



SITUACIÓN PROGRAMA POBLACIONAL DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CERVIX EN LA COMUNITAT VALENCIANA



MARCO Y CONTEXTO LEGAL



Marco normativo

- Recomendación del Consejo de la UE (2003/878/CE)
- Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud
- Documento marco sobre cribado poblacional del SNS
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública
- Documento de consenso sobre el programa de cribado de cáncer de cérvix en el SNS

- **Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud**
- **IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (2016-2020)**
- **Estrategia Contra el cáncer de la Comunitat Valenciana 2019-2022**



Cartera de servicios comunes del SNS

Población objetivo:

Mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años.

Prueba primaria de cribado e intervalo entre exploraciones:

Edad 25-34 años: citología cada 3 años.

Edad 35-65 años: determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR):

- Si VPH-AR es negativo, repetir prueba VPH-AR a los 5 años.
- Si VPH-AR es positivo, triaje con citología. Si la citología es negativa, repetir VPH-AR al año.



IMPORTANCIA DEL PROBLEMA



Situación mundial

Es el **cuarto** lugar en frecuencia entre las mujeres a nivel mundial, y el quinto en general, con 570.000 nuevos casos en 2018.

Alrededor del **85%** de la carga mundial se produce en las **regiones menos desarrolladas**, donde representa casi el 12% de todos los cánceres femeninos.

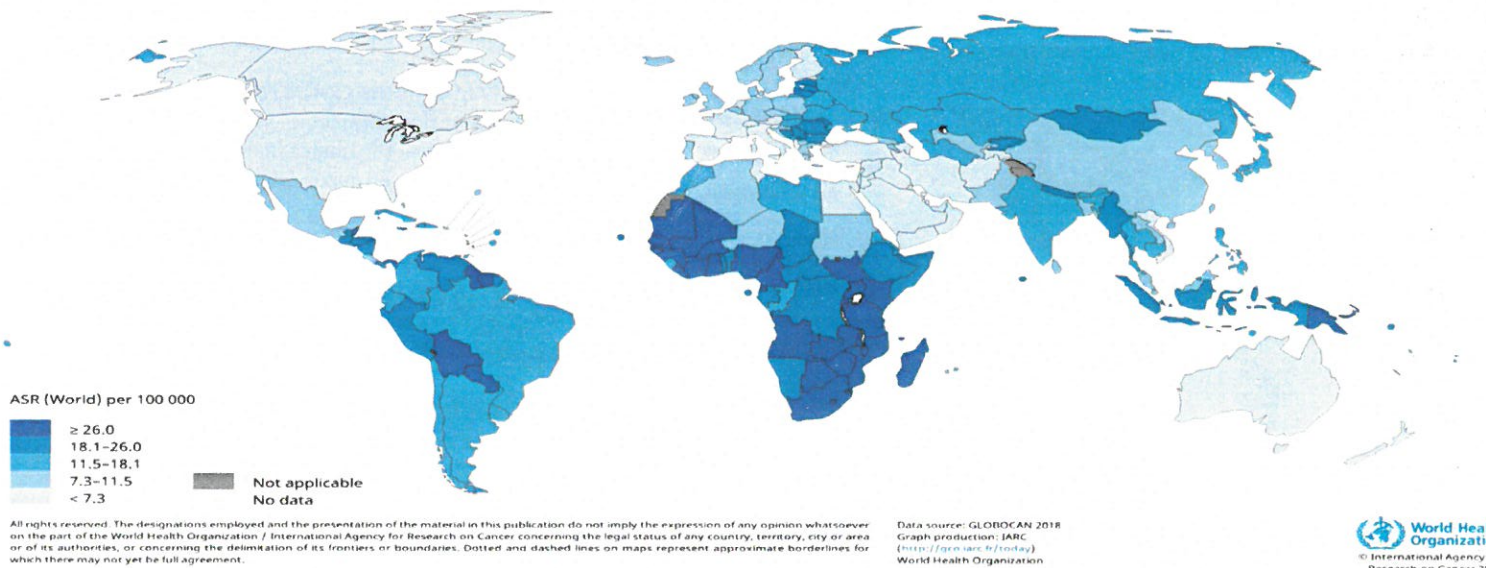
Con una estimación de más de 300.000 defunciones en el año 2020, el cáncer de cérvix ocupa la **cuarta causa de muerte por cáncer en mujeres** a nivel mundial.

En cuanto a Europa, se aprecia un importante **gradiente este-oeste**, tanto en incidencia como en mortalidad.

Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC.

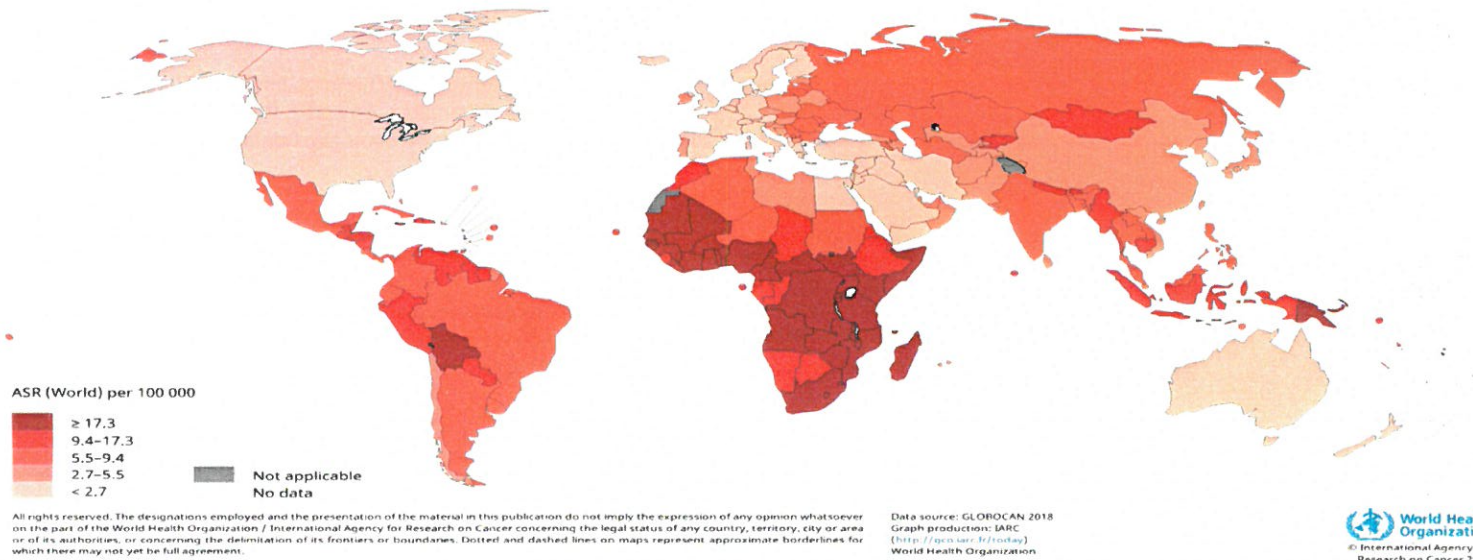
Incidencia

Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2018, cervix uteri, all ages



