

# ZERBIXEKO MINBIZIA BAHETZEKO EUSKADIKO PROGRAMA

Umetoki-lepoko  
minbizia goiz  
detektatzeko  
programa.



2.1 bertsioa  
2022KO PROTOKOLO BERRIA

---

## 2.1 BERTSIOAN EGINDAKO BERRIKUSPENEN ETA ALDAKETEN KONTROLA

Eguna	Atala	Aldaketen azalpena
<b>2022ko abendua</b>	Eraitza ez argia. 46. or.	Zelula endozerbikalik ez egotea
<b>2022ko abendua</b>	Politika sanitarioa. 33. or.	OMEren estrategia
<b>2023ko urtarrila</b>	E.2. Prebentzioa. Txertaketa	Haurren txertaketa 2023/2024 ikasturtean (2012ko kohortea)

## A. AURKIBIDEA

<b>A. AURKIBIDEA</b> .....	<b>2</b>
<b>B. SARRERA</b> .....	<b>5</b>
<b>C. EUSKADIN ZERBIXEKO MINBIZIAREN BIZTANLERIA-BAHEKETA EGITEKO PROGRAMAKO LANTALDEAK – 2022</b> .....	<b>8</b>
<b>D. EPIDEMIOLOGIA</b> .....	<b>10</b>
1. EGOERA MUNDUAN .....	10
2. EUSKADIKO EGOERA .....	14
2.1. ZERBIXEKO MINBIZIAK EUSKADIN ERAGINDAKO HILKORTASUNA .....	14
2.2. ZERBIXEKO MINBIZIAREN INTZIDENTZIA EUSKADIN .....	15
2.3. ZERBIXEKO MINBIZIA DUTEN PERTSONEN BIZIRAUPENA EAE-N .....	18
<b>E. UTERO-LEPOKO MINBIZIAREN PREBENTZIOA</b> .....	<b>20</b>
1. GAIXOTASUNAREN HISTORIA NATURALA. UTERO-LEPOKO MINBIZIA (ULM) ETA GIZA PAPILOMAREN BIRUSA (GPB) .....	20
2. PREBENTZIOA: TXERTAKETA .....	22
3. PREBENTZIOA: PRESERBATIBOA ERABILTZEA .....	25
4. PREBENTZIOA: GIZA PAPILOMABIRUSAK ERAGINDAKO INFEKZIOAREN IRAUNKORTASUNA MURRIZTEA.....	26
Tabako-kontsumoa .....	26
Antisorgailuak erabiltzea .....	27
Aldi berean beste STG batzuk izatea.....	28
Immunitatea aldatzen duten gaixotasunak.....	28
5. PREBENTZIOA: BAHEKETA .....	28
Politika sanitarioa .....	30
Baheketaren onurak.....	32
Baheketaren kalte potentzialak .....	32
GPB-AH detektatzea genotipatuarekin .....	33
Arriskuetan oinarritutako baheketa.....	35

**Arrisku-atalasea eta jarrera klinikoak:** ..... 35

**F. ARRISKUETAN OINARRITUTAKO EUSKADIKO POPULAZIOAREN BAHEKETA-PROGRAMA BERRIA** ..... 37

1. XEDE-POPULAZIOA ..... 37

**SALBUESPENAK** ..... 38

**\*Salbuespen-arrazoietako batzuen aurrean jarduteko jarraibideak** ..... 39

2. BAHEKETA-ESTRATEGIA ..... 40

2.1. BAHEKETA-PROBA PRIMARIOAK ..... 42

2.2. BAHEKETAREN EMAITZA MOTA DESBERDINAK ETA HORIEN DESKRIPZIOA: ..... 42

3. NOLA JOKATU BAHEKETA-PROBAREN EMAITZA POSIBLEEN ARABERA? ..... 44

**KOTEST MOTAKO BAHEKETA-PROBA.** Nola eskatu eta nola jardun? ..... 46

4. NOLA KUDEATU URTEBETEAN KONTROLATZERA DERIBATUTAKO BAHEKETA-PROBAREN EMAITZAK? 46

GPB + EZ 16/18 ETA ZITOLOGIA NEGATIBOA (EMAGINAREN KONTSULTA - G proba) ..... 46

ASC-US edo L-SIL + GPB EZ 16/18 edo L-SIL + GPB NEGATIBOA (GINEKOLOGIAKO KONTROLA, C probarekin) ..... 47

