestinal, artritis reumatoide o esclerosis múltiple tratadas con inmunosupresión.
- Insuficiencia medular congénita, inmunodeficiencias primarias, cualquier tratamiento inmunosupresor, sarcoidosis, neuromielitis óptica y supervivientes de neoplasias infantiles.

• Autotoma y cribado poblacional. (26,27,30)

Como se ha visto en apartados anteriores en el propio cribado poblacional se habla de autotoma en varias comunidades.

Es el proceso en el que la paciente toma por ella misma la prueba cervical o vaginal para determinar la presencia de papilomavirus.

Entre las VENTAJAS encontramos:

- Al ser la propia paciente quien realiza la toma de la muestra, disminuye la vergüenza, aumenta la comodidad y la aceptabilidad.
- Las pacientes reportan menos dolor al no necesitar espéculo.
- No precisa de cadena de frío, así, permite vencer barreras geográficas.
- Disminución del gasto al no precisar de profesional ni lugar en el que obtenerla.
- Aunque no está validado aún, podría utilizarse con test de otros microorganismos (VIH, clamidia y otras ITS).

Respecto a DESVENTAJAS encontramos:

- En algunas pacientes, el miedo al cáncer o a la propia toma de la muestra, hace que queden ciertas mujeres sin cribar, aunque según la publicación la invitación de forma presencial y la información sobre historia natural de la infección VPH, permite resolver este contratiempo.
- Organización compleja para facilitar y recaudar los kits utilizados.

Es importante destacar que la especificidad y sensibilidad de la prueba es muy similar a la tomada por el profesional, siempre que se base en métodos de detección de ADN de VPH.

Es un método que presenta evidente aumento de la participación y cobertura del cribado, aunque en un principio el rechazo a esta modalidad provenía del desconocimiento por parte de los profesionales de si la paciente realizaba de forma correcta la toma genital, pero hay que remarcar que se basa en PCR-VPV por lo que al ser una infección de campo (tracto genital inferior, periné y ano) va a permitir reflejar la presencia viral.

Hay numerosos dispositivos comercializados, pero todos, contienen:

COMPONENTES DEL KIT:	EJEMPLO DE KIT
<ol style="list-style-type: none"> 1. Cepillo 2. Tubo colector 3. Marcadores 4. Guía de instrucciones de la toma 5. Información sobre VPH y prevención del cáncer de cérvix 	 <p>El diagrama muestra un kit de cribado de VPH con los siguientes componentes y pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: A = Tubo colector, B = Cepillo. Se muestra el tubo colector y el cepillo. 2: Abrir la envoltura del cepillo teniendo cuidado de no tocar la punta para evitar contaminarla. 3: Sostenga el cepillo colocando el pulgar e índice en el punto medio. 4: Inserte el cepillo en el orificio vaginal 7-10 cm hasta el cérvix para realizar giros de 360° en 10-30 segundos. 5: Desenrosque la tapa del tubo colector e inmediatamente coloque la muestra colectada con el cepillo hasta el medio de cubito. 6: Encuentre la línea de corte de cepillo y rompa en este punto contra el lado izquierdo del tubo. Luego deseche la parte superior restante. 7: Tape el tubo colector de manera cuidadosa. Posteriormente identifique con los datos personales y envíe la muestra al laboratorio.
<p>MECANISMO:</p> <p>En cuclillas con rodillas flexionadas se introduce el dispositivo, realizando 3 giros durante 10-30 segundos.</p>	

- **Patología premaligna del canal anal.** (30-32)

Está en auge tanto en guías como congresos y reuniones, el protagonismo de la patología premaligna anal en el tracto genital inferior (se encuentra una importante frecuencia de esta patología en mujeres con lesiones cervicales y/o vulvares).

Tradicionalmente se tomaba como una patología propia de poblaciones que mantienen sexo anal de forma habitual, sin embargo, actualmente se entiende como entidades que pueden estar relacionadas con la infección por HPV.

Por esta razón, han surgido guías como la del Consenso de la International Anal Neoplasia Society (IANS)⁽³³⁾ que da pautas de cribado en función del riesgo basado en categorías (tabla 8):

- Categoría A (población con incidencia de ≥ 17 casos/100.000).
- Categoría B con una menor incidencia, pero también en riesgo respecto a la población general.

CATEGORÍA A	CATEGORÍA B*
Hombres/Mujeres con VIH (inicio 35 años)	Historia de HSIL cérvix
Historia de HSIL o cáncer vulvar (dentro del primer año de diagnóstico)	Historia de cáncer cervix/vagina
Trasplante de órganos sólidos (en caso de más de 10 años desde este).	Infección persistente de VPH16
	Otras inmunosupresiones

Tabla 8. Categorías para el cribado de lesiones premalignas del canal anal de la IANS.

