

Guía Programática Abreviada para el tamizaje de **CÁNCER CERVICOUTERINO**

Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino



Guía Programática Abreviada
para el tamizaje de
CÁNCER CERVICOUTERINO

Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino

A U T O R I D A D E S

SRA. PRESIDENTA DE LA NACIÓN

DRA. CRISTINA FERNÁNDEZ DE KIRCHNER

SR. MINISTRO DE SALUD DE LA NACIÓN

DR. JUAN LUIS MANZUR

SR. SECRETARIO DE PROMOCIÓN Y PROGRAMAS SANITARIOS

DR. JAIME LAZOVSKI

SUBSECRETARIO DE SALUD COMUNITARIA

DR. GUILLERMO GONZÁLEZ PRIETO

DIRECTORA DE MEDICINA COMUNITARIA

DRA. SILVIA BÁEZ ROCHA

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO

COORDINADORA EJECUTIVA

DRA. ROSA LAUDI

COORDINADORA CIENTÍFICA

DRA. SILVINA ARROSSI

Guía Programática Abreviada para el tamizaje de Cáncer Cervicouterino

La presente guía presenta los lineamientos científicos que sustentan la organización del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino.

Sólo a través de un trabajo coordinado basado en la evidencia científica, con objetivos y criterios comunes entre los diferentes profesionales involucrados en la prevención del cáncer cervicouterino es posible detectar a las mujeres con mayor riesgo de padecer cáncer cervicouterino y reducir la incidencia y la mortalidad por dicha enfermedad.

¿QUÉ SIGNIFICA TAMIZAJE?

El tamizaje no es un testeo para detectar cáncer. Es un **método de prevención** que consiste en detectar dentro de una población sin síntomas, lesiones precancerosas que si no se tratan pueden transformarse en cáncer.

¿QUÉ ES EL PAP?

El test de Papanicolaou, conocido como Pap, es un método sencillo de tamizaje que permite detectar anomalías celulares en el cuello del útero. Se extrae una muestra de células tomadas del cuello del útero, y se fija en un vidrio que es transportado a un laboratorio, donde es evaluado bajo el microscopio.

HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO

Diferentes estudios han comprobado que la infección por el Virus Papiloma Humano (VPH) es causa necesaria del cáncer cérvico-uterino¹. Se ha demostrado una asociación de más del 99% entre el VPH y el cáncer de cuello de útero².

La infección por VPH es muy común en mujeres sexualmente activas, afecta entre el 50 y el 80% de las mujeres al menos una vez en su vida. La principal vía de infección es la transmisión sexual y no se ha comprobado la eficacia del preser-

vativo como método de prevención, ya que el virus puede ubicarse en los genitales internos y externos, incluidas las zonas que no están protegidas por el preservativo.

Actualmente se han identificado más de 100 tipos de VPH, de los cuales 40 afectan el tracto anogenital femenino y masculino. De estos 40, alrededor de 15 son considerados de alto *riesgo oncogénico*; entre ellos, los más comunes son los VPH 16 y 18, responsables de aproximadamente el 70% de los casos de cáncer

cérvico-uterino en todo el mundo, seguidos por los VPH 31 y 45³.

Los VPH que infectan el tracto anogenital han sido subdivididos en dos grupos en base a su *potencial oncogénico*:

Tabla: Tipo de VPH según riesgo oncogénico.

Grupo	Tipo de VPH
16-18-31-33-35-39-45-51-52-56-58-59	Grupo de alto riesgo
26-53-66-68-73-82	Probable grupo de alto riesgo
6-11-40-42-43-44-54-61-70-72-81	Grupo de bajo riesgo

Fuente: Muñoz et al. 2006.

Los VPH *de bajo riesgo* están comúnmente presentes en las lesiones benignas (condilomas y neoplasias intraepiteliales de bajo grado), con mínimo riesgo de progresión maligna. Contrariamente, los VPH *de alto riesgo* se encuentran en lesiones benignas y de bajo grado, pero tienen casi la exclusividad en las lesiones malignas.

te activa. En ellas se estima hasta un 50% de positividad para ADN de VPH. En la mayoría de los casos se trata de infecciones *transitorias*, autolimitadas y sin consecuencias oncopatogénicas.

La infección por VPH, aún con tipos *de alto riesgo*, es muy frecuente en la población joven sexualmen-

La infección de cuello uterino por el VPH *de alto riesgo* puede producir una displasia (alteraciones en las células cervicales). Es bastante frecuente que el VPH provoque displasias de grado bajo tras meses o años de ocurrida la infección.