5. BAHEKETA AZPIMULTZO BEREZETAN ..... 48

CIN2/CIN3 AURREKARIAK DITUZTEN EMAKUMEAK (2. EDO 3. GRADUKO UTERO-LEPOKO EPITELIO BARNEKO NEOPLASIA) ..... 48

BAHEKETA AMAITZEKO ADINEAN DAUDEN EMAKUMEAK (61-65 URTE) ..... 49

NAGUSIAGOTAN BAHEKETA OPORTUNISTA EGITEA ESKATZEN DUTEN EMAKUMEAK ..... 50

ZERBIX BIKOITZA DUTEN EMAKUMEAK ..... 51

EMAKUME IMMUNODEPRIMITUAK ..... 51

6. KOLPOSKOPIARA DERIBATZEKO EPEAK: ..... 52

7. NOLA KUDEATU BAHEKETAREN EMAITZAK KOLPOSKOPIAN? ..... 53

7.1. KOLPOSKOPIA ETA BIOPSIA NEGATIBOA EDO CIN1 EXOZERBIKALA, AURRETIK ALTERAZIO ARINAREKIN (GBP IRAUNKORRA, L-SIL EDO ASC-US GBP POSITIBOAREKIN) ..... 53

7.2. KOLPOSKOPIA ETA CIN1 EXOZERBIKALA, AURRETIK ALTERAZIO ARINAREKIN (GBP IRAUNKORRA, L-SIL EDO ASCUS GBP POSITIBO IRAUNKORRAREKIN) ..... 54

7.3. H-SIL / CIN2-3 ..... 55

7.4. KOLPOSKOPIA ETA BIOPSIA, ALTERAZIO LARRIAREKIN AURRETIKO BAHEKETA-ZITOLOGIAN (H-SIL; ASC-H; ACG) ..... 56

7.5. GURUINETAKO ALTERAZIOAK ..... 57

7.6. GPB POSITIBO IRAUNKORRA, BAEZTATUTAKO LESIORIK GABE .....	58
7.7. CIN2/3 IZANIK KONIZAZIO BIDEZ TRATATUTAKO EMAKUMEEN JARRAIPENA .....	59
7.8. HAURDUNALDIA ETA KOLPOSKOPIA .....	62
8. ZER EGIN BAHEKETA-PROBA BATEAN INFEKZIO BAT AURKITUZ GERO? .....	63
9. NOLA JARDUN ZERBIXEKO MINBIZIAREKIN BAT DATORREN SINTOMATOLOGIA DAGOEN KASUETAN? 63	
<b>G. BIZTANLERIA-PROGRAMAREN ZIRKUITUA. DISEINUA.....</b>	<b>64</b>
1. XEDE-POPULAZIOA GONBIDATZEKO PROZESUA.....	65
<b>1.1. Xede-populazioa.....</b>	<b>66</b>
<b>1.2. Salbuespenak.....</b>	<b>66</b>
2. PROGRAMAREN JAKINARAZPENAK.....	67
3. BAHEKETA-PROBA ESKATZEKO ETA LAGINA JASOTZEKO PROZESUA.....	69
4. LAGINAREN ANALISIA - DONOSTIAKO OSPITALEKO ANATOMIA PATOLOGIKOKO BAHEKETAKO UNITATEA .....	69
5. EMAITZEN KUDEAKETA .....	70
<b>H. PROGRAMAREN EBALUAZIOA .....</b>	<b>72</b>
<b>LABURDURAK.....</b>	<b>75</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>77</b>

## B. SARRERA

Urtero 18 milioi minbizi-kasu berri baino gehiago diagnostikatzen dira munduan, eta horietatik % 47 emakumezkoek sufritzen dituzte. 2020an, zerbixeko minbizia laugarren neoplasiarik ohikoena izan zen, eta munduan emakumeen artean hilkortasun gehien eragin zuen laugarrena<sup>(1)</sup>.

Utero-lepoko minbizia eta bularreko, kolon eta ondesteko eta biriketako minbiziak emakumeen minbizi-kasu guztien % 51 izan ziren. Utero-lepoko minbiziaren prebalentzia oso desberdina da tokiaren arabera; zehazki, handiagoa da Hego Amerikan, Afrikan eta Asiako ekialdean. Alde hori, neurri handiagoan edo txikiagoan, herrialde garatuetan egiten den baheketaren ondorioa da.

Emakume osasuntsuak zerbixeko zitologiaren bidez behar bezala eta modu iraunkorrean bahetzeari esker, % 70-80 murriztu da utero-lepoko minbiziaren intzidentzia eta heriotza-tasa<sup>(2)</sup>.