La categoría B se puede realizar cribado desde los 45 años, pero habrá que comunicar al paciente, los beneficios y consecuencias de tratamiento en caso de cribado positivo y que haya posibilidad de realizar anoscopia de alta resolución en nuestro centro.

¿Qué prueba se realizaría? No hay evidencia aun.

Citología anal	Test VPH anal	Cotest anal
S: 69-93%	S: 91%	S: 93%
E: 82%	E: 47%	E: 33.4%
Está presente en todos los ambientes sanitarios. Fácil de realizar.	También presente en numerosos ambientes. Fácil de realizar.	Parece ser lo ideal, pero no hay ensayos.

Por lo que se puede concluir que no hay un consenso en el campo de los servicios de Ginecología y Unidades de Patología Cervical y tracto genital inferior.

Algunas unidades lo están comenzando a realizar, pero siempre que tienen el recurso de anoscopia de alta resolución en su centro, debido a que cualquier positivo será estudiado.

ANEXO 1: ENLACES RELACIONADOS CON EL PDPCCU EN LAS DIFERENTES COMUNIDADES.

DIRECTORIO DE CONTACTOS EN CADA COMUNIDAD.

En este enlace puede encontrar contactos del encargado de cada Comunidad.

<https://cribadocancer.es/directorio-cervix/>

COMUNIDAD	ENLACE DE RECURSOS (guías profesionales, pacientes, trípticos).
Andalucía	Enlace: https://canceruellouteroandalucia.es/
Aragón	Enlace: https://www.saludinforma.es/portalsi/temas-salud/programas-cribado/cervix
Asturias	Enlace: https://www.astursalud.es/categorias/categorias/profesionales/01000practica-clinica/03000programas-de-deteccion-y-prevencion/02000programas-de-deteccion-precoc-cancer
Cantabria	Enlace: https://saludcantabria.es/index.php?page=cancer-de-cervix
Castilla La Mancha	Enlace: https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/programas-deteccion-precoc/cancer-de-cervix/deteccion
Castilla León	Enlace: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/en/programas-guias-clinicas/programas-salud/programa-prevencion-deteccion-precoc-cancer-cuello-uterico
Cataluña	Enlace: https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/c/cancer/deteccio-precoc/programes/coll-uteri/
Ciudades autónomas (Ceuta y Melilla)	Enlace: Melilla: https://ingesa.sanidad.gob.es/melilla/va/Ciudadania/Programas-de-Salud/Deteccion-cancer-utero.html Ceuta: No encontrado enlace.
Extremadura	Enlace: https://saludextremadura.ses.es/areasaluddonbenito/wp-content/uploads/2023/04/Programa-de-cribado-de-cancer-de-cervix-en-Extremadura.pdf
Galicia	Enlace: https://www.sergas.gal/Saude-publica/cribado-cervix?idioma=ga
IBaleares	Enlace: www.balears.es/sites/estrategiacancer/es/programa_de_deteccion_precoc_de_cancer_de_cervix/
ICanarias	No encontrado.
La Rioja	Enlace: https://www.riojasalud.es/ciudadanos/informacion/programas-de-deteccion-precoc-de-cancer/cervix?highlight=WzVd
Madrid	Enlace: https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/cervicam
Murcia	Enlace: https://www.murciasalud.es/web/servicio-de-promocion-y-eps/cancer-de-cervix
Navarra	Enlace: https://portalsalud.navarra.es/es/canceruelloutero
País Vasco	Enlace: https://www.osakidetza.euskadi.eus/programa-cervix/
Valencia	Enlace: https://comunica.gva.es/es/detalle?id=385847561&site=373422400

ANEXO 2: TRAYECTORÍA EN DIRAYA DURANTE LA CONSULTA DE TOMA DE MUESTRA. FUNCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA.

ENLACE: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/dirayabierto/diraya-por-procesos/programa-deteccion-precoz-de-cancer-de-cuello-de-utero-pdpccu>

La paciente ha recibido la invitación por parte de Distrito. Ha solicitado cita y acude a su cita programada en Consulta de Cribado de Cáncer de Cuello Uterino o Consulta de PDPCCU.

1.1. ACCESO

Acceso a través de

Diraya Atención Primaria > Atención al usuario > Buscador de procesos

Atención al usuario | Atención clínica | Historias | Profesionales y agendas

- Citación
- Informe de citas previstas
- Teleconsulta
- Pacientes en seguimiento
- Datos administrativos
- Grupo familiar
- Alta manual
- Visado de recetas
- Validación de asistencias podológicas
- Informes administrativos
- Buscador de procesos**

Procesos asociados al usuario

PDPCCU

El Médico de Atención Primaria o la Matrona asignada a cada Centro de Atención Primaria accederá a "Diraya Atención Primaria", en la pestaña de "Atención al Usuario" aparecerá un desplegable y se hará clic sobre "Buscador de procesos".

Se abrirá un apartado de procesos asociados al usuario, donde puede encontrarse otros cribados u otras actividades.