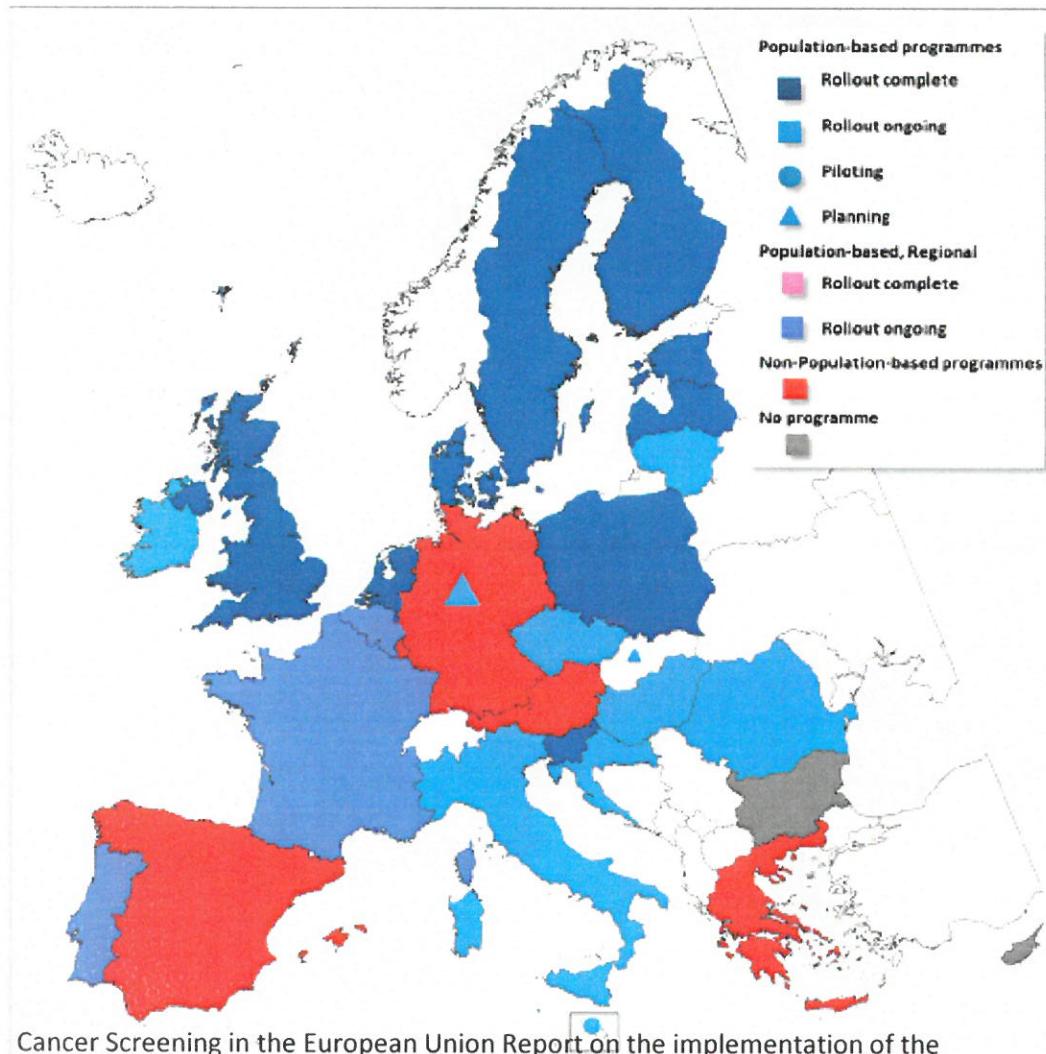
Mortalidad

Estimated age-standardized mortality rates (World) in 2018, cervix uteri, all ages



IMPLEMENTACIÓN PROGRAMAS DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EUROPA

Figure 3.2. Distribution of cervical cancer screening programmes in the EU in 2016



Cancer Screening in the European Union Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. January 2017

De los 28 Estados miembros, 22 tienen (2016) planificación, pilotaje o implementación en curso o programas poblacionales.

PROGRAMAS POBLACIONALES

Implementación completa: Finlandia y Suecia (más antiguos). Estonia, Letonia, Polonia, Dinamarca, Países Bajos, Eslovenia y Reino Unido

Implementación en curso: Lituania, República Checa, Croacia, Hungría, Rumania, Italia e Irlanda,

Planificación: Alemania (2013 y pilotaje), República Eslovaca (2016)

PROGRAMAS BASADOS EN LA POBLACIÓN, REGIONAL

Implementación completa: No

Implementación en curso: Francia, Bélgica y Portugal

PROGRAMAS OPORTUNISTAS

Austria, Grecia, Luxemburgo y España

SIN PROGRAMA

Bulgaria (completó el proyecto piloto en 2014) y Chipre

EDAD OBJETIVO (edad recomendada de 25 o 30 a 64 o 69 años)

Grupos de edad más amplios: República Checa y Eslovenia y programas oportunista

Grupos de edad más estrecha: Estonia.

PRUEBA CRIBADO (recomendada VPH como prueba det. primaria)

VPH: Dinamarca, Finlandia, Italia y Suecia

Co-prueba con citología: Rumanía y Malta

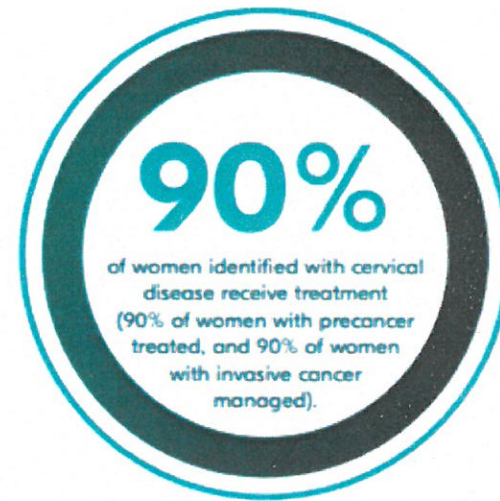
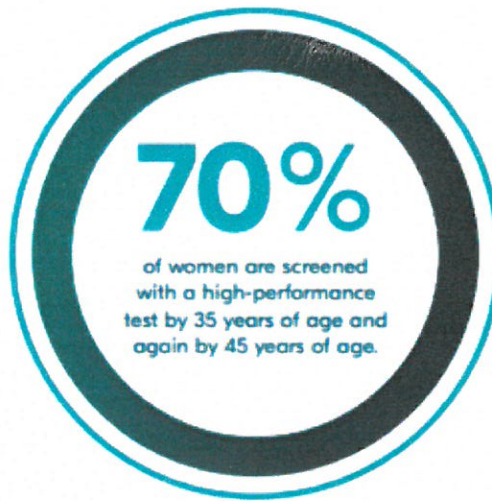
Ambas: Portugal

Programas con cribado VPH, se inicia en general a una edad posterior a la basada en citología

Programas con cribado citología: intervalo de detección es de 3 o 5 años (excepto República Checa)

Programas con cribado VPH: intervalo de detección es 5 años.

En pruebas de citología oportunista, el intervalo de detección a menudo era mucho más corto que el intervalo recomendado de 3 o 5 años.



El **17 de noviembre de 2020**, la OMS publica una estrategia global cuyo objetivo es la **eliminación del cáncer de cérvix como un problema de salud pública**.

Destaca la propuesta de objetivos 90-70-90 que se debe cumplir antes del año 2030:

- 90% de las niñas vacunadas antes de los 15 años.
- **70% de las mujeres** dentro de un Programa de cribado que incluya un test de alto rendimiento, realizado, al menos, a la edad de 35 y 45 años.
- 90% de las mujeres diagnosticadas de lesiones premalignas o cáncer cervical reciben tratamiento.



OMS



Situación en España

La **introducción de la vacuna** frente al virus del papiloma humano (VPH) en el año **2007** tendrá una influencia significativa sobre la epidemiología de la enfermedad.

No se habían realizado **nunca una citología**:

- 25 a 34 años: 18,9%
- 35 a 44 años: 9,58 %
- 45 a 54 años: 9,8 %
- 55 a 64 años: 11,96 %.

En sentido contrario, hay un **sobre-cribado** que incide especialmente en las mujeres jóvenes, que empezaron el cribado antes de la edad recomendada y un alto porcentaje de mujeres que repiten citología en menos de 3 años. Según los datos de esta encuesta, casi un 26% de mujeres menores de 25 años dice haber realizado una citología.

Encuesta Nacional de Salud. Posicionamiento de la SEE y Red de cribado de Cáncer



Situación en España

En **España** la incidencia se sitúa por **debajo de la media de la UE**, con cifras similares a las de Austria y Holanda.

En 2018 hubo 1.942 nuevos casos de cáncer de cérvix y 825 muertes por esta causa, con una tasa ajustada de **incidencia y mortalidad estimadas de 5,2 y 1,7 por 100.000 mujeres** respectivamente.





ANÁLISIS DEL CRIBADO DEL CÁNCER EN ESPAÑA DESDE UNA PERSPECTIVA DE EQUIDAD

Un **57%** de las Autonomías declara que existen **grupos sociales** en la población diana **sin cobertura** (*reclusas y mujeres inmigrantes*)

Ninguna de las Autonomías alcanza el nivel aceptable o deseado de tasas de **participación** (*recomendación europea 70%*).

El **29%** de las Autonomías monitoriza la participación según alguna **variable socioeconómica** además de edad y/o territorio.

Un **57%** de las Autonomías **identifica grupos sociales con menores tasas** de participación que la media general (*bajo nivel socioeconómico, mujeres con bajo nivel educativo, residentes en áreas rurales y mujeres mayores*).

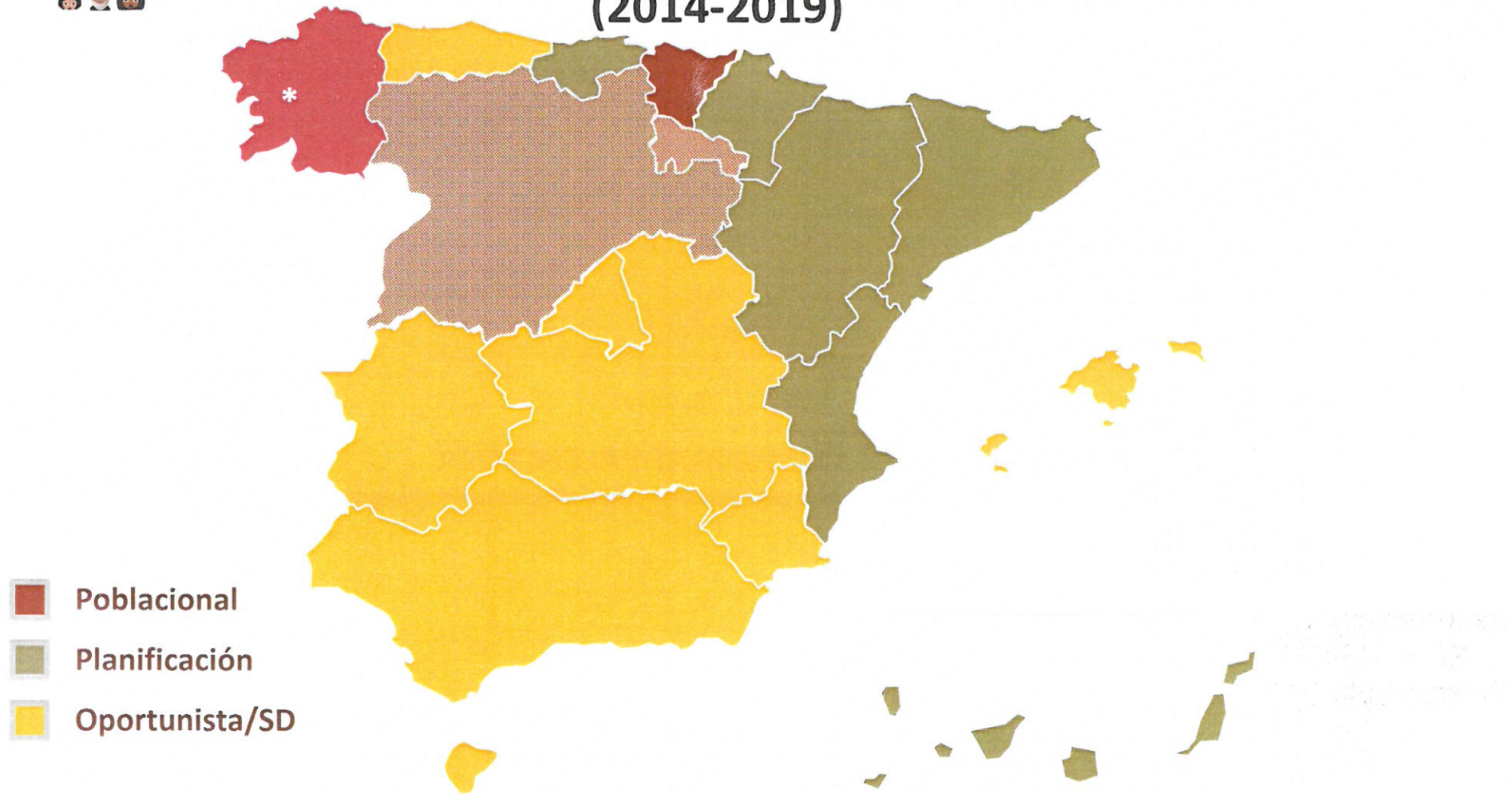
El **43%** **elabora estudios** sobre barreras y facilitadores de la participación. El **28%** **declara haber realizado intervenciones** para reducir las desigualdades en participación (*14% con enfoque general y 14% focalizado en grupos vulnerables*).

SEE y Red de cribado de Cáncer

Contestaron al cuestionario 7 de las 14 Autonomías incluidas en el estudio.



SITUACIÓN DEL CÁNCER DE CERVIX EN ESPAÑA (2014-2019)



Cribado de cáncer de cuello de útero
Recomendaciones de la Red de Programas de Cribado de Cáncer (Abril 2014)



SITUACIÓN EN LA COMUNITAT VALENCIANA



Situación en la Comunitat Valenciana (año 2016)

Casos totales de cáncer



Cáncer de Cuello de Útero/Cérvix



Muertes totales por cáncer



Muertes por cáncer de cuello de útero/cérvix



Años potenciales de vida perdidos



3,75%

Edad media de aparición

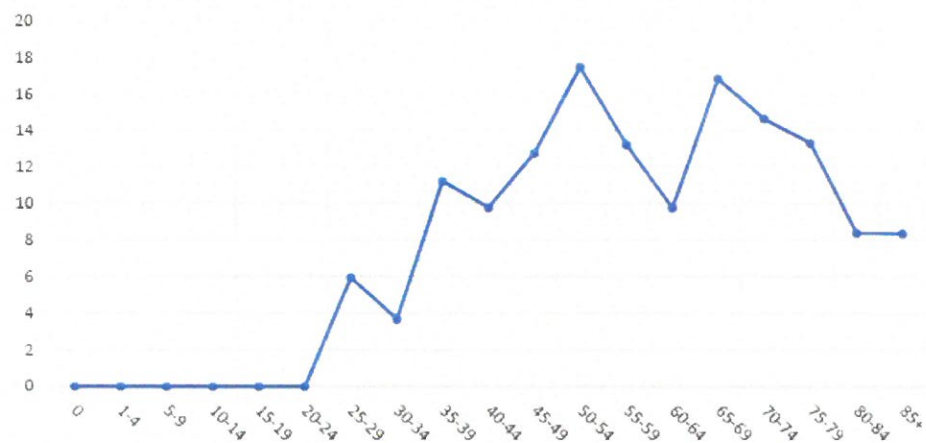


54,84

Incidencia

Cuello de Útero/Cérvix: Incidencia

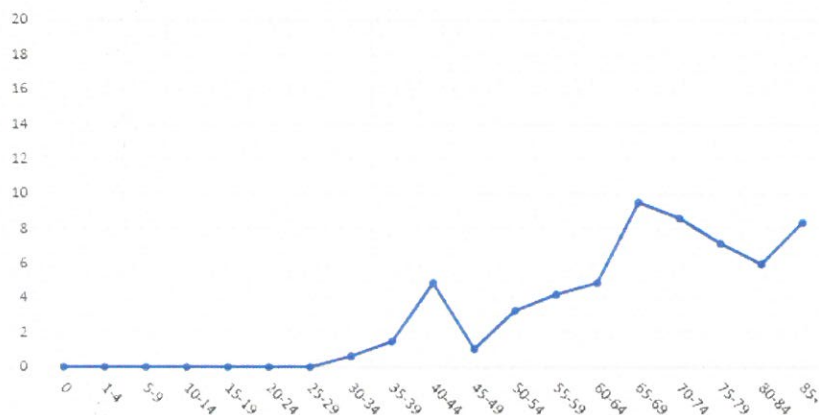
Tasas específicas por edad



Mortalidad

Cuello de Útero/Cérvix: Mortalidad

Tasas específicas por edad



Cuello de Útero/Cérvix: Evolución de la Mortalidad

Tasas ajustadas





Vacunación VPH en la Comunitat Valenciana

Evolución coberturas vacunación VPH. Cohortes 1994-2006 (2019)

Cohorte nacimiento	Niñas Todas RVN Dosis	Vacunaciones 1	Cobertura Papilomavirus adolescentes 1	Vacunaciones 2	Cobertura Papilomavirus adolescentes 2	Vacunaciones 3+	Cobertura Papilomavirus adolescentes 3+
1994	23.434	18.986	81,02%	18.272	77,97%	16.782	71,61%
1995	23.204	15.148	65,28%	14.777	63,68%	14.199	61,19%
1996	23.067	16.695	72,38%	16.315	70,73%	15.678	67,97%
1997	22.944	17.892	77,98%	17.516	76,34%	16.815	73,29%
1998	22.666	18.282	80,66%	17.938	79,14%	17.005	75,02%
1999	23.603	19.498	82,61%	18.931	80,21%	16.957	71,84%
2000	23.935	19.787	82,67%	18.768	78,41%		
2001	23.526	19.304	82,05%	17.316	73,60%		
2002	23.777	18.821	79,16%	15.990	67,25%		
2003	26.831	21.351	79,58%	19.464	72,54%		
2004	25.117	20.878	83,12%	18.546	73,84%		
2005*	26.052	23.042	88,45%	18.517	71,08%		
2006*	26.668	23.397	87,73%	19.582	73,43%		

2005 y 2006*

Se están realizando actividades de recaptación desde los centros de salud

Calendario Vacunación

Vacuna Bivalente (Cervarix® incluye los serotipos 16 y 18)

Se inicia en el 2008 con niñas de 14 años.

En la Comunitat Valenciana desde el año 2014:

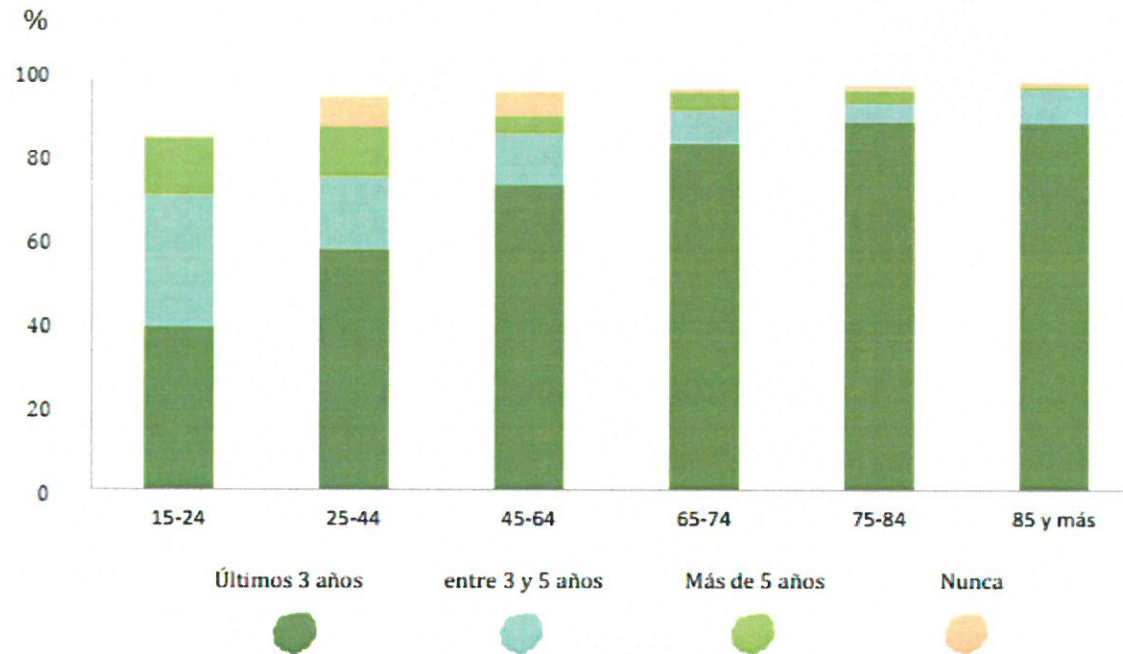
- **Mujeres 12 años:** Dos dosis (0, 6 meses)
- **En adultos en grupos de riesgo**



USO DE SERVICIOS SANITARIOS

Citologías según edad Mujeres >14 años

Más de 80% de las mujeres entre 25 y 64 años se ha hecho una citología en los últimos 5 años





ENCUESTA DE SALUD

Tiempo transcurrido desde la última citología preventiva según edad (Población de 15 y más años)

Nunca se ha realizado una citología:

- 25-44: 11,6%
- 45-64: 7,1%

Más de 5 años:

- 25-44: 2,4%
- 45-64: 10,0%

Tiempo transcurrido desde la última citología preventiva según nivel de estudios

(Población de 15 y más años)

Nunca se ha realizado una citología:

- Sin estudios: 18,4%
- Primarios: 13,3 %
- Secundarios: 19.9%
- Universitarios: 14.2%

Más de 5 años:

- Sin estudios: 53.6%
- Primarios: 25.4 %
- Secundarios: 6.3 %
- Universitarios: 4.8%

Tiempo transcurrido desde la última citología preventiva según clase social (Población de 15 y más años)

• Nunca se ha realizado una citología (Clase Social (I-VI))

- I: 12.2 %
- II: 19.0%
- III: 20.0 %
- IV: 18.6%
- V: 13.3%
- VI: 14.8%

Más de 5 años:

- I: 10.7 %
- II: 11.2%
- III: 12.1%
- IV: 14.7 %
- V: 20.7 %
- VI: 14.8%

Grupo de trabajo de determinantes de la SEE según CON 2011)

- Clase I: Directores/as y gerentes (asociados/as a licenciaturas universitarias).
- Clase II: Directores/as y gerentes (asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as de profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas).
- Clase III: Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia
- Clase IV: Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas
- Clase V: Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as
- Clase VI: Trabajadores/as no cualificados/as



Cribado Oportunista vs Cribado Poblacional

OPORTUNISTA

- Diagnóstico a demanda o búsqueda de casos.
- No hay una especificación de los beneficios de salud esperados en términos de prevención de la carga de enfermedad.
- Existe poca o ninguna capacidad de monitorización o evaluación.
- Su impacto en salud es incierto y las garantías de calidad, cuestionables.
- En muchos casos supone una carga añadida al sistema sanitario.
- Eficacia y eficiencia de este cribado se encuentran comprometidas.

POBLACIONAL

- Población general “asintomática”
- Citada a partir de fuentes de datos poblacionales
- Propone unas pruebas sistemáticas concretas
- Habitualmente son Programas institucionales
- Descenso de la mortalidad (a veces también de la incidencia)



Fortalezas

- Normativa europea, estatal y autonómica
- Experiencia de los cribados de cáncer en la población (mama y colon)
- Sensibilización de las mujeres a las prácticas preventivas

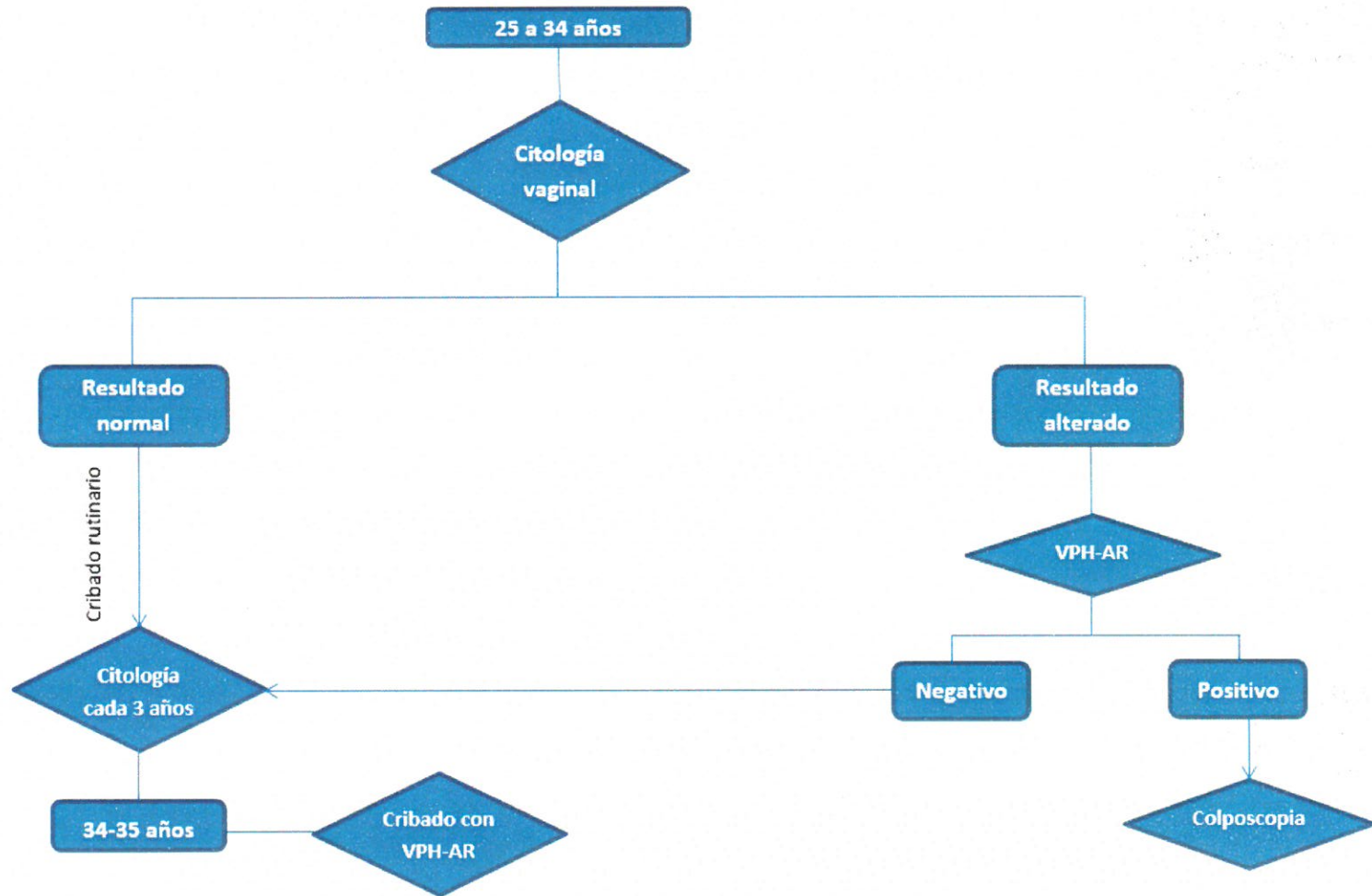
Retos

- Transición del oportunista al poblacional
- Campañas de difusión a la población y a los profesionales
- Organización de los recursos asistenciales
- Costes del programa (toma de muestra, materiales, sistema de información...)



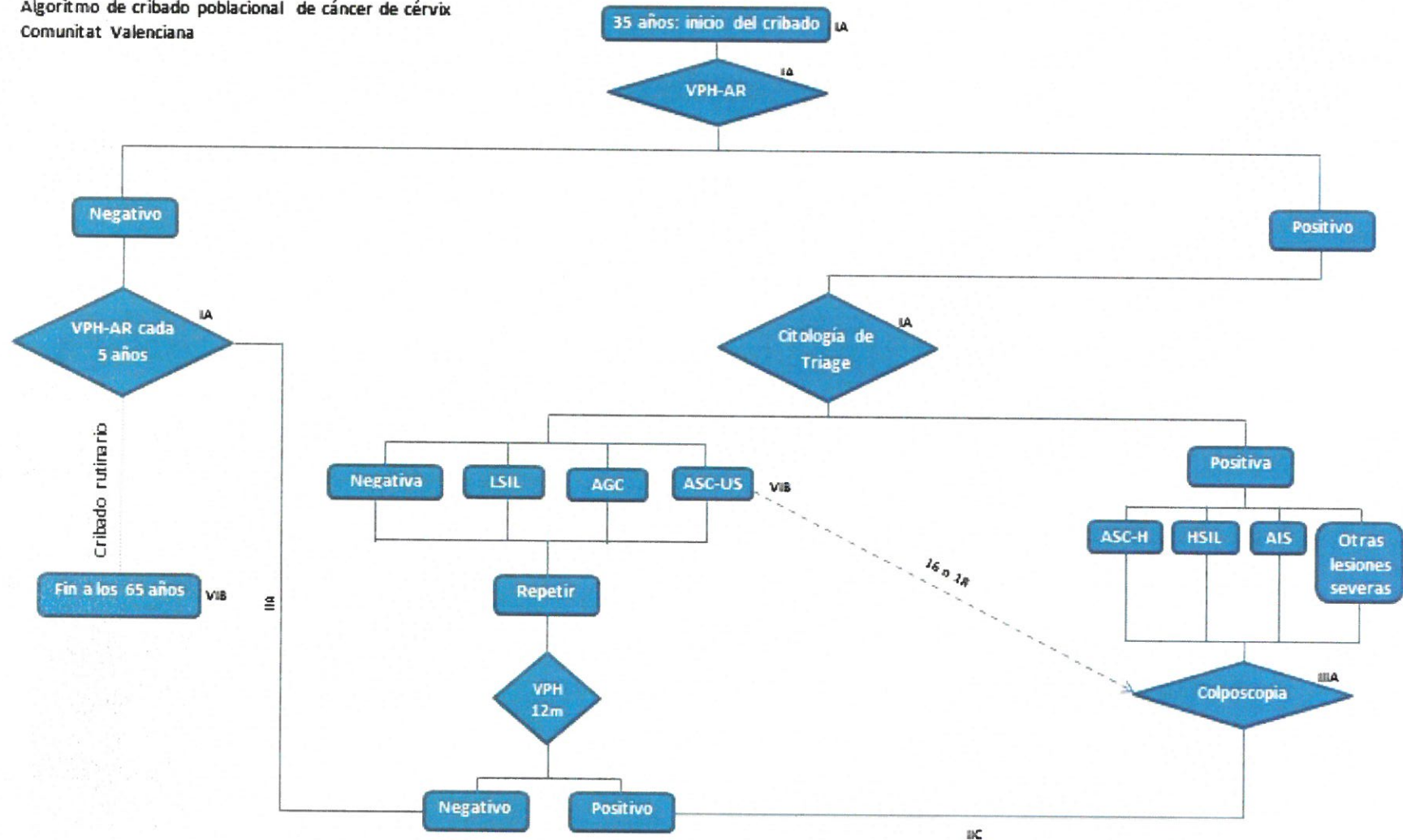
AÑO PROTOCOLO	1995	2004	2006	2022
TIPO DE CRIBADO	Oportunista	Oportunista	Oportunista	Poblacional
POBLACIÓN DIANA	<ul style="list-style-type: none"> 35 – 65 años 25 – 35 años según grupos de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> 35 – 65 años 20 – 35 años según grupos de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> 35 – 65 años 20 – 35 años según presencia de factores de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> 35 – 65 años 25 – 34 años
TIPO DE PRUEBA	Prueba de Papanicolaou	Prueba de Papanicolaou	<ul style="list-style-type: none"> Prueba de Papanicolaou En algunos casos: detección de VPH 	<ul style="list-style-type: none"> 35 – 65: VPH 25 – 34: citología vaginal
INTERVALO ENTRE PRUEBAS	3 años	3 años	3 años	5 años (VPH) 3 años (citología)

Algoritmo de cribado poblacional de cáncer de cérvix
Comunitat Valenciana
Segunda fase



El cribado con test VPH-AR ha demostrado mayor sensibilidad que el cribado con citología en la detección de lesiones cervicales precancerosas. Sin embargo, este test es menos específico, lo cual puede llevar a detectar falsos positivos, particularmente en mujeres más jóvenes. Es por esto que en las menores de 35 años está recomendado el cribado con citología. (Arbyn et al. 2012; Cuzick et al. 2008a; Koliopoulos et al. 2007; Ronco et al. 2008).

Algoritmo de cribado poblacional de cáncer de cérvix
Comunitat Valenciana



VPH-AR: virus del papiloma humano de alto riesgo
 ASC-US: células escamosas atípicas de significado indeterminado
 ASC: células glandulares atípicas
 LSIL: lesión (displasia) escamosa de bajo grado

ASC-H: células escamosas atípicas de alto grado
 HSIL: lesión (displasia) escamosa de alto grado
 AIS: Adenocarcinoma in situ

Quelle:
 European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening [2nd edition]
 International Agency for Research on Cancer
 World Health Organisation



IMPLEMENTAR EL PROGRAMA: MODELOS ORGANIZATIVOS



Implementar el programa: Modelos organizativos

	Descripción	Variaciones
MODELO 1 Mujeres 25-34 años (Tipo PPCM)	Cribado primario por la MATRONA en CS. Cita mediante tarjeta/sms/APP Salut	Citación desde CSP/ Posibilidad de cita a través de APPSalut
MODELO 2 Mujeres 35-65 años (Tipo PPCCR)	Envío de tarjeta/sms/APP Salut inicial para aceptar la participación. Auto-toma	Citar a las mujeres que no han enviado auto-toma?



Planificación: Encuesta de valoración auto-toma

Rev Esp Salud Pública. 2021; Vol. 95: 26 de enero e1-18.

www.msbs.es/resp

ORIGINAL

Recibido: 23 de diciembre de 2020
Aceptado: 14 de enero de 2021
Publicado: 26 de enero de 2021

¿ACEPTAN LAS MUJERES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA LA AUTO-TOMA COMO FORMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX?

Maria Beó Delgado (1,2), Josefa Ibáñez Cabanell (1,2), Ana Molins-Barceló (2), Oscar Zurriga Llorens (3,4,5,6) y Dolores Salas Trejo (1,2)

- (1) Servicio de Prevención y Promoción en el Entorno Sanitario, Dirección General de Salud Pública, Valencia, España.
(2) Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana, FISABIO, Área de Cáncer y Salud Pública, Valencia, España.
(3) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal, Universidad de Valencia, Valencia, España.
(4) Dirección General de Salud Pública, Generalitat Valenciana, Valencia, España.
(5) CIBER de Epidemiología y Salud Pública, España.
(6) Unidad Mixta de Investigación en Enfermedades Raras, FISABIO-UEVG, Valencia, España.
- Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: El uso de la auto-toma para determinación del Virus del Papiloma Humano (VPH), podría facilitar la implantación de los programas de cribado poblacional y aumentar la participación de las mujeres. El objetivo de estudio fue conocer los conocimientos y actitudes de las mujeres frente al cribado del cáncer de cérvix y la aceptación de la auto-toma como método de cribado para la detección del VPH.

Métodos: Estudio transversal analítico mediante encuesta telefónica realizada a una muestra aleatoria de 389 mujeres entre 35 y 65 años de la Comunitat Valenciana. Se preguntó a las mujeres sobre prácticas preventivas previas, actitudes y conocimientos del cribado, y la preferencia por la determinación de VPH mediante auto-toma o por un profesional sanitario.

Resultados: El 86,9% de las mujeres encuestadas prefirieron la auto-toma como método de cribado y el 93,3% se habían realizado una citología cervical previa. El 51,4% de las mujeres tenían un nivel de conocimiento alto sobre el cribado del cáncer de cérvix. Las mujeres de menor edad (POR 9,26; IC95%:1,04-24,38), mayor nivel de estudios (POR 4,6; IC95%:1,92-11,00), y mayor nivel de conocimientos (POR 2,78; IC95%:1,69-9,29), presentaron preferencias mayores por la determinación de VPH mediante auto-toma. La tendencia en la edad, nivel de estudios y conocimientos fue la misma para la prevalencia de realización de la citología cervical previa.

Conclusiones: La aceptación de la auto-toma como método de cribado del cáncer de cérvix es elevada entre las mujeres. Se deben dedicar esfuerzos para aumentar el conocimiento en las mujeres para reducir posibles desigualdades de acceso y fomentar una participación informada.

Palabras clave: Aceptación, Cribado poblacional, VPH, Auto-toma, Participación, Encuesta, Cribado cáncer cérvix, Desigualdades sociales.

ABSTRACT

Do women in the Valencian Community accept self-sampling as a form of cervical cancer screening?

Background: The use of new devices such as the self-sampling for the determination of the Human Papilloma Virus (HPV), could facilitate the implementation of population screening programs and increase the participation of women. The objective of the study was to find out the women's knowledge and attitudes towards cervical cancer screening as well as the acceptability of self-sampling.

Methods: Analytical cross-sectional study by telephone survey carried out on a random sample of 389 women from 35 to 65 years of age. The women were asked about their attitudes and knowledge of the screening and preference for HPV determination by self-sampling or by a healthcare professional.

Results: 86.9% of the women preferred self-sampling as a screening method and 93.3% had undergone a previous cervical cytology. 51.4% of the women had a high level of knowledge about cervical cancer screening. Younger women (POR 9.26; 95% CI: 1.04-24.38), higher level of education (POR 4.6; 95% CI: 1.92-11.00), and higher level of knowledge (POR 2.78; 95% CI: 1.69-9.29), presented higher preferences for the determination of HPV by self-sampling. The trend in age, educational level and knowledge was the same for the prevalence of previous cervical cytology.

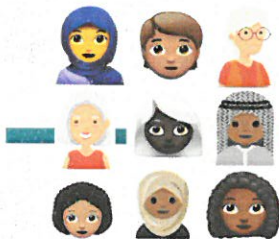
Conclusions: The acceptance of self-testing as a method of cervical cancer screening is high among women. Efforts should be made to raise awareness among women to reduce possible inequalities in access and to encourage informed participation.

Key words: Acceptance, Population screening, HPV, Self-sampling, Participation, Survey, Cervical cancer screening, Social inequalities.

Tabla 4
Prevalencia, análisis bivariante y multivariante en la realización de citología cervical en los últimos 5 años según características sociodemográficas, conocimientos y actitudes de las mujeres.

Características sociodemográficas	Categoría	Mujeres que realizan citología % (n/N)	OR bivariable	IC	OR multivariable	IC
Edad categorica ⁽¹⁾	35-39	93.9 (62/66)	8.23	2,56-26,52	4.41	1,20-16,17
	40-44	96.5 (83/86)	14.7	4,03-53,57	7.36	1,76-30,73
	45-49	100 (79/79)	-	-	1	-
	50-54	100 (51/51)	-	-	1	-
	55-59	96.6 (56/58)	14.88	3,23-68,57	12,37	2,52-60,73
MH 0,000	60-65	65.3 (32/49)	1 (ref)	-	ref	-
	Sin estudios	100 (9/9)	1	-	1	-
Estudios ⁽¹⁾	Primarios	85 (68/80)	1 (ref)	-	ref	-
	Secundaria	88.9 (56/63)	1,41	0,52-3,82	1,03	0,29-3,58
	FP	95.4 (123/129)	3,62	1,30-10,01	1,82	0,52-6,39
	Licenciada	99.1 (104/105)	18,35	2,33-144,4	7,92	0,84-74,59
Situación laboral ⁽¹⁾	Activa	95.9 (258/269)	3,41	1,52-7,68	1,76	0,59-5,18
	No activa	87.3 (103/118)	1 (ref)	-	ref	-
Nacionalidad	Español	93.7 (340/363)	1,93	0,54-6,90	-	-
	Extranjero	88.5 (23/26)	1 (ref)	-	-	-
Conocimientos sobre los cribados	Conoce otras campañas de detección precoz cáncer ⁽²⁾	Si	93.6 (290/310)	1,19	0,46-3,07	-
		No	92.4 (73/79)	1 (ref)	-	-
	Sabe que cervix sinónimo cuello uterino ⁽²⁾	Si	95.2 (196/206)	1,88	0,83-4,25	-
		No	91.3 (167/183)	1 (ref)	-	-
	Conocía VPH ⁽²⁾	Si	95.8 (230/240)	2,77	1,22-6,27	-
		No	89.3 (133/149)	1 (ref)	-	-
Sabe que VPH es causante de cáncer ⁽²⁾	Si	96.1 (197/205)	1,71	0,85-10,48	-	
	No	94.3 (33/35)	1 (ref)	-	-	
Índice conocimientos ⁽¹⁾	Bajo (0-1)	88.9 (96/108)	ref	-	-	-
	Medio (2)	91.0 (71/78)	1,27	0,48-3,38	0,83	0,25-2,69
	Alto (3-4)	96.6 (196/203)	3,5	1,34-9,17	1,65	0,54-5,10
Actitudes sobre los cribados	Participación PPCM ⁽²⁾	Si	91.9 (205/223)	0,88	0,11-7,08	-
		No	92.9 (13/14)	-	-	-
	Participación PPCR ⁽²⁾	Si	83.2 (94/113)	-	-	-
		No	100.0 (45/45)	-	-	-

(1) p<0.05 en el análisis bivariante; (2) Variables valoradas en el Nivel de conocimientos; n representa el número de mujeres que habían realizado citología y N el número total de mujeres que había en cada categoría.



PLANIFICACIÓN EN LA COMUNITAT VALENCIANA



Planificación: Población diana

Población diana 2022

1992-1996 (25-29)

119.320

1986-1991 (30-34)

132.520

1956-1986 (35-65)

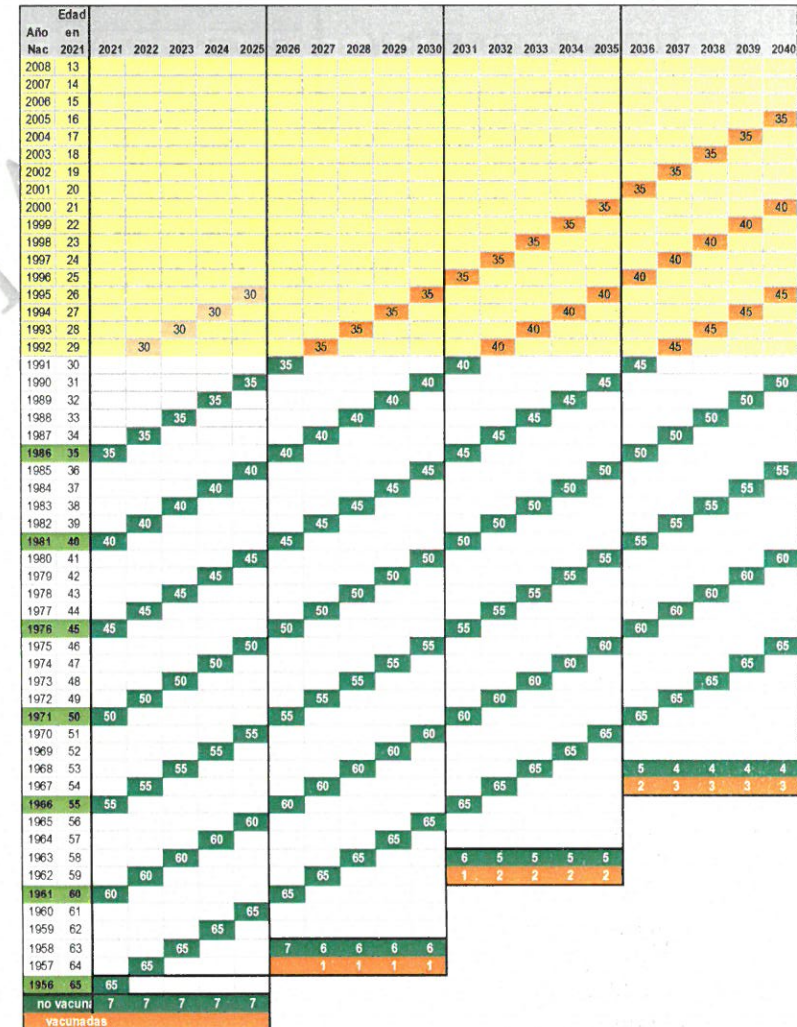
1.142.070

Mujeres 25- 65 años
1.393.910

Número de mujeres/ año y estado vacunal

	Año de Cribado poblacional				
	2021	2022	2023	2024	2025
Total mujeres	249.315	276.125	273.563	275.040	271.296
Años de nacimiento de las mujeres cribadas	1956	1957	1958	1959	1960
	1961	1962	1963	1964	1965
	1966	1967	1968	1969	1970
	1971	1972	1973	1974	1975
	1976	1977	1978	1979	1980
	1981	1982	1983	1984	1985
	1986	1987	1988	1989	1990

Cohortes de invitación



Planificación:

Estimación número determinaciones VPH por departamento y provincia

Departamento	Nº mujeres 35-65a/año	Nº determinaciones VPH ANUAL		Nº determinaciones DIARIO (253 días)	
		50%	70%	50%	70%
	VINAROZ-01	4.036	2.018	2.825	8
CASTELLO G.-02	13.795	6.898	9.657	27	38
LA PLANA-03	9.017	4.509	6.312	18	25
CASTELLON	26.848	13.424	18.794	53	74
SAGUNTO-04	7.595	3.798	5.317	15	21
H. CLINICO-05	17.389	8.695	12.172	34	48
ARNAU-06	16.203	8.102	11.342	32	45
LA FE-07	14.650	7.325	10.255	29	41
REQUENA -08	2.209	1.105	1.546	4	6
H. GRAL VAL-09	18.362	9.181	12.853	36	51
H. PESET-10	14.069	7.035	9.848	28	39
LA RIBERA-11	12.603	6.302	8.822	25	35
GANDIA-12	8.561	4.281	5.993	17	24
XATIVA-14	9.645	4.823	6.752	19	27
MANISES-23	10.438	5.219	7.307	21	29
VALENCIA	131.724	65.862	92.207	260	364
DENIA-13	8.282	4.141	5.797	16	23
ALCOI-15	6.622	3.311	4.635	13	18
BENIDORM-16	9.232	4.616	6.462	18	26
H. SAN JUAN-17	11.409	5.705	7.986	23	32
ELDA-18	9.390	4.695	6.573	19	26
ALICANTE G.-19	13.816	6.908	9.671	27	38
ELX H. G.-20	8.292	4.146	5.804	16	23
ORIHUELA-21	7.772	3.886	5.440	15	22
TORREVIEJA-22	8.103	4.052	5.672	16	22
ELX-CREVILLEN-24	7.825	3.913	5.478	15	22
ALICANTE	90.743	45.372	63.520	179	251
TOTAL	249.315	124.658	174.521	493	690



Estimaciones: POBLACIÓN Y PERSONAL . AUTOTOMA

Estimaciones según participación, prevalencia VPH-HR y citología positiva

FASES	POBLACIÓN/PERSONAL		CRIBADO (VPH)		CRIBADO SECUNDARIO (CITOLOGÍA)						CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA/TTO (COLPOSCOPIA)				
	Procesos	Nº mujeres 35-65 años en la cohorte por año	Nº de Matronas	1)NºAutotomaa 2)NºAnálisis VPH		3)Nº Muestra Citología 4)Nº Análisis citología				Rango de mujeres por matrona para realización citología		5)Colposcopia			
				1)Propias mujeres 2)Laboratorio		3)Matronas/CSSR 4)Laboratorio						5)Ginecología			
				50%	70%	50%		70%		50%	70%	50%		70%	
				NP	NP	10%	12%	10%	12%	10%	12%	-		-	
				NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	7.1%	13%
VINAROZ-01	4.036	6	2.018	2.825	198	250	277	350	33	58	14	25	20	35	
CASTELLON-H. G.-C	13.795	16	6.898	9.657	676	855	946	1.197	42	75	49	86	69	120	
LA PLANA-03	9.017	14	4.509	6.312	442	559	619	783	32	56	32	56	45	78	
SAGUNTO-04	7.595	16	3.798	5.317	372	471	521	659	23	41	27	47	38	66	
H. CLINICO-05	17.389	19	8.695	12.172	852	1.078	1.193	1.509	45	79	62	108	86	151	
ARNAU-06	16.203	21	8.102	11.342	794	1.005	1.112	1.406	38	67	58	100	81	141	
LA FE-07	14.850	19	7.325	10.255	718	908	1.005	1.272	38	67	52	91	73	127	
REQUENA -08	2.209	4	1.105	1.546	108	137	152	192	27	48	8	14	11	19	
H. GENERALVAL-05	18.362	21	9.181	12.853	900	1.138	1.260	1.594	43	76	65	114	91	159	
H. PESET-10	14.069	16	7.035	9.848	689	872	965	1.221	43	76	50	87	70	122	
LA RIBERA-11	12.603	15	6.302	8.822	618	781	865	1.094	41	73	45	78	63	109	
GANDIA-12	8.561	13	4.281	5.993	419	531	587	743	32	57	30	53	43	74	
DENIA-13	8.282	5	4.141	5.797	406	513	568	719	81	144	29	51	41	72	
XATIVA-14	9.645	22	4.823	6.752	473	598	662	837	21	38	34	60	48	84	
ALCOI-15	6.622	11	3.311	4.635	324	411	454	575	29	52	24	41	33	57	
BENIDORM-16	9.232	10	4.616	6.462	452	572	633	801	45	80	33	57	46	80	
H. SAN JUAN-17	11.409	10	5.705	7.986	559	707	783	990	56	99	41	71	57	99	
ELDA-18	9.390	14	4.695	6.573	460	582	644	815	33	58	33	58	47	82	
ALICANTE H.G.-19	13.816	12	6.908	9.671	677	857	948	1.199	56	100	49	86	69	120	
ELX H. G.-20	8.292	9	4.146	5.804	406	514	569	720	45	80	29	51	41	72	
ORIHUELA-21	7.772	8	3.886	5.440	381	482	533	675	48	84	28	48	39	67	
TORREVIEJA-22	8.103	5	4.052	5.672	397	502	556	703	79	141	29	50	40	70	
MANISES-23	10.438	10	5.219	7.307	511	647	716	906	51	91	37	65	52	91	
ELX-CREVILLEN-2	7.825	Pdte	3.913	5.478	383	485	537	679	#####	#####	28	49	39	68	
TOTAL	249.315	296	124.658	174.521	12.216	15.458	17.103	21.641	41	73	885	1.546	1.239	2.164	



Hoja de ruta

Finalizar análisis estudio cualitativo auto-tomas

Análisis de resultados encuestas Anatomía Patológica y Microbiología

Realización de un **estudio piloto** (tercer trimestre 2022)

Evaluación resultados estudio piloto

Toma de decisiones:

- Especificación de circuitos: mujeres no participantes, etc
- Concreción modelo de auto-toma
- Laboratorios microbiología/AP

Fin del desarrollo del sistema de información (adjudicación pública)

Implantación del cribado poblacional

Fondos europeos:

- Campañas de información y creatividad para la generación de logos, videos, etc

Orden de generación de la Comisión del programa.



MUCHAS GRACIAS