Azken bi hamarkadetan baieztatu denez, giza papilomaren birusa (GPB) da utero-lepoko neoplasien eta neoplasia horien lesio aitzindarien ia kasu guztien eragilea. Unera arte, 200 GPB mota baino gehiago identifikatu dira. Dakigunaren arabera, horietatik 40 inguruk utero-lepoko epitelioa infektatzen dute, eta 40 horietako 14 kantzerigenotzat edo arrisku handikotzat jotzen ditu Osasunaren Mundu Erakundeak; hain zuzen 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 eta 68 motetakoak. Arrisku

## Laburpena

Antolakuntzari begira, oso erronka handia izan da utero-lepoko minbiziaren baheketa modu oportunistan egitetik Euskadiko herritarrei zuzendutako programa bat izatera pasatzea. Programa duela 4 urte abiatu zen, eta, hobetzen jarraitu ahal izateko, ezinbestekoa da aldaketak egitea protokoloa azken gomendio zientifikoetara egokitzeko. 2022ko azaroan argitaratu dugu zerbixeko minbiziaren baheketarako protokolo berri hau, bahetutako emakume bakoitzak minbizi aurreko lesio bat izateko daukan berehalako arriskuan oinarritutakoa. Protokolo berri honetan, ildo estrategikoak eta kudeaketakoak aldatu ditugu. Genotipatze partziala txertatu behar izan dugu baheketa-proba gisa, eta emaitza positiboen kudeaketa aldatu behar izan dugu. EAEn utero-lepoko minbiziaren intzidentzia ahalik eta gehien murriztea eta baheketa kostu-eraginkorragoa lortzea da helburua.

handiko GPBaren (GPB-AH) bi genotipok, 16ak eta 18ak, lesio zerbikal inbaditzaileen % 70 inguru eragiten dituzte, eta beste 12 motek, berriz, gainerako % 25-35a.

Gogoratu behar da GPBa larruazala edo mukosak ukituz transmititzen dela, eta sexu bidez kutsatzen dela batik bat. Are gehiago, infekzio hau da munduan sexu-transmisiozko infekziorik ohikoena<sup>(3)</sup>.

Kartzinogenesi zerbikalaren oinarria GPBaren infekzioak irautean datza, horrela garatzen baitira lesio aitzindariak eta minbizia. Bizitza sexualeko lehen urteetan handia da infekzioaren intzidentzia, baina baita birusen argitze-intzidentzia ere. Adin tarte horretako emakumeek izaten dituzten infekzioen % 90 baino gehiago iragankorrek dira, garrantzi gabekoak ikuspegi onkogenotik. Aitzitik, 30 urtetik gorako emakumeek GPBगतिको infekzioaren prebalentzia txikiagoa dute, baina birusak ehuneko handiagoan irauten du talde horretan, eta horrek esan nahi du lesio aitzindarien arriskua eta intzidentzia handiagoak direla adin horretatik aurrera<sup>(2)</sup>.

Baheketaren helburu nagusia da utero-lepoko minbiziaren (ULM) intzidentzia eta heriotza-tasa murriztea minbizi inbaditzaileak aurrera egiteko arrisku handiena duten lesio aitzindariak dituzten emakumeak identifikatuz, hau da, gradu altuko lesioak detektatuz (H-SIL).

GPBa detektatzeko probak minbizia edo lesio aitzindariak izateko arriskuaren markagailu oso sentikor eta goiztiarrak dira, batez ere 30 urtetik gorako emakumeen artean.

“EAEko bularreko minbiziaren eta umetoki-lepoko minbiziaren baheketak: partaidetzaren eta desberdintasun sozialen bilakaera, 1992-2013” azterlanean ohartarazten denez<sup>(4)</sup>, azterlanak aztertutako denbora-tartean, aseguru pribatua zuten emakumeek maizago egin zituzten baheketa-probak aseguramendu publikoa bakarrik zuten emakumeek baino. Bi taldeen arteko aldea bereziki garrantzitsua izan zen zitologiaren kasuan. Sektore publikoan egindako zitologiaren proportzioa % 65 ingurukoa izan zen 2007ra arte, eta % 72ra igo zen 2013an. Proportzio horrek gradiente sozial bati jarraitu zion: proportzioak gora egin zuen ikasketa-mailak eta klase sozialak behera egin ahala.

Aipatutako azterlan horren emaitzek adierazten dute osasun-zerbitzu publikoek ahalegin handiagoa egin behar dutela utero-lepoko minbiziaren baheketan partaidetza handitzeko eta desberdintasun sozioekonomikoak murrizteko.

**2018-2023ko Euskadiko Onkologia Planaren**<sup>(5)</sup> helburuetako bat izan da Euskadin utero-lepoko minbiziaren biztanleria-baheketako programa ezartzea eta baheketa oportunistak eraldatzea. Antolamendu-erronka handia izan da, eta aldaketak ekarri ditu estrategia- eta kudeaketa-ildo guztietan. 2018ko ekainean, Zerbixeko Minbiziaren Biztanleria Baheketa Egiteko Euskadiko Programa hasi zen, GPB eta zitologia bidezko baheketan oinarrituta.

Duela gutxi, gida klinikoek nabarmendu dute garrantzitsua dela jokabide klinikoak paziente bakoitzaren arrisku espezifikoaren arabera indibidualizatzea. Horren bidez, arrisku-maila bera duten pertsonak modu berean ebaluatu edo tratatzea lortu nahi da (*equal risk, equal management*), baheketa-estrategiaren barruan ekitatea eta koherentzia ziurtatuz, eta baheketa-estrategia eraginkorragoak eta sendoagoak ahalbidetuz<sup>(28)</sup>.



## C.EUSKADIN ZERBIXEKO MINBIZIAREN BIZTANLERIA-BAHEKETA EGITEKO PROGRAMAKO LANTALDEAK – 2022

### PROGRAMAREN KOORDINAZIORAKO LANTALDEA

<b>ANTONIO ARRAIZA ARMENDARIZ</b>	Osakidetzako Programa Korporatiboen koordinatzaile nagusia.
<b>EDURNE ARENAZA LAMO</b>	Emagina. Osakidetzako Zerbixeko Minbiziaren Programaren koordinatzailea.
<b>ANTONIA DÁVILA EXPÓSITO</b>	Emagina. Osakidetzako Zerbixeko Minbiziaren Programako TRAC.
<b>AINARA ALUTIZ CAÑEDO</b>	Emagina. Osakidetzako Erizaintzako Zuzendariordetzako TRAC.
<b>ARGIMIRA SOLÍS PARRA</b>	Administraria. Zerbixeko Minbiziaren Programa.
<b>ESTÍBALIZ CALZADA BUSTILLO</b>	Administraria. Zerbixeko Minbiziaren Programa.

### ANATOMIA PATOLOGIKOKO LANTALDEA

<b>IRUNE RUIZ DÍAZ</b>	Donostiako Unibertsitate Ospitaleko Anatomia Patologikoko zerbitziburua.
<b>JHON W. COMBA MIRANDA</b>	Donostiako Unibertsitate Ospitaleko Anatomia Patologikoko FEM.
<b>AITZIBER GAYOSO ALBERRO</b>	Donostiako Unibertsitate Ospitaleko Zerbixeko Patologiako Zerbitzuko koordinatzailea.

### GINEKOLOGIAKO LANTALDEA

<b>ARANTXA LEKUONA ARTOLA</b>	Donostialdeko ESiko - Tolosaldeko ESiko Obstetriziako eta Ginekologiako FEM eta zerbitziburua.
<b>CARLOS D. PÉREZ VERDUGO</b>	Barrualde-Galdakaoko ESiko Obstetriziako eta Ginekologiako FEM.
<b>DAVID DEL VALLE PEÑA</b>	Donostialdeko ESiko - Tolosaldeko ESiko Obstetriziako eta Ginekologiako FEM.
<b>ELISA ECENARRO GONZÁLEZ ECHEVARRÍA</b>	Bidasoko ESiko Obstetriziako eta Ginekologiako FEM.
<b>IRACHE OCERÍN BENGOA</b>	Debabarreneko ESiko Obstetriziako eta Ginekologiako FEM eta

zerbitziburua.

- JAVIER DIEZ GARCÍA** Ezkerralde-Enkarterri-Gurutzetako ESiko / Uribeko ESiko / Barakaldo-Sestaoko ESiko Obstetriziako eta Ginekologiako FEM.
- JOSÉ ÁNGEL LÓPEZ LÓPEZ** Arabako ESiko Obstetriziako eta Ginekologiako FEM eta zerbitziburua.
- JOSÉ R. SERRANO NAVARRO** Debagoieneko Obstetriziako eta Ginekologiako FEM eta zerbitziburua.
- JULEN BARRENETXEA ARRINDA** Uribeko ESiko Obstetriziako eta Ginekologiako FEM.
- M<sup>a</sup> CARMEN ÁLVAREZ LEAL** Goierri-Urola Garaiko ESiko Obstetriziako eta Ginekologiako FEM.
- NAHIA ANTOLÍN ARELLANO** Bilbo-Basurtuko ESiko Obstetriziako eta Ginekologiako FEM
- JOSÉ CRUZ QUÍLEZ CONDE** Bilbo-Basurtuko ESiko Obstetriziako eta Ginekologiako FEM
- SILVIA PALOMINO GONZÁLEZ** Arabako ESiko Obstetriziako eta Ginekologiako FEM.

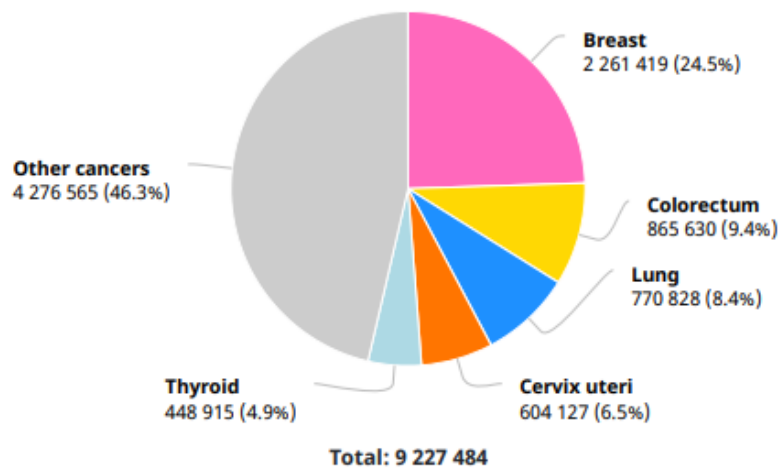
#### *ADIERAZLEEN / EPIDEMIOLOGIAKO LANTALDEA*

- ARANTZAZU ARROSPIDE ELGARRESTA** Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza.  
Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila
- ARANTZA LÓPEZ DE MUNAIN MARQUÉS** Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza.  
Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila

## D. EPIDEMIOLOGIA

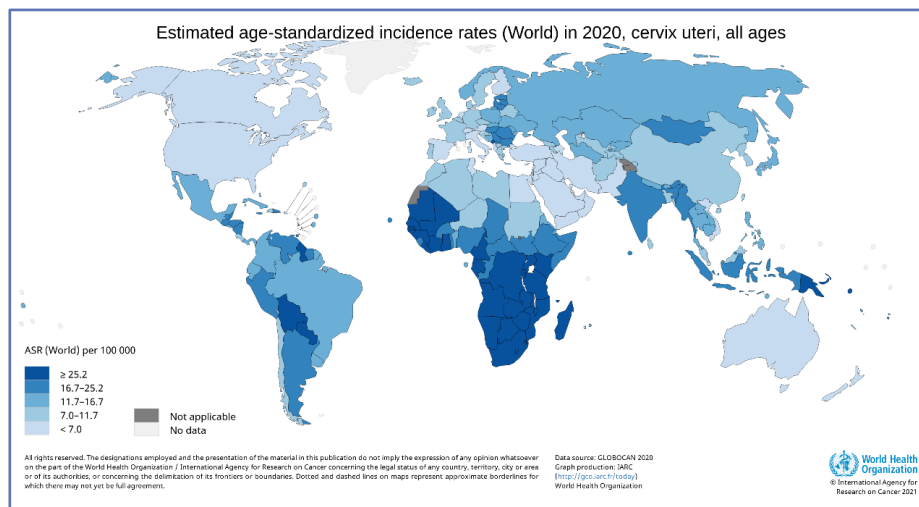
### 1. EGOERA MUNDUAN

Number of new cases in 2020, females, all ages

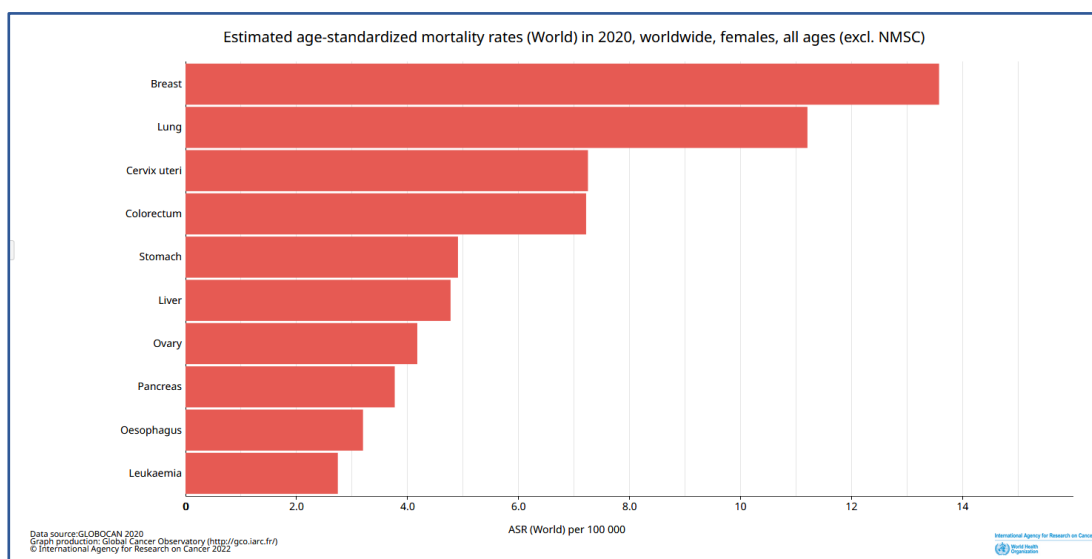


Urtero 9 milioi minbizi-kasu berri baino gehiago diagnostikatu dira munduan emakumezkoen artean. Horietatik, 600.000 zerbixeko minbiziak dira.

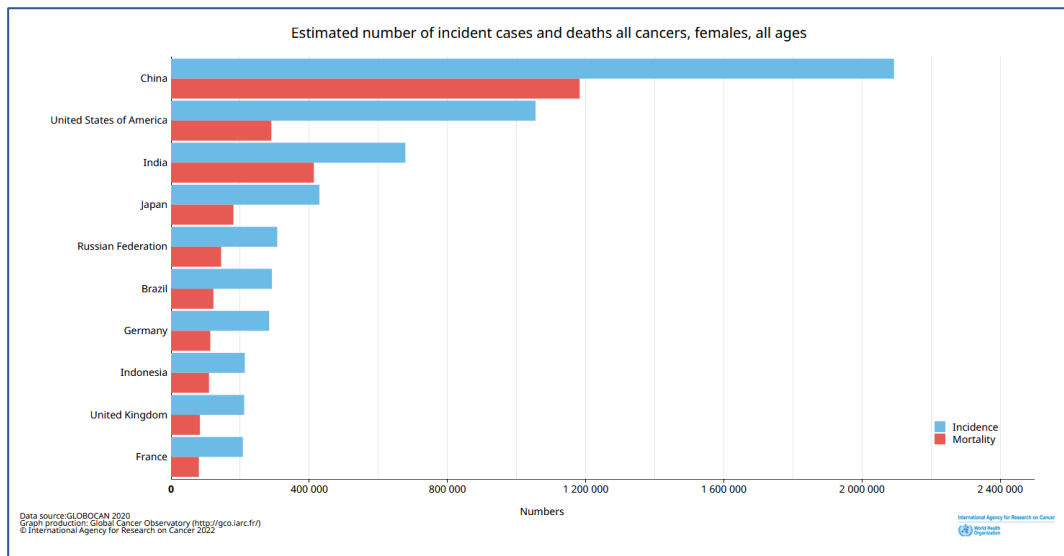
Kasuen kopuruaren ordean intzidentzia-tasak alderatuz gero, ikus daiteke diru-sarrera txikiko eskualdeetan tasak altuagoak direla diru-sarrera handiko eskualdeetan baino (% 90 inguru).



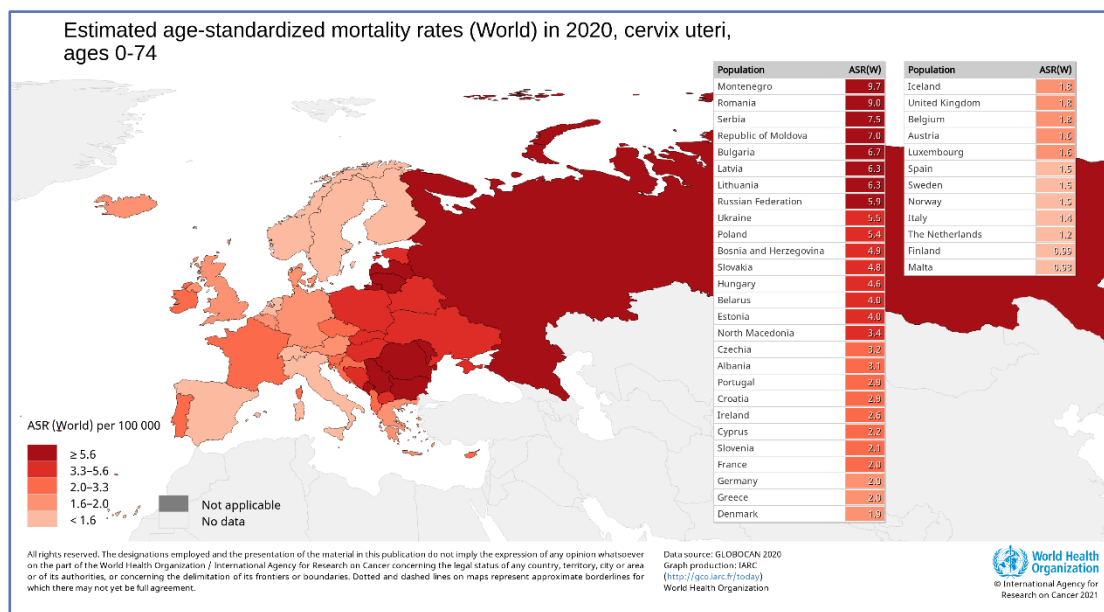
Utero-lepoko minbiziaren ondoriozko heriotza-tasak intzidentziarenak baino askoz txikiagoak dira. Hala ere, emakumeen hilkortasunari dagokionez, zerbixeko minbizia hirugarrena da munduko rankingean, bularreko eta biriketako minbiziaren atzetik (ASR world 7,3/100.000).



2020an The Global Cancer Observatory (GCO) behatokiak argitaratutako datuen arabera, utero-lepoko minbiziak 341.831 emakume baino gehiago hiltzen ditu urtero munduan.



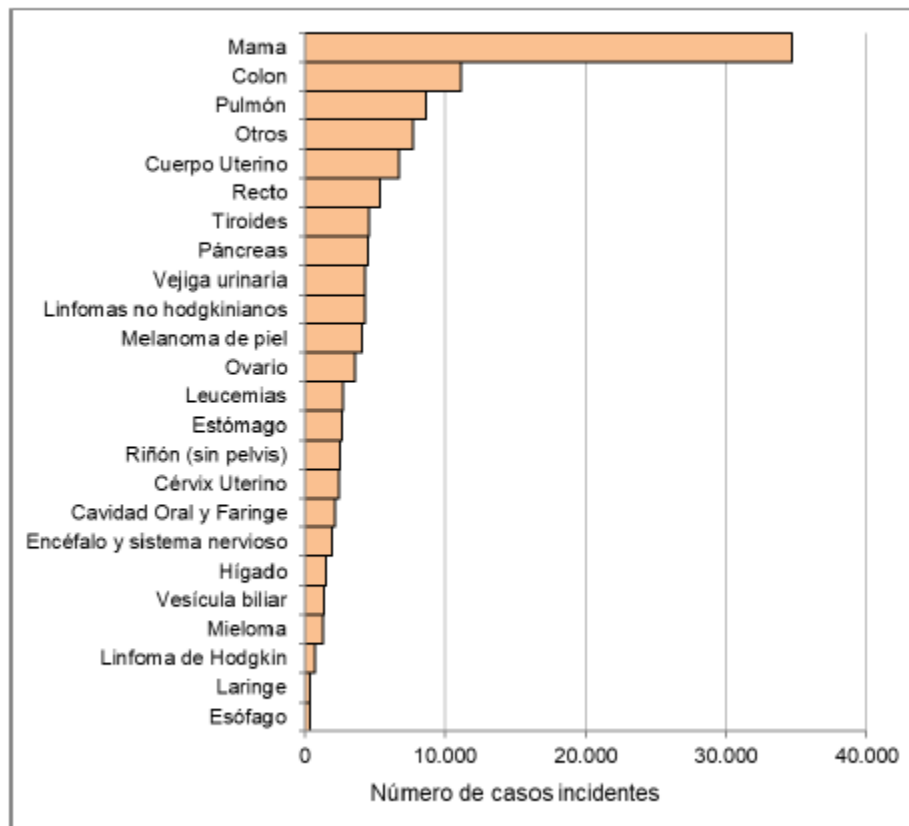
Zerbixeko minbiziak 2020an Europan eragindako hilkortasun zenbatetsia:



Europan, 2000-2007 urteetan, zerbixeko minbiziaren diagnostikotik 5 urtera bitarteko biziraupena % 62,4koa izan zen. Biziraupenaren baliorik altuena Europa Iparraldeko herrialdeek izan zuten (% 67,1koa), eta baxuena, berriz, Ekialdeko Europako herrialdeek (% 56,9koa). Espainian, adinaren arabera estandarizatutako zerbixeko minbiziaren biziraupen erlatiboa % 63,9koa izan zen<sup>(6)</sup>.

*Espainiako minbizi-kasuen kopuru zenbatetsia, tumore motaren arabera, 2019. Emakumeak.*

Número estimado de casos incidentes de cáncer en España por tipo tumoral, 2022. Mujeres



Fuente: Red Española de Registros de Cáncer

2022rako kalkuluen arabera, Espainian, minbizi-kasuen artean, 16.a dago utero-lepoko minbizia, mundu mailan duen posiziotik oso urrun. REDECANek (Espainiako Minbizi Erregistroen Sarea) egindako azterketatik ateratako datuak dira horiek<sup>(21)</sup>.

## 2. EUSKADIKO EGOERA

### 2.1. ZERBIXEKO MINBIZIAK EUSKADIN ERAGINDAKO HILKORTASUNA

EAEn, utero-lepoko minbiziaren ondoriozko heriotza-tasa oso baxua da (2,1/100.000 UTB 2020an); zehazki, tumore horrek 31 emakume hil zituen 2020an. Zerbixeko minbiziagatiko heriotza-tasak azken 20 urteetan EAEn izan duen bilakaera honako taula honetan ikus daiteke:

#### 1.1. taula. Zerbixeko minbiziaren ondoriozko heriotzen kopurua eta heriotza-tasak EAEn

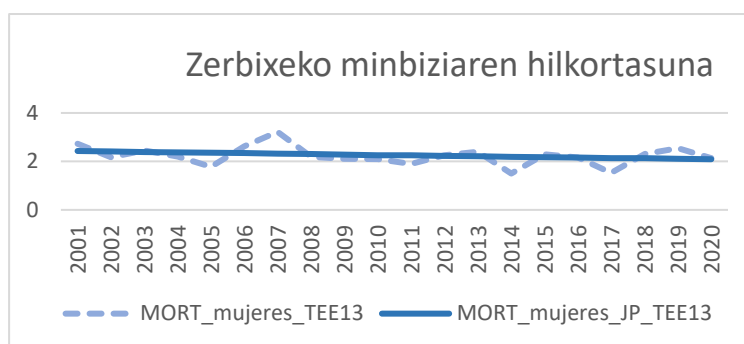
	Kop.	TG	ADT13
<b>2001</b>	29	2,7	2,7
<b>2002</b>	24	2,3	2,2
<b>2003</b>	28	2,6	2,5
<b>2004</b>	25	2,3	2,2
<b>2005</b>	21	2,0	1,8
<b>2006</b>	29	2,7	2,6
<b>2007</b>	38	3,5	3,2
<b>2008</b>	25	2,3	2,2
<b>2009</b>	26	2,4	2,1
<b>2010</b>	25	2,3	2,1
<b>2011</b>	24	2,2	1,9
<b>2012</b>	29	2,6	2,3
<b>2013</b>	31	2,8	2,4
<b>2014</b>	19	1,7	1,5
<b>2015</b>	29	2,6	2,3
<b>2016</b>	27	2,4	2,2
<b>2017</b>	21	1,9	1,5
<b>2018</b>	34	3,0	2,3
<b>2019</b>	35	3,1	2,6
<b>2020</b>	31	2,7	2,1

TG: Tasa gordina x 100.000. ADT13: Adinaren arabera doitutako tasa, 2013ko Europako biztanleria estandarrean oinarrituta x 100.000.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza. Osasun Saila.

2001-2020 aldian hilkortasun-tasek bilakaera negatiboa izan dute, eta urteko aldaketa-ehunekoa (PCA) -0,8koa izan da (ez da esanguratsua).

### 1.1 grafikoa. Zerbixeko minbiziaren hilkortasunaren bilakaera. Tasa doituak x 100.000. EAE



Tasa doituak eta Joint Point (PCA -0,8)

### 2.2. ZERBIXEKO MINBIