



CONCLUSIONES DE LA MESA LAS REVISIONES GINECOLÓGICAS A DEBATE

Del debate desarrollado a partir de la mesa de revisiones ginecológicas, durante el seminario y a posteriori, se ha podido elaborar una propuesta de protocolo de detección precoz de cáncer de cérvix, que consideramos suficientemente consensuada (no así en relación a la detección precoz de cáncer de mama), por lo que la publicamos en estas páginas en líneas generales:

PROPUESTA DE PROTOCOLO DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CÉRVIX

Las soluciones aportadas se enmarcan en las técnicas, fármacos y estrategias diagnósticas con las suficientes garantías de calidad y de cumplimiento de requisitos de seguridad para poder ser recomendadas a mujeres sanas. Pruebas sensibles, con Valor Predictivo positivo alto, a un

coste asumible, dentro de programas organizados y que se puedan evaluar.

1. PAUTAS Y COMENTARIOS

1.1. Pautas según grupo de población y temporalidad:

- a) Realizar la primera citología cervico-vaginal a partir de los 25 años (y no tras la primera relación sexual con penetración). Se considera que hacen falta al menos tres años para que se muestre el agente causal. (Recomendación DOUE de 16/12/2003: El cribado de citología cervico-vaginal para los precursores del cáncer de cuello de útero que debe empezar no antes de los 20 años de edad y a más tardar a los 30 años, periodicidad cada 3 a 5 años).
- b) Realizar con una periodicidad anual tres pruebas y a la tercera negativa pasar a una revisión citológica cada tres años.
- c) A las mujeres menores de 20 años sólo se debería ofrecer la realización de la prueba a aquellas en las que se identifiquen factores de riesgo de especial relevancia.
- d) La realización de la prueba puede interrumpirse a los 65 años si en los últimos 10 años la mujer ha tenido dos frotis consecutivos con resultados negativos o normales
- e) Utilizar la clasificación anatomopatológica de Bethesda en la que se evidencia que muchas de las lesiones no evolucionarán nunca a cáncer
- f) Añadir el Test del Virus del Papiloma humano (HPV) en mujeres que:
 - Presenten uno o más factores de riesgo:
 - Mujer que sea o haya sido sexualmente activa (el riesgo aumenta en función del número de parejas sexuales propias de su compañera y con la precocidad de las relaciones sexuales).
 - Infecciones genitales repetidas
 - Verrugas genitales
 - Situaciones de inmunodepresión como el SIDA
 - Alta paridad (con 7 embarazos o más, o abortos, se tiene un riesgo 4 veces mayor

que las nulíparas)

- Uso de anticonceptivos hormonales orales (a las mujeres que los han usado por 10 años o más tienen un riesgo de 4 veces mayor a las que no los han usado)
 - Mujeres mayores sin citologías anteriores o con resultados de citologías ambiguas,
 - Personas con dificultad de controles regulares
 - Parejas de personas VIH (+).
 - g) A las mujeres histerectomizadas por una enfermedad benigna, si tienen cérvix restante, seguirán el mismo protocolo que el resto de la población. A las que no tengan cérvix se les realizará citología sólo si tienen riesgo de VIN (Neoplasia Intraepitelial Vaginal)
 - h) Tras el parto o cesárea sólo se realizará estudio citológico a las mujeres cuando cumplan los criterios de inclusión y hayan transcurrido tres años desde la última toma si el resultado fue normal o benigno.
- 1.2. Comentarios:
- La citología cervico-vaginal realizada con el Test de Papanicolaou se muestra como la mejor prueba de detección precoz del cáncer de cérvix que existe a disposición de todas las mujeres. Sensibilidad entre 30 y 50%, Especificidad del 98% y Prevalencia de lesiones histológicas entre 10 y 19%. (Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea). Otras técnicas utilizadas para la detección precoz del cáncer de cérvix, como la vacunación para algunos serotipos del HPV, están en experimentación.
 - Las dificultades para realizar las citologías provienen de la falta de captación de la población de mayor riesgo, insuficiente garantía de calidad en el proceso (60% de las muestras están escasas de células exfoliadas y 40% de pruebas de interpretación subjetiva).
 - La incidencia y Mortalidad son bajas pero evitables con la realización del cribado.
 - El VPH tiene alta prevalencia pero regresa en un porcentaje muy elevado.
 - La primera elección es informar

a las mujeres sobre los riesgos de infección genital, y riesgos de las enfermedades de transmisión sexual. Se ha avanzado en la fisiopatología del cáncer de cérvix, actualmente se conocen mejor los cambios de los factores de riesgo de enfermar como el mantener relaciones sexuales sin protección, el tabaco, y la vinculación de las lesiones cancerosas con la infección previa y repetida por el virus de Papiloma humano, considerada necesaria pero no suficiente (según la OMS, algunos serotipos del HPV están relacionados con el cáncer de cérvix: 16, 18, 31, 33 y 51).