Se hará clic sobre el **icono de PDPCCU**.

CARMEN ANDALUZA ANDALUZA
Mujer, 72 años - AN0522001452

Volver a buscador

Finalizar participación | Excluir del proceso

Seguimiento | Histórico de acciones

Estado actual: Pendiente asistir prueba (31/05/2024 - 0 días)

TAREA	FECHA PREVISTA	ESTADO	DETALLE
Cumplimentar formulario	31/07/2024	Pendiente	

Observaciones: No hay observaciones. Añadir observaciones

Documentación adicional: No hay documentación adicional. Añadir documentación

Pendiente cita prueba (31/05/2024 - 31/05/2024)

Pendiente de primera invitación (29/05/2024 - 31/05/2024)

Histórico

- 29/05/2024 - 2 días: Estado actual: Pendiente asistir prueba. En proceso.
- 28/05/2024 - 29/05/2024: Motivo finalización: Embarazo en segundo o tercer trimestre. Finalizado.
- 22/05/2024 - 28/05/2024: Motivo finalización: Embarazo en segundo o tercer trimestre. Finalizado.
- 14/03/2024 - 21/05/2024: Motivo finalización: No relaciones sexuales. Finalizado.

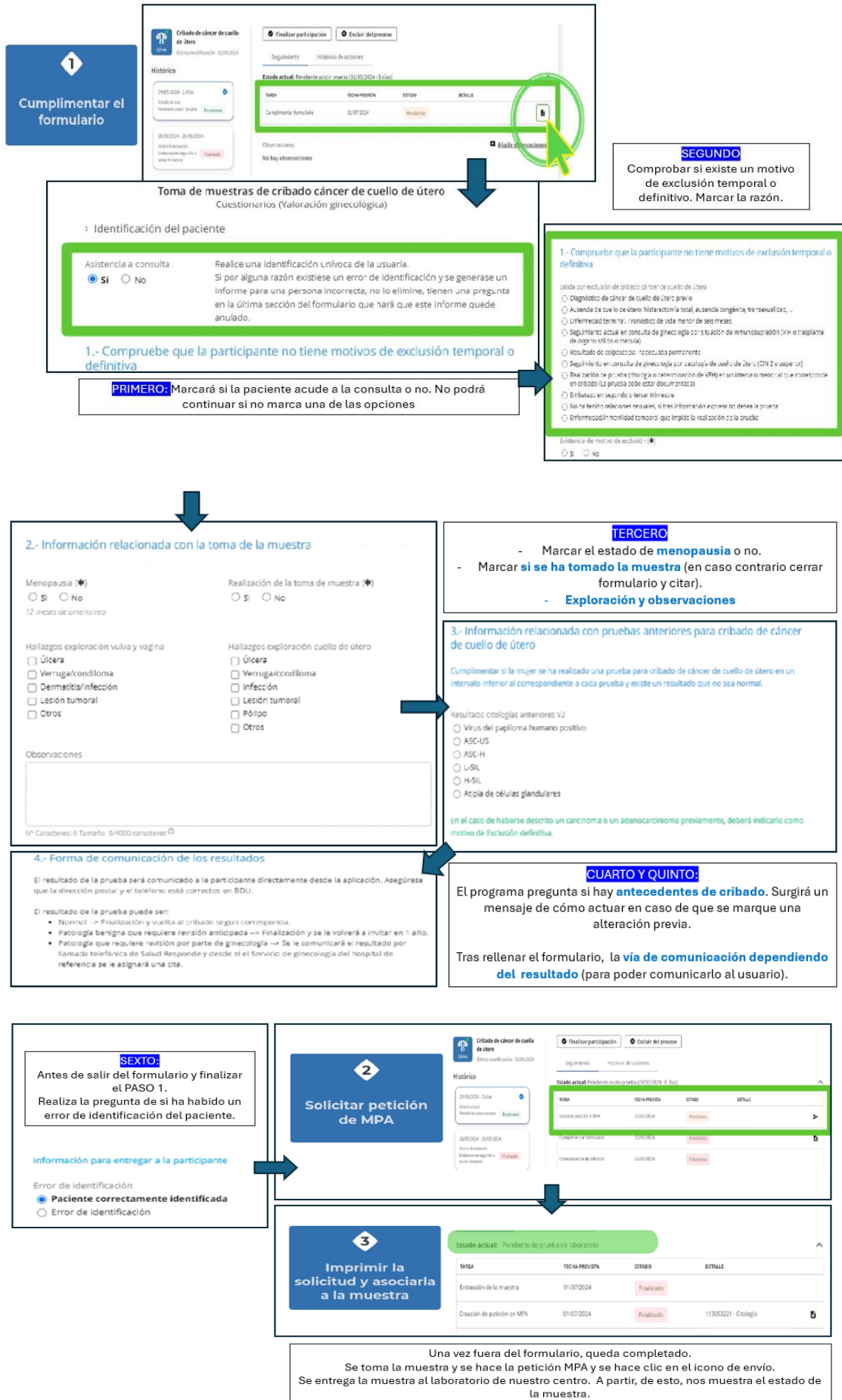
Se accede a la zona de Cribado de Cáncer de Cuello de Útero en esta paciente.

Se podrá consultar:

1. "Estado de la paciente" (resaltado en verde).
2. Y el apartado de Cumplimentar formulario. Fecha y estado de este formulario (resaltado en azul).

1.2. APERTURA DEL FORMULARIO. ESQUEMA CONSULTA. REMITIR MUESTRA.





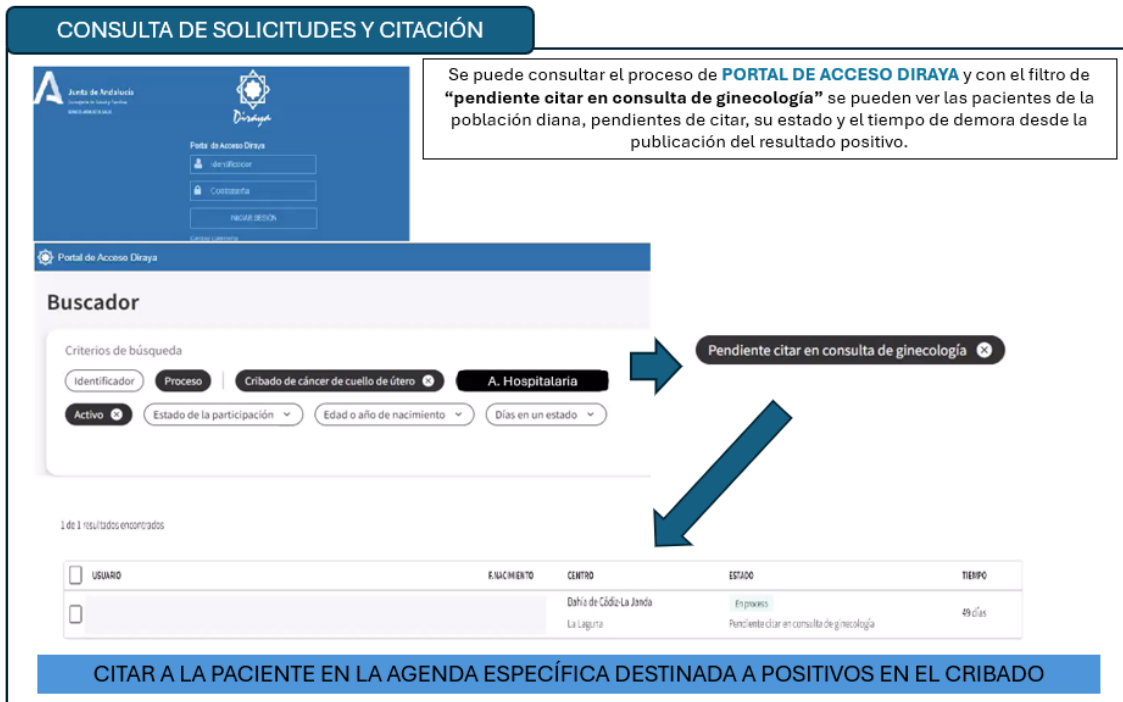
ANEXO 3: TRAYECTORÍA EN DIRAYA HOSPITALARIO DURANTE LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA.

ENLACE: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/dirayabierto/diraya-por-procesos/programa-deteccion-precoz-de-cancer-de-cuello-de-utero-pdpccu>

Paciente con cribado positivo, quedará en ESTADO de “citar por Ginecología”. Desde el Servicio de Ginecología de referencia se tendrá que consultar de forma periódica las solicitudes creadas por el programa ante un resultado positivo y serán citadas en la agenda de Cribado de Cáncer de Cuello Uterino.

2.1. PROCESO DE CITACIÓN

CONSULTA DE SOLICITUDES Y CITACIÓN



Se puede consultar el proceso de **PORTAL DE ACCESO DIRAYA** y con el filtro de “**pendiente citar en consulta de ginecología**” se pueden ver las pacientes de la población diana, pendientes de citar, su estado y el tiempo de demora desde la publicación del resultado positivo.

Buscador

Criterios de búsqueda

Identificador Proceso Cribado de cáncer de cuello de útero A. Hospitalaria

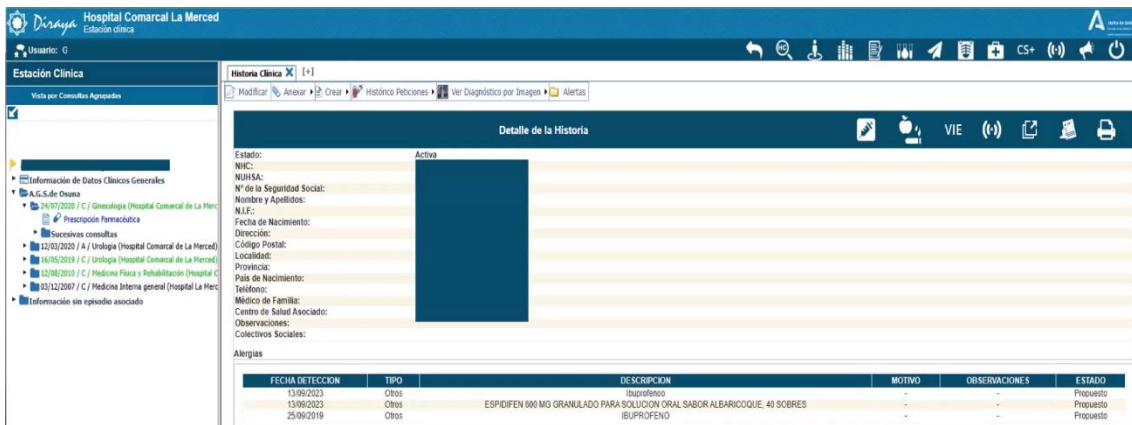
Activo Estado de la participación Edad o año de nacimiento Días en un estado

1 de 1 resultados encontrados

USUARIO	ESUCHEMTO	CENTRO	ESTADO	TIEMPO
		Dahia de Cádiz-La Janda	En proceso	
		La Laguna	Pendiente citar en consulta de ginecología	49 días

CITAR A LA PACIENTE EN LA AGENDA ESPECÍFICA DESTINADA A POSITIVOS EN EL CRIBADO

2.2. FORMULARIO EN CONSULTA GINECOLOGÍA



Historia Clínica [1+]

Estado: Activa

NIIC: [REDACTED]

NIHSA: [REDACTED]

Nº de la Seguridad Social: [REDACTED]

Nombre y Apellidos: [REDACTED]

N.I.F.: [REDACTED]

Fecha de Nacimiento: [REDACTED]

Dirección: [REDACTED]

Código Postal: [REDACTED]

Localidad: [REDACTED]

Provincia: [REDACTED]

País de Nacimiento: [REDACTED]

Teléfono: [REDACTED]

Médico de Familia: [REDACTED]

Centro de Salud Asociado: [REDACTED]

Observaciones: [REDACTED]

Colectivos Sociales: [REDACTED]

Alergias: [REDACTED]

FECHA DETECCIÓN	TIPO	DESCRIPCIÓN	MOTIVO	OBSERVACIONES	ESTADO
13/09/2023	Otros	Ibuprofeno	-	-	Propuesto
13/09/2023	Otros	ESPIRIDIFEN 600 MG GRANULADO PARA SOLUCIÓN ORAL SABOR ALBARICOQUE, 40 SOBRES	-	-	Propuesto
25/06/2019	Otros	IBUPROFENO	-	-	Propuesto

Una vez acuda el día programado a la consulta, en episodio de Ginecología, a parte de la hoja de anamnesis es **primordial rellenar el formulario**, para que se continúe el proceso de cribado.

Clic en apartado de "Crear".
 En el desplegable, seleccionar **"Escalas y Cuestionarios"**.
"Valoración ginecológica"
 Y seleccionar el tipo de **formulario**, debido a que existen **2 opciones**:

- Opción para primera visita para valoración inicial.
- Opción de seguimiento del cribado (para pacientes que han precisado más valoraciones por Ginecología).

OPCIÓN VALORACIÓN INICIAL

Valoración inicial cribado cáncer de cuello de útero
Cuestionario (Valoración ginecológica)

> Identificación del paciente

Asiste a consulta (*)
 SI No

Realice una identificación unívoca de la usuaria. Si por alguna razón existiese un error de identificación y se generase un informe para una persona incorrecta, no lo elimine, tienen una pregunta en la última sección del formulario que hará que este informe quede anulado.

> Antecedentes personales

¿Fuma?

Antecedentes oncológicos

Tipo antecedente oncológico

Estado de inmunosupresión

Enfermedad

Tratamiento inmunosupresor

Observaciones sobre estado de inmunosupresión

> Antecedentes ginecológicos

OPCIÓN SEGUIMIENTO

Seguimiento cribado cáncer de cuello de útero
Cuestionario (Valoración ginecológica)

> Identificación del paciente

Asiste a consulta (*)
 SI No

Realice una identificación unívoca de la usuaria. Si por alguna razón existiese un error de identificación y se generase un informe para una persona incorrecta, no lo elimine, tienen una pregunta en la última sección del formulario que hará que este informe quede anulado.

> Antecedentes personales

¿Fuma?

Antecedentes oncológicos

Tipo antecedente oncológico

Estado de inmunosupresión

Enfermedad

Tratamiento inmunosupresor

Observaciones sobre estado de inmunosupresión

> Antecedentes ginecológicos

Permitirá rellenar un formulario parecido a la anamnesis que realizamos habitualmente.

EN EL FINAL DEL CUESTIONARIO. MARCAR LA ACTITUD DE SEGUIMIENTO.

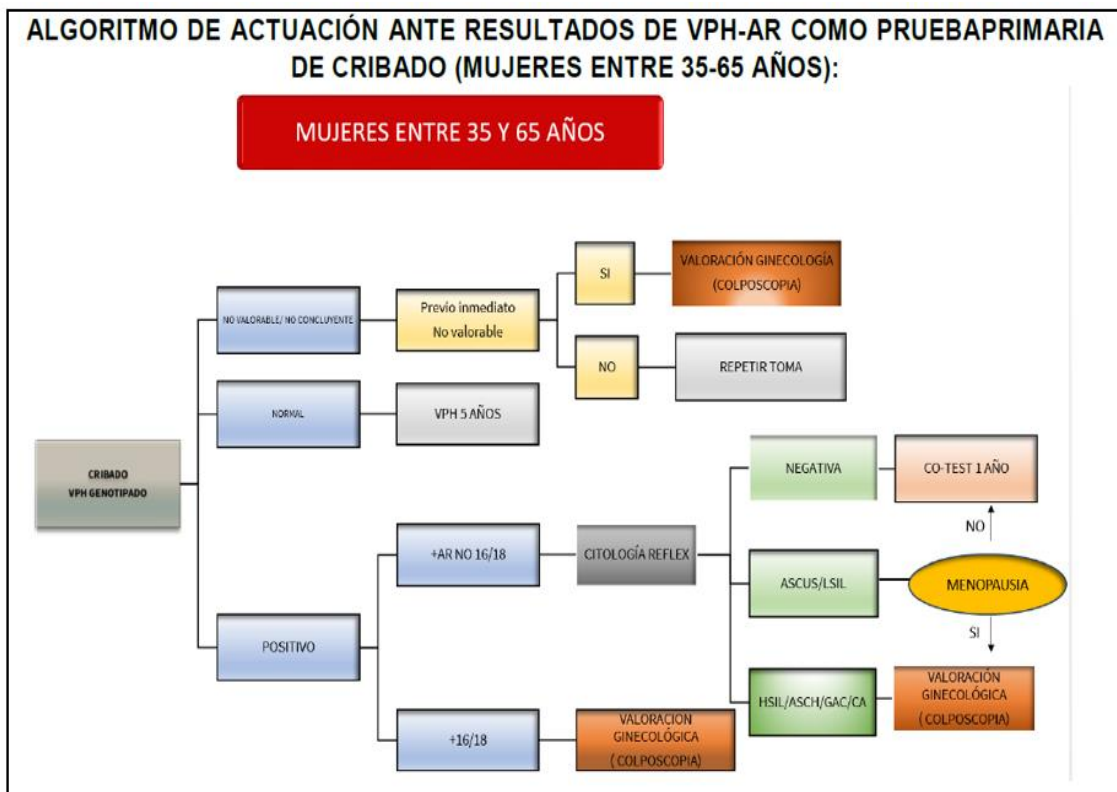
> Continuidad de atención

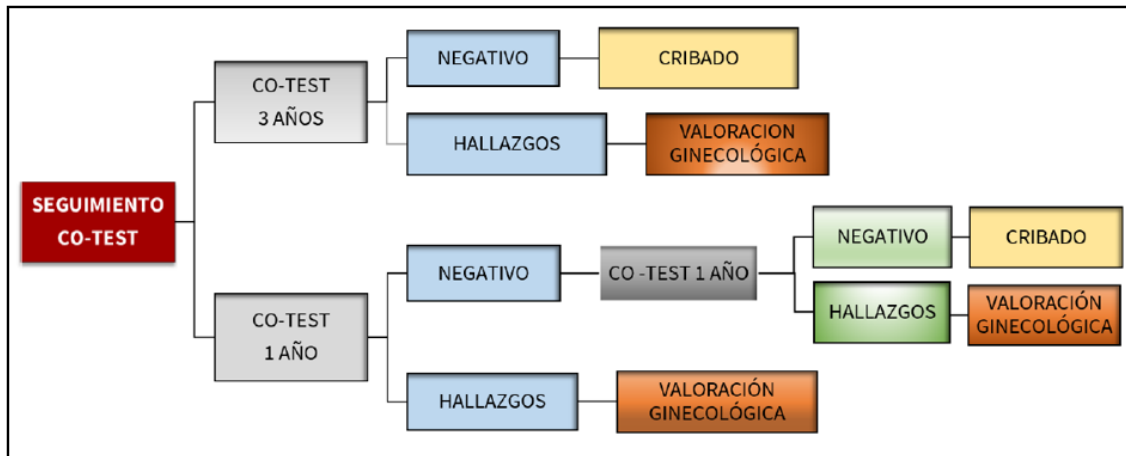
Continuidad de atención (*)

- Continúa seguimiento en consulta de ginecología dentro del cribado poblacional
- Continúa en cribado poblacional. Co-test en un año en atención primaria
- Continúa en cribado poblacional en atención primaria según edad
- Exclusión del cribado poblacional por seguimiento en consulta de ginecología por alto riesgo
- Exclusión del cribado poblacional por seguimiento en consulta de ginecología por diagnóstico de cáncer

ANEXO 4. ALGORITMOS UTILIZADOS POR EL SISTEMA DE CRIBADO (ANDALUCÍA).

Similares a las guías actuales.





BIBLIOGRAFÍA

2. Vidart JA, Cortes J. Prevención integral del cáncer de cuello uterino. RANM.[Internet]; 2019[Consultado 06 Ene 2025]; 136(03). Disponible en:https://analesranm.es/wpcontent/uploads/2019/numero_136_03/pdfs/ar136-rev09.pdf<http://www.nursingworld.org>.
3. Cortes J, Vidart JA, Forteza A, Cordoba O. El cribado del cáncer de cérvix: Situación y propuestas. eISSN. [Internet] 2019 [06 Ene 2025]; 34(3): 25-29. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo_codigo=7085317.
4. Ordi J. El cribado del cáncer de cérvix en España: perspectiva histórica, situación actual y recomendaciones de futuro. Revista Española de Patología. 2022. 55 (1) 1-3. Doi: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-patologia-297-articulo-el-cribado-del-cancer-cervix-S1699885521000660>.
5. Cerda Mora T. Programas de cribado: Características y condiciones para su puesta en marcha. Medicine. [Internet]. 2003 [Consultado 05 Ene 2025];118(8). 6312-6317.
6. Delgado Rodriguez, M. Aspectos generales del cribado. En: García Gracia A. Implantación y evaluación de programas poblacionales de cribado. EMISA. 2006. 9-27.
7. Aboal Viñas JA, Cerda Mota T, Espinas Piñol JA. Bases para la implantación y desarrollo de un programa de cribado. En: García Gracia A. Implantación y evaluación de programas poblacionales de cribado. EMISA. 2006. 19-47.
8. Ministerio de Sanidad y Política Social. Documento marco sobre cribado poblacional. 177ª Comisión de Salud Pública, 15 Dic 2010.
9. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
10. Sociedad Española de Oncología Médica. Situación del Cribado del cáncer de Cérvix en España. <https://seom.org/publicaciones/generales/210423-documentos-seom-sobre-el-estado-actual-del-cribado-de-cervix-colon-y-mama> Accedido 15 Enero 2025.
11. Asociación Española Contra el Cáncer. Cáncer de cérvix. <https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-cuello-uterino-cervix>. Accedido 15 de Enero de 2025.
12. AEPPCC-Guía: Prevención secundaria del cáncer de cuello de útero, 2022. Conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado. Coordinador: Torné A. Secretaria: del Pino M. Autores: Torné A; Andía, D;

- Bruni L; Centeno C; Coronado P; Cruz Quílez J; de la Fuente J; de Sanjosé S; Granados R; Ibáñez R; Lloveras B; Lubrano A Matías Guiu X; Medina N; Ordi J; Ramírez M; del Pino M.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Programas de Cribado de cancer.[Internet]. [Consultado 12 Dic 2024]. Disponible en:www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoCancer/home.htm
 14. Chrysostomou AC, Stylianou DC, Constantinidou A, Kostrikis LG. Cervical Cancer Screening Programs in Europe: The Transition Towards HPV Vaccination and Population-Based HPV Testing. *Viruses*. 2018 Dec 19;10(12):729. doi: 10.3390/v10120729. PMID: 30572620; PMCID: PMC6315375.
 15. Pimple SA, Mishra GA. Global strategies for cervical cancer prevention and screening. *Minerva Ginecol*. 2019 Aug;71(4):313-320. doi: 10.23736/S0026-4784.19.04397-1. Epub 2019 Feb 22. PMID: 30808155.
 16. Grupo de trabajo de Cribado de Cáncer de Cérvix de la Ponencia de Cribado Poblacional de la Comisión de Salud Pública. Documento de consenso sobre la modificación del Programa de Cribado de Cáncer de Cérvix. Adaptación de la edad de inicio del cribado primario con prueba VPH y de la del cribado en cohortes vacunadas. Ministerio de Sanidad, 2023.
 17. Ponencia de Cribado Poblacional de la Comisión de Salud Pública. Estado de situación del cribado de cáncer de cérvix en España. Año 2023-2024. Ministerio de Sanidad, 2024.
 18. Consejería de Salud y Consumo. Servicio Andaluz de Salud. Implantación del cribado poblacional de cáncer de Cuello de Utero (PDPCCU) en Andalucía. Junio 2024. Disponible en: <https://sagoandalucia.com/docs/implantacionDelCribado.pdf>
 19. Consejería de Salud y Consumo. Servicio Andaluz de Salud. Implantación del cribado poblacional de cáncer de Cuello de Utero (PDPCCU) en Andalucía. Anexos. Marzo 2024. Disponible en: <https://sagoandalucia.com/docs/anexosImplantaciondelCribado.pdf>
 20. Servicio Andaluz de Salud. Consulta de toma de muestras en atención primaria. [Consultado 10 Ene 2025]. Disponible en:<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/dirayabierto/diraya-por-procesos/programa-deteccion-precoz-de-cancer-de-cuello-de-utero-pdpccu>