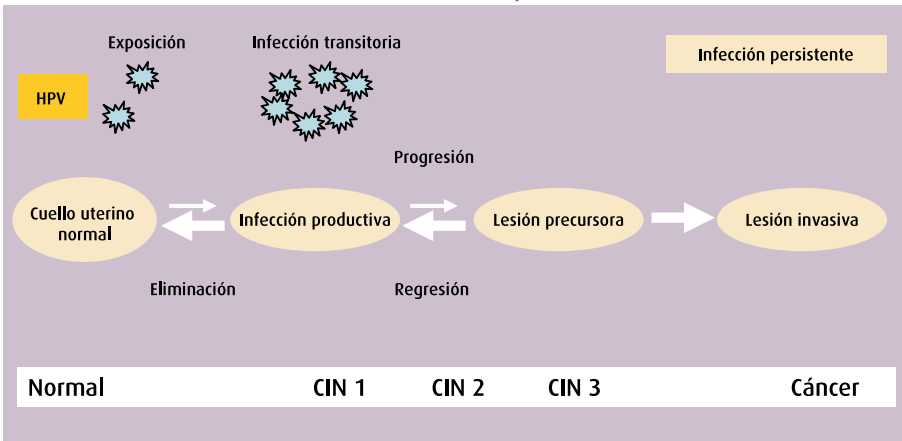
La mayoría de las **lesiones de bajo grado** experimentan una regresión o no progresan, especialmente en las mujeres más jóvenes portadoras de infecciones *transitorias*. Esto sucede cuando los mecanismos de defensa del organismo erradican el virus. Se estima que el 5% de las mujeres infectadas con VPH de alto riesgo contraen infecciones persistentes⁵.

Las **lesiones de alto grado**, son menos comunes y pueden surgir tanto por una progresión de

las displasias de bajo grado, o directamente de la infección persistente por VPH. Algunas de estas lesiones de alto grado progresan a carcinoma invasor, y otras pueden regresar, especialmente si se trata de mujeres jóvenes².

El tiempo de evolución de una displasia hacia un carcinoma de cuello uterino es de entre 10 y 20 años, lo que hace que el cáncer cérvico-uterino sea una enfermedad relativamente fácil de prevenir, y es la razón fundamental del tamizaje⁶.

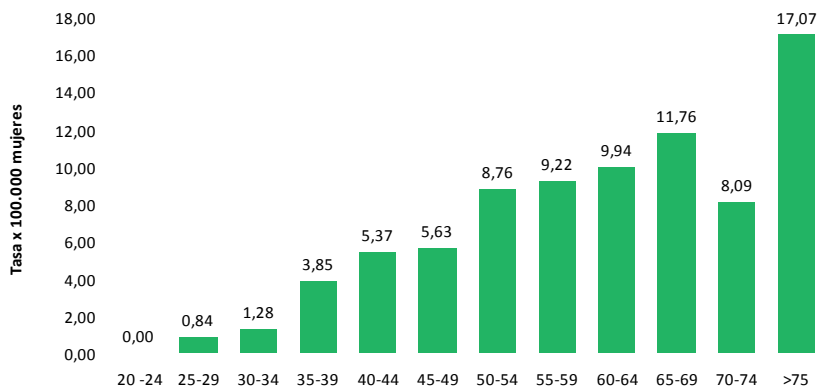
Historia natural de las anomalías preclínicas del cuello uterino



Fuente: adaptado de IARC 2005.

En Argentina, cada año se diagnostican alrededor de 4.000 casos nuevos de cáncer de cuello de útero y mueren aproximadamente 1.800 mujeres a causa de la enfermedad. El 82% de las muertes ocurre en mujeres mayores de 40 años.

Argentina. Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino, por grupo de edad (x100.000). 2009



Fuente: Elaboración propia en base datos proporcionados por la DEIS - MSAL

POBLACIÓN OBJETIVO Y FRECUENCIA RECOMENDADA

La población objetivo del Programa Nacional son las mujeres entre 35 y 64 años.

La evidencia científica indica que el cáncer cervicouterino se desarrolla con mayor frecuencia en las mujeres a partir de los 40 años, llegando a un pico alrededor de los 50 años. La incidencia de cáncer invasor de cuello uterino es muy baja en las mujeres menores de 25 años. La Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP) recomienda centrar el tamizaje en aquellas mujeres que tienen mayor riesgo de sufrir lesiones precancerosas pero antes de que la incidencia de cáncer invasor comience a alcanzar un valor máximo⁷.

Existe suficiente evidencia científica de que el tamizaje de las lesiones precursoras del cáncer cervical entre los 35 y 64 años mediante la citología convencional en un programa de alta calidad reduce

la incidencia del cáncer cervical en un 80% o más. En las mujeres menores de 35 años el tamizaje tiene menor impacto².

Un concepto fundamental para la determinación de la edad de la población objetivo es que si los recursos son limitados, el tamizaje deberá concentrarse en las mujeres entre 35 y 40 años; las mujeres menores de 35 años deberían tamizarse una vez que el grupo de alto riesgo está cubierto.