2. CONDICIONES DE LA PRUEBA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CANCER DE CERVIX:

2.1. Captación:

- Se aprovechará cualquier contacto de la mujer con el sistema sanitario (consultas de atención primaria, programa de control básico del embarazo, programas de planificación familiar y sexualidad, atención integral a la mujer climática, programas de atención especializada, programa de adultos subprograma de mujer mayor de 40 años) para captar y actualizar el protocolo y se ofertará la realización de la citología a todas aquellas que cumplan los requisitos establecidos.
- Se prestará especial atención a quienes repitan pruebas usuarias de diferentes servicios y/o programas.

2.2. Toma de muestras:

- La/os profesionales encargada/os serán
 - en los Centros de Salud: Matronas (médicos/as y enfermeros/as de Atención Primaria derivarán a sus pacientes a la matrona de referencia)
 - en los Centros de Planificación Familiar o de Salud sexual y reproductiva: enfermera/o, matron/a o ginecólogo/a.
 - en la Asistencia Especializada el/la ginecólogo/a según la organización interna

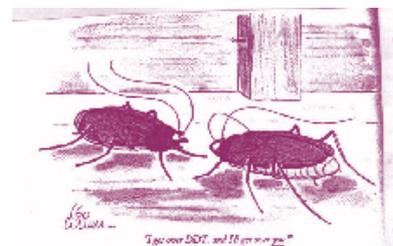
- Se realizará formación al personal de Atención Primaria y Especializada respecto al protocolo de cribado.
- Se garantizará el circuito preferente para las mujeres con patología.
- Se dará formación a las mujeres y a sus parejas.
- La remisión de las muestras se hará en óptimas condiciones de fijación y conservación a los servicios de Anatomía Patológica. Desde la toma hasta la recogida no deben transcurrir más de 7 días.
- La comunicación de los resultados se hará en base a los criterios de Bethesda.

3. Conducta a seguir ante una citología anormal

- a) Citología ASC-US: determinación de HPV.
 - si es negativa > control cada año.
 - si es positiva > colposcopia y biopsia si es preciso
- b) HSIL/ASC-H (ASC sin poder descartar HSIL: colposcopia y biopsia)
 - Si el resultado es negativo (de ambas) > repetir citología y realizar citología y colposcopia cada 6 meses durante una año
 - Si es positivo (de alguna de las dos) > protocolo de patología cervical.
- Insatisfactoria: Estudio endocervix y vagina
- c) ACG: colposcopia a todas y determinación de HPV + estudio endometrial si es mayor de 35 años o menor con sangrado anormal
 - Si la colposcopia es positiva > protocolo según patología.
 - Si es negativa pero la revisión de la citología confirma la sospecha de neoplasia: conización, si no lo favorece > 4 citologías en intervalo de 6 meses.
- d) Diagnóstico LSIL > colposcopia.
 - Si es positiva > biopsia y tratamiento según resultado.
 - Si es negativa > dos citologías a intervalos de 6 meses (que deben ser negativas antes de devolver a la mujer al protocolo habitual).
 - Insatisfactoria: Estudio endocervix y vagina.

Toda lesión de bajo grado que persiste 1 o 2 años o en la que haya progresión requiere tratamiento.

CURSO DE PESTICIDAS PARA PROFESIONALES



Los días 11 y 12 de noviembre pasado celebramos el *Curso de Efectos para la salud de las mujeres de los pesticidas y prevención del síndrome de intolerancia ambiental idiopática (s.i.a.i.)* pensado especialmente para profesionales de la salud. Se hizo en combinación con la asociación de afectadas y afectados por substancias tóxicas ADQUIRA y constó de dos sesiones de 6 horas cada una. La primera sesión tuvo como tema genérico: *Clínica, diagnóstico y evolución de la exposición laboral a insecticidas*. En ella se impartieron las siguientes clases:

- *Sesión clínica con casos reales.* Carme Valls-Llobet.
 - *Efectos neurológicos de los insecticidas.* Jordi Obiols.
 - *Datos de las exposiciones en la encuesta de Barcelona.* Francisca López Crespi.
- La segunda sesión tuvo como título genérico: *Efectos sobre la salud y largo plazo de la exposición a insecticidas*. Y constó de las siguientes clases:
- *Efecto de los disruptores endocrinos, fatiga crónica y autoinmunidad.* Carme Valls Llobet.
 - *Relación entre los organofosforados y el síndrome de fatiga crónica.* Joaquín Fernández Solà
 - *Efectos sobre el sistema nervioso central.* Julian Márquez
 - *Alteraciones e interpretación de los potenciales evocados.* Limitaciones. Isabel Moreno Gómez.
 - *Alteraciones neuropsicológicas, estudio e interpretación.* Montserrat Juncadella