21. Servicio Andaluz de Salud. Comunicación de resultados de las pruebas de cribado. [Consultado 10 Ene 2025]. Disponible en:<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/dirayabierto/diraya-por-procesos/programa-deteccion-precoz-de-cancer-de-cuello-de-utero-pdpccu>
22. Servicio Andaluz de Salud. Valoración y seguimiento en Ginecología. [Consultado 10 Ene 2025]. Disponible en:<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/dirayabierto/diraya-por-procesos/programa-deteccion-precoz-de-cancer-de-cuello-de-utero-pdpccu>
23. Pedrero C. Módulo 2 Prevención secundaria. Del Cribado Oportunista al poblacional. ¿Cuándo Citología y cuando tipaje? I Curso Online. Conectados por el cribado. De la teoría a la práctica. Octubre 2024.
24. Sanjose Llongueras S. Sesión 2. Actualización AEPCC-Guía de Cribado del Cáncer de Cérvix 2025. Presentación de la Guía. Sevilla. XXXVI Congreso de la AEPCC 2024.
25. Ramirez Mena, M. Sesión 2. Actualización AEPCC-Guía de Cribado del Cáncer de Cérvix 2025. Novedades en las estrategias de cribado. Sevilla. XXXVI Congreso de la AEPCC 2024.
26. Mireia Diaz, David Moriña, Vanesa Rodríguez-Salés, Raquel Ibáñez, Josep Alfons Espinás, Silvia de Sanjosé, Moving towards an organized cervical cancer screening: costs and impact, *European Journal of Public Health*, Volume 28, Issue 6, December 2018, Pages 1132–1138, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky061>
27. Cabrera Saca SN, Linares García AL, Martínez Meléndez JE, Abullarade Navarrete EJ. Autotoma para detección de VPH comparada con muestra convencional en el tamizaje de cáncer cervicouterino. *Alerta*. 2022;5(1):81-87. DOI: 10.5377/alerta.v5i1.12806
28. Matas Barceló I. Sesión 13. Novedades en Patología Anal premaligna. Cribado de lesiones premalignas anales. Sevilla. XXXVI Congreso de la AEPCC 2024.
29. Serrano B, Ibáñez R, Robles C, Peremiquel-Trillas P, de Sanjosé S, Bruni L. Worldwide use of HPV self-sampling for cervical cancer screening. *Prev Med*. 2022 Jan;154:106900. doi: 10.1016/j.ypmed.2021.106900. Epub 2021 Nov 30. PMID: 34861338.
30. Daponte N, Valasoulis G, Michail G, Magaliou I, Daponte AI, Garas A, Grivea I, Bogdanos DP, Daponte A. HPV-Based Self-Sampling in Cervical Cancer Screening: An Updated Review of the Current Evidence in the Literature.

- Cancers (Basel). 2023 Mar 8;15(6):1669. doi: 10.3390/cancers15061669. PMID: 36980555; PMCID: PMC10046242.
31. Brousseau EC, Ahn S, Matteson KA. Cervical Cancer Screening Access, Outcomes, and Prevalence of Dysplasia in Correctional Facilities: A Systematic Review. *J Womens Health (Larchmt)*. 2019 Dec;28(12):1661-1669. doi: 10.1089/jwh.2018.7440. Epub 2019 Apr 2. PMID: 30939063; PMCID: PMC6919241.
32. Cabezas Palacios, MN. Guía Asistencial de La Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia. Lesiones del canal Anal. Julio 2023.
33. Stier EA, Clarke MA, Deshmukh AA, Wentzensen N, Liu Y, Poynten IM, Cavallari EN, Fink V, Barroso LF, Clifford GM, Cuming T, Goldstone SE, Hillman RJ, Rosa-Cunha I, La Rosa L, Palefsky JM, Plotzker R, Roberts JM, Jay N. International Anal Neoplasia Society's consensus guidelines for anal cancer screening. *Int J Cancer*. 2024 May 15;154(10):1694-1702. doi: 10.1002/ijc.34850. Epub 2024 Jan 31. PMID: 38297406.