La recomendación de la Agencia Internacional de Investigaciones contra el Cáncer (IARC) es no tamizar a las mujeres de menos de 25 años, ya que la frecuencia de cáncer cervical en mujeres jóvenes es baja, mientras que los costos pueden ser elevados tanto para la salud de las mujeres (debido a la alta prevalencia de lesiones preclínicas en este grupo de edad, muchas de las cuáles van a involucionar espontáneamente), como para el sistema de salud pública. Los posibles efec-

tos adversos del tratamiento (infertilidad, parto prematuro, bajo peso al nacer, mortalidad perinatal) así como las consecuencias psicológicas del tamizaje (ansiedad, angustia), pueden evitarse en las mujeres más jóvenes.

Aquellas lesiones que persistan en el tiempo podrán detectarse posteriormente, debido a la historia natural de la enfermedad que evidencia una lenta progresión de las células anormales hasta el cáncer (aproximadamente 10 años).

La frecuencia recomendada por el Programa Nacional es la realización de un Pap cada 3 años luego de dos Paps anuales consecutivos negativos.

La frecuencia de realización del tamizaje depende de cuestiones ligadas a la efectividad comparativa de cada intervalo de frecuencia y a los recursos disponibles. Un estudio colaborativo llevado a cabo por la IARC en ocho países mostró que poco se gana en eficiencia con el tamizaje anual comparado con el tamizaje cada dos o tres años.

Frecuencia de tamizaje	% de reducción de la tasa de incidencia acumulada	Cantidad de tests
Anual	93,5	30
Cada 2 años	92,5	15
Cada 3 años	90,8	10
Cada 5 años	83,6	6
10 años	64,1	3

Fuente: IARC 2005.

Cuadro 1. Reducción porcentual en la tasa acumulada de cáncer de cuello uterino en el rango de edad 35-64 años, con diferentes frecuencias de tamizaje.

Se considera que la alta cobertura de las mujeres con mayor riesgo de desarrollar la enfermedad es el principal mecanismo para aumentar el impacto cuantitativo del tamizaje, y una estrategia más costo-efectiva que el aumento de la frecuencia.

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO

Un programa organizado de prevención basado en el tamizaje

Un programa organizado de prevención de cáncer de cuello de útero es un sistema integrado en el cual las mujeres acceden al tamizaje no sólo de forma oportunística, sino que son invitadas por medio de estrategias de búsqueda activa, reciben y comprenden los resultados, son derivadas para tratamiento si es necesario, y vuelven para repetir el tamizaje según está indicado en las pautas programáticas.

El Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino tiene como objetivo fortalecer los programas provinciales a partir del establecimiento de una estrategia de prevención organizada que unifique los criterios de acción a la vez que contemple las necesidades particulares de cada provincia.

La experiencia de los países desarrollados indica que es posible prevenir hasta en un 80% la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello de útero a través de programas organizados de prevención ^{8,9,10}.

¿Cuándo se relanzó el Programa Nacional?

Durante el año 2007, en el marco del Proyecto de Mejoramiento del Programa de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina financiado por la Organización Panamericana de la Salud, se realizó un diagnóstico de base acerca de la situación del cáncer cervicouterino en la Argentina.

En Junio de 2008 se relanza El Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino . Actualmente dicho Programa depende de la Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación.

¿Cómo está organizado el Programa Nacional?

El equipo del Programa Nacional trabaja en articulación con los referentes de los programas provinciales para el fortalecimiento de las acciones para la prevención del cáncer cervicouterino en las provincias.

En una primera fase (2008-2011) se están fortaleciendo los Programas de Prevención de Cáncer Cervicouterino de las cinco provincias con mayor tasa de mortalidad por esta enfermedad, definidas como las "Provincias Prioritarias": Chaco, Jujuy, Misiones, Salta y Formosa.

Entre las actividades del Programa

Nacional se encuentran la provisión de insumos y equipamiento para la toma y lectura de PAPs, la producción de materiales educativos para la población y para los profesionales, la realización de actividades de capacitación, actividades de monitoreo y evaluación, diseño de un sistema de información unificado, y la realización de controles de calidad.

Objetivos y metas del Programa Nacional

El **objetivo final** del Programa es la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino en la Argentina. Las **metas** son:

Meta de cobertura	Meta de calidad de lectura de citología
Lograr para el año 2011 una cobertura del 60% de al menos una citología para cada mujer entre 35 y 64 años en las 5 provincias definidas como prioritarias.	Asegurar para el año 2011 que los laboratorios de hospitales públicos de las provincias prioritarias incorporen mecanismos de control de calidad internos y hayan realizado por lo menos un control de calidad externo.
Meta de calidad de la toma	Meta de seguimiento y tratamiento de lesiones precancerosas y cáncer
Garantizar para el año 2011 en las provincias prioritarias que todos los efectores de salud involucrados en la toma de Paps hayan recibido capacitación teórica y práctica.	Lograr para el año 2011 que el 100% de las mujeres con lesiones de alto grado hayan recibido tratamiento efectivo dentro de los 6 meses después del diagnóstico.

LA TOMA DEL PAP

El PAP puede realizarse en cualquier establecimiento de salud que cuente con los insumos básicos para la obtención de la muestra, sea éste un centro de atención primaria de la salud o un hospital de mayor nivel de complejidad. Así, es posible descentralizar la toma de PAPs, para favorecer un mejor acceso al tamizaje de toda la población objetivo.

El personal encargado de realizar la toma debe ser personal debidamente capacitado y entrenado en la técnica de la toma del PAP. Se pueden capacitar para realizar esta tarea:

- Médico/as ginecólogo/as y obstetras
- Médicos generalistas o de familia
- Otros profesionales médicos
- Obstétricas /parteras
- Enfermeros/as
- Agentes sanitarios

En el momento de la obtención de la muestra, es importante que el tomador de PAP asegure la intimidad en el consultorio y promueva un vínculo de confianza para minimizar el miedo y el pudor que le genera a la mujer la exposición durante la toma del PAP.

Una vez realizada la práctica, se debe asegurar el mecanismo de traslado a fin de que las muestras lleguen en tiempo y forma a los laboratorios encargados de la lectura de la citología.

IMPORTANTE – TOMA DE PAP Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS -

En los criterios médicos de elegibilidad establecidos por la Organización Mundial de la Salud para iniciar el uso de métodos anticonceptivos, no se exige la toma de PAP como requisito para recibir un método.

En ningún caso, la toma de PAP debiera ser una barrera para recibir métodos anticonceptivos. ¹¹

LA LECTURA DE LA CITOLOGÍA

Los laboratorios de citología son los encargados de la interpretación de las muestras citológicas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹² sugiere que lo conveniente es que haya un profesional citotécnico que realice la primera observación microscópica de las láminas citológicas y el diagnóstico preliminar correspondiente. Luego el citopatólogo produce un diagnóstico definitivo. Es recomendable que el citopatólogo realice una revisión rápida de todos los extendidos negativos, y una revisión minuciosa de todos los anormales y positivos. A su vez, la utilización del Sistema Bethesda para la clasificación citológica permite unificar la nomenclatura para poder establecer comparaciones a nivel nacional e internacional (*Ver cuadro Sistema Bethesda en Anexo 1*)¹³.

Calidad de la citología

Basándose en la experiencia de los países con programas organizados,

la OMS ha establecido una serie de condiciones ideales para asegurar el máximo nivel de calidad en la lectura de los PAPS²:

- La mayor centralización posible del sistema de laboratorios citológicos.
- El establecimiento de un mínimo de 20.000 PAPS leídos por año para mantener un nivel adecuado de técnica de lectura (este número puede adecuarse a la realidad de cada Programa organizado).
- La existencia de normas de procedimiento claramente explicitadas en manuales o protocolos.
- La utilización de sistemas de información computarizados que permitan la integración de la información sobre la realización del PAP y biopsias, el diagnóstico, y el seguimiento y tratamiento de las mujeres.

- La entrega en tiempo adecuado de los resultados de la citología a los tomadores de PAPs. El tiempo desde que se recibe la muestra hasta que el resultado del PAP es entregado a la mujer no debe superar las 4 semanas.

Controles de calidad

Cada laboratorio debe desarrollar mecanismos internos de control de calidad. Estos se llevan a cabo de acuerdo a 3 metodologías:

Método basado en el re-screening de los extendidos

El Programa Nacional recomienda la revisión rápida (Rapid Review – RR - 30 a 120 segundos) de todos los extendidos que han sido reportados como negativos e insatisfactorios y la revisión cuidadosa de todos los extendidos marcados como sospechosos y positivos por el citotécnico. Ambos procedimientos deben ser realizados por el cito-patólogo responsable final del diagnóstico.

Método basado en indicadores de monitoreo

Se deben calcular los porcentajes de los diagnósticos citológicos de cada laboratorio en comparación con estándares nacionales e internacionales (1-5% de PAPs anormales, y menos del 10% de insatisfactorios) .

Método basado en la correlación cito-histológica

Cada laboratorio deberá comparar sus resultados citológicos anormales con los estudios histo-patológicos subsecuentes y determinar las causas de cualquier discrepancia si las hubiere. A su vez, se deberá revisar la historia citológica de todas las pacientes con diagnóstico histológico de cáncer.

El Programa Nacional recomienda la utilización combinada de los 3 métodos descriptos.

Por otro lado, deben existir **controles de calidad externos**, para monitorear el funcionamiento de los laboratorios y detectar errores que afectan a la calidad de la citología y al correcto seguimiento de las mujeres.

Existen diversas formas de realizar monitoreos externos:

- Revisión completa de una muestra de extendidos negativos y de todos los extendidos insatisfactorios y positivos por un laboratorio de referencia nacional.
- Evaluación de aptitud por medio de un examen de competencia aplicado a los profesionales que se desempeñan en el laboratorio según criterios definidos por un consejo de expertos.
- Otorgamiento de créditos por actividades de capacitación continua.

ENTREGA DE RESULTADOS

Es fundamental que todas las mujeres reciban los resultados de sus pruebas, sean éstos negativos o positivos. **Recibir el resultado del PAP es un derecho de todas las mujeres. Los efectores de salud deben garantizar que ese derecho se haga efectivo en un plazo no mayor a 4 semanas desde que se tomó la muestra. Se recomienda el uso de las siguientes estrategias que permitirán ubicar a las mujeres:**

- Anotar la dirección de la mujer y cualquier otra información que permita localizarla (con su consentimiento).
- Recalcar la importancia de volver a buscar el resultado ya sea en el momento de la orientación y luego de realizar el PAP.
- Disponer de un listado de todas las mujeres cuyos resultados sean anómalos, con una indicación de si la mujer recibió sus resultados, así como el seguimiento terapéutico recomendado.

SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE MUJERES CON CITOLOGÍA ANORMAL

Siguiendo las pautas establecidas por la OMS (2006) se recomienda el siguiente protocolo para el seguimiento de las mujeres con resultado de citología anormal:

Resultado de la citología	Acción a realizar
Insatisfactorio	repetir citología lo antes posible.
Negativo	repetir citología según norma nacional (frecuencia 1-1-3).
ASC-US	repetir citología en 6 meses o un año.
ASC-H	derivar para colposcopia y biopsia, y tratamiento si fuera necesario.
L-SIL	repetir citología en 6 meses o un año.
H-SIL	derivar para colposcopia y biopsia, y tratamiento si fuera necesario.
AGC o células malignas o AIS endocervical	derivar al hospital para mayor investigación y tratamiento.

Debe asegurarse el traslado de las mujeres con lesiones que requieren tratamiento a los centros especializados donde se realizan dichas prácticas.

Fuente: OMS 2006.

Para mayor información sobre la clasificación Bethesda ver página 26 de este documento.

¿Qué es la Colposcopia?

Es un examen que sirve para localizar mediante una lente de aumento las lesiones detectadas previamente con el PAP, para ser biopsiadas y diagnosticadas definitivamente.

¿Qué es la Biopsia?

Es un procedimiento mediante el cual, con una pinza de tipo sacabocado se extrae una pequeña muestra de tejido para ser analizada y confirmar el diagnóstico citológico.

La colposcopia y la biopsia deben realizarse en establecimientos de salud que cuentan con personal debidamente capacitado para la realización de esta práctica.

Tratamientos disponibles

Las opciones de tratamiento ambulatorio recomendadas son la crioterapia y la escisión electroquirúrgica con asa (LEEP).

La **crioterapia** es el método más sencillo y barato de tratamiento de las

lesiones precancerosas. No obstante, cuando la lesión resulta demasiado grande para la criosonda o afecta el conducto endocervical o cuando es necesario disponer de una pieza para el examen histológico, el tratamiento preferido es la **escisión electroquirúrgica con asa (LEEP)**. La efectividad de ambos métodos es comparable⁶.

Cuando no se reúnan las condiciones para aplicar los métodos ambulatorios o cuando no se disponga de dichos métodos se debe llevar a cabo una **conización con bisturí**.

Con independencia del método de tratamiento empleado, la paciente debe ser informada detalladamente acerca de lo que se hará. Se debe obtener el consentimiento informado antes de emprender el procedimiento⁶.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Un **sistema de monitoreo y evaluación** es esencial para determinar si un programa está cumpliendo con sus metas y objetivos, y para implementar las modificaciones que resulten necesarias.

Desde el Programa Nacional se ha diseñado un software adecuado para la **gestión** en los diferentes efectores que participan en la prevención del cáncer cervicouterino, a la vez que permite generar los indicadores de proceso y de resultados necesarios para el monitoreo y evaluación. El **Sistema de Información para el Tamizaje (SITAM 1.0)** permite llevar el registro de los procedimientos realizados por los centros de toma de muestras, laboratorios y unidades de tratamiento, facilitando el seguimiento de las mujeres en las distintas etapas del proceso de atención. Además, provee a todos los efectores información actualizada (por tener modalidad on-line), comparable (basada en criterios comunes), y con distintos grados de agregación (por provincia, departamento, laboratorio, unidad de toma de muestras), permitiendo el seguimiento de las mujeres y de cada servicio. Asimismo, simplifica la retroalimentación entre los distintos servicios

y unidades de coordinación, permitiendo detectar dificultades e implementar mejoras.

Algunos listados que genera el sistema son

PAPs con diagnósticos pendientes; mujeres con PAPs insatisfactorios para repetir la toma; mujeres diagnosticadas con lesiones de alto grado sin tratamiento; mujeres a ser citadas para la toma de un próximo PAP; PAPs sin entregar.

Algunas estadísticas que genera el sistema son

PAPs por categoría diagnóstica; PAPs realizados a mujeres en edad objetivo; PAPs de primera vez; producción por laboratorio; producción por citólogo.

Mayor información sobre el SITAM puede obtenerse en la página web del programa: <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/tamizaje.html>

Su diseño cuenta con un formato adaptable a los requerimientos del trabajo cotidiano, permitiendo la búsqueda de pacientes y la generación de listados y estadísticas, además de la confección de informes diagnósticos.

¿CÓMO AUMENTAR LA COBERTURA DE LAS MUJERES?

En nuestro país, el tamizaje se ha desarrollado principalmente de manera oportunística. Esto significa que las mujeres a las que se les realiza un PAP son generalmente aquellas que concurren espontáneamente a lo establecimientos de salud para realizar una consulta ginecológica.

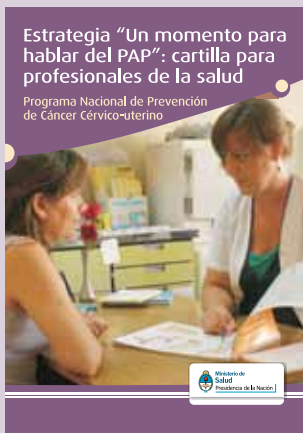
Sin embargo, está demostrado que el PAP oportunístico tiende a concentrarse en mujeres muy jóvenes, con acceso a los servicios de salud reproductiva, que son las que menos riesgo tienen de desarrollar cáncer de cuello de útero.

El Programa Nacional recomienda la implementación de un sistema de búsqueda activa para invitar a realizarse un PAP a las mujeres entre 35 y 64 años.

Para extender la cobertura de mujeres con mayor riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino, es necesario instalar un **sistema organizado de búsqueda activa** que permita contactar a aquellas mujeres que no acceden espontáneamente a los servicios de salud. La confección de censos o listados de mujeres en edad objetivo, las visitas a los hogares, la realización de talleres participativos con la comunidad, la elaboración y distribución de materiales de comunicación y educación adaptados a las características locales (folletos, afiches, cartillas, spots radiales, etc.), son, entre otras, estrategias que pueden implementar los profesionales de la salud para aumentar la participación de las mujeres en los programas de tamizaje.

Estrategia “Un momento para hablar del Pap”

El Programa Nacional de Prevención de Cáncer cervicouterino diseñó la estrategia “**Un momento para hablar del PAP**”, pensada para que cualquier profesional en las instituciones de salud, independientemente de su especialidad, pueda ser facilitador activo en la prevención del cáncer cervicouterino mediante la promoción del PAP entre aquellas mujeres de más edad que ya no tienen contacto con los servicios de maternidad o salud reproductiva, pero que sí tienen contacto con los establecimientos de salud para tratarse por otros problemas o para acompañar a la consulta a otros miembros de la familia. En un tiempo acotado, transmitiendo ideas sencillas, cualquier profesional que trabaja en un establecimiento de salud puede facilitar el acceso al PAP, estableciendo las derivaciones con los consultorios de ginecología o de toma de PAP.



Material educativo que acompaña esta estrategia.

Ambos materiales pueden descargarse en formato digital de nuestro sitio web.

UNA NUEVA TECNOLOGÍA PREVENTIVA: EL TEST DE VPH

En 2011 el Ministerio de Salud de la Nación ha incorporado el TEST DE VPH en el marco del proyecto demostración para la introducción de la prueba de VPH como tamizaje primario en la Argentina, implementado por el Instituto Nacional del Cáncer y el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino.

El test de VPH se ha incorporado a los servicios de salud de la provincia de Jujuy y progresivamente se implementará en los programas de tamizaje del resto de las provincias.

El test de VPH es una tecnología de biología molecular que detecta la presencia de ADN de 13 tipos de VPH de alto riesgo oncogénico (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, y 68) en las células del cuello del útero. Su efectividad para reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello de útero ha sido comprobada científicamente¹⁴, al igual que su sensibilidad de alrededor del 90%, superior a la del PAP¹⁵⁻¹⁶.

El test se ofrece a mujeres de 30 años¹⁷ y más. No se recomienda tamizar a mujeres menores de esa edad, porque si bien la infección por VPH es muy común en este grupo, en su mayoría son infecciones de tipo transitorio que podrán remitirse por sí solas¹⁸.

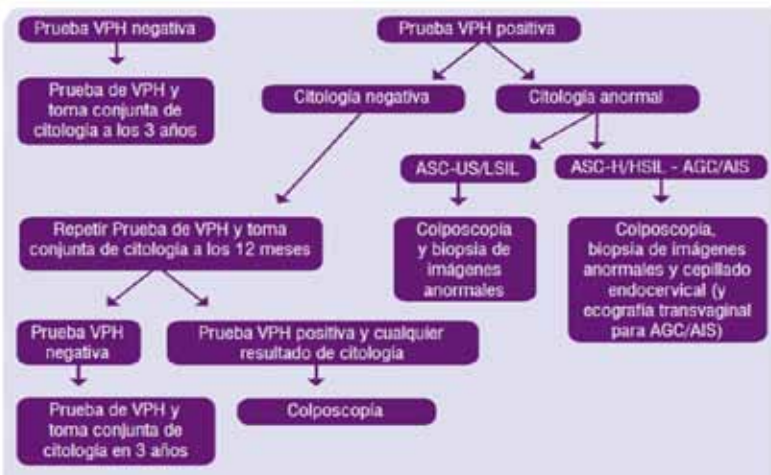
La toma de la muestra del test de VPH es similar a la del PAP, no produce dolor y es muy sencilla. Se usa un colector con un cepillo diseñado para ese fin.

Acerca de los resultados de la prueba de VPH-CH2

Un resultado negativo significa que no se ha identificado ADN de VPH de alto riesgo. Se recomienda volver a realizar el test a los 3 años. La posibilidad de espaciar el intervalo de tamizaje está dada por el alto valor predictivo negativo de la prueba, que permite confiar en que un resultado negativo significa con un alto margen de seguridad, que la mujer no desarrollará en los próximos años

5-7 años CIN 2/3. Un resultado positivo, indica la presencia de VPH de alto riesgo oncogénico en la mujer. Frente a un resultado positivo de VPH, se utilizará la citología como método de “triage”, es decir, para identificar aquellas mujeres con lesiones que necesitan ser diagnosticadas y tratadas. Si la citología es normal, se recomienda repetir la prueba del VPH a los 12 meses. Si la citología es anormal, se deberán realizar estudios diagnósticos y eventual tratamiento.

El siguiente cuadro presenta los algoritmos¹⁹ de seguimiento y tratamiento consensuados en la Argentina:



Fuente: Recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres para la prevención del cáncer cervicouterino en el marco de la incorporación de la prueba de VPH. Instituto Nacional del Cáncer (INC) y Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino, 2011.

LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH): COMPONENTE DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN

La incorporación en el año 2011 de la vacuna contra el VPH (Virus de Papiloma Humano) en el calendario oficial de vacunación constituye una oportunidad para el desarrollo de una estrategia integral de prevención, enfocada en la vacunación para las niñas de 11 años, y en el tamizaje por medio del PAP para las mujeres a partir de los 25 años. La vacuna es gratuita y obligatoria. Segura y eficaz, protege contra la

mayoría de los tipos circulantes de VPH que producen cáncer cervicouterino. Se administra con un esquema de 3 dosis para obtener una inmunidad adecuada (al mes de la primera aplicación se indica la segunda, luego de los seis meses de la primera dosis, se aplica la tercera y última dosis). Es sumamente importante completar las 3 dosis para garantizar la efectividad de la vacuna.

VACUNA CONTRA EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO

<http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes/185-vph>



Línea gratuita para realizar consultas sobre
la vacuna de VPH: 0800 222 1002

CONTACTO

Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino

Dra. Rosa Laudi

Coordinación Ejecutiva

Dra. Silvina Arrossi

Coordinación Científica

Tel: 4342-3470 int 115 o 116

Pag. Web: <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/>

Miembros del Consejo Asesor

Dr. Escoto, Luis Roberto

OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la OMS)

Lic. Faur, Eleonor

UNFPA (Fondo de Población de Naciones Unidas en Argentina)

Dr. Gueglio, Ricardo J.

Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia

Dra. Moreira, Marcia

OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la OMS)

Dr. Moreno, Adrián

SAC (Sociedad Argentina de Citología) – Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas

Dr. Mural, Juan

Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas

Dra. Picconi, María Alejandra

Instituto Dr. Carlos G. Malbrán

Dra. Roth, Berta

Instituto de Oncología Ángel H. Roffo

Dra. Vighi, Susana

Hospital de Clínicas José de San Martín

REFERENCIAS

- (1) Bosch FX, Lorincz A, Munoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002.
- (2) IARC. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Volume 10, Cervix Cancer Screening, IARC Press, Lyon, 2005.
- (3) Castellsagué X, Díaz M, de Sanjosé S, Muñoz N, Herrero R, Franceschi P, Rosanna, Peeling R.W, Ashley R, Smith J.S, Snijders P.J. F, Chris, Meijer C, F, Bosch. Worldwide Human Papillomavirus Etiology of Cervical Adenocarcinoma and Its Cofactors: Implications for Screening and Prevention For the International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group. 2006.
- (4) Matos E, Loria D, Amestoy G, Herrera L, Prince M, Moreno J, Krunflly C, Van den Brule A, Meijer C, Muñoz N, Herrero R y Grupo de colaboradores del Proyecto Concordia. Prevalence of Human Papillomavirus Infection Among women in Concordia, Argentina. A Population –Based Study Sexually Transmitted Diseases. 2003.
- (5) Moscicki AB, Schiffman M, Kjaer S, Villa LL. Updating the natural history of HPV and anogenital cancer. *Vaccine*. 2006 Aug 31;24 Suppl 3:S3/42-51).
- (6) WHO (World Health Organization), Comprehensive Cancer Control. A guide to essential practice, WHO, Ginebra, 2006.
- (7) ACCP (Alliance for Cervical Cancer Prevention). Planificación y aplicación de los programas de prevención y control del cáncer cérvico-uterino: Manual para gestores. 2004.
- (8) Anderson G. H., Boyes D. A., Benedet J. L., Le Riche J. C., Maticic J. P., Suen K. C., Worth A. J., Millner A., Bennett O. M., "Organization and results of the cervical cytology screening programme in British Columbia, 1955-85", *British Medical Journal (Clin Res Ed)*. 1988, 296 (6627): 975-978.
- (9) Anttila A. y Nieminen P, "Cervical cancer screening programme in Finland", *European Journal of Cancer*, 2000, 36 (17):2209-2214.
- (10) Devesa S. S., Young J. L., Brinton L. A., Fraumeni J. F., "Recent Trends in Cervix Uteri Cancer", *Cancer*, 1989, 64(10): 2184-2190.
- (11) OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos. Tercera edición. Año 2005.
- (12) OPS – OMS. Manual de Procedimientos del Laboratorio de Citología. 2002.
- (13) European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening – Second Edition. 2008.
- (14) Sankaranarayanan, R., Chatterji, R., Shastri, S.S., Wesley, R S., Basu, P., Mahé, C., Muwonge, R., Seigneurin, D., Somanathan, T., Roy, C., Kelkar, R., Chinoy, R., Dinshaw, K., Mandal, R., Amin, G., Goswami, S., Pal, S., Patil, S., Dhakad, N., Frappart, L. & Fontanière, B. for the IARC Multicentre Study Group on Cervical Cancer Prevention in India (2004b) Accuracy of human papillomavirus testing in primary screening of cervical neoplastic. Results from a multicentre study in India. *Int. J. Cancer*, 112, 341–347.
- (15) IARC. (2005) IARC Handbooks of Cancer Prevention, Volume 10, Cervix Cancer Screening, IARC Press, Lyon.
- (16) Cuzick, J., Arbyn, M., Sankaranarayanan, R., Tsu, V., Ronco, G., Mayrand, M.E., Dillner, J., Meijer, C., (2008). Overview of Human Papillomavirus-Based and Other Novel Options for Cervical Cancer Screening in Developed and Developing Countries. *Vaccine*; K29-K4.
- (17) IARC. (2005) IARC Handbooks of Cancer Prevention, Volume 10, Cervix Cancer Screening, IARC Press, Lyon.
- (18) Cuzick, J., Arbyn, M., Sankaranarayanan, R., Tsu, V., Ronco, G., Mayrand, M.E., Dillner, J., Meijer, C., (2008). Overview of Human Papillomavirus-Based and Other Novel Options for Cervical Cancer Screening in Developed and Developing Countries. *Vaccine*; K29-K4.
- (19) Algoritmos elaborados por el Instituto Nacional del Cáncer y el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino y consensuados con las siguientes Sociedades Científicas: Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia /FASGO); Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA); Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ); Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia (SAPTGLyC); Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Jujuy; Sociedad Argentina de Citología (SAC); Sociedad Argentina de Patología (SAP).

ANEXO 1 - SISTEMA BETHESDA 2001 (resumido)

Adecuación a la muestra

- Satisfactoria para la evaluación
- No satisfactoria para la evaluación
 - Muestra rechazada*
 - Muestra analizada pero insatisfactoria*

Categorización general

- Negativo para lesión intraepitelial o malignidad
- Anormalidad celular epitelial
- Otro

Interpretación / resultado

- Negativo para lesión intraepitelial o malignidad

Microorganismos: Tricomonas, Cándida, cambios en la flora sugestivos de vaginosis, Actinomyces, imágenes celulares propias de infección por herpes simple. Otros hallazgos no-neoplásicos: cambios reactivos por inflamación, radiación o DIU, atrofia.

- Anormalidades celulares epiteliales

Células escamosas

*Células escamosas atípicas
de significado incierto (ASC-US)
no se puede excluir lesión alto grado (ASC-H)
Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (L-SIL)
Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (H-SIL)
Carcinoma de células escamosas*

Células glandulares

*Células glandulares atípicas (especificar endometriales, endocervicales o no especificadas)
Células glandulares atípicas probablemente neoplásicas
Adenocarcinoma endocervical in situ
Adenocarcinoma*

Otras

Células endometriales en mujeres de 40 o más años.

Fuente: OMS 2006, IARC 2005

Guía Programática Abreviada para el tamizaje de

CÁNCER CERVICOUTERINO

Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino

Enero 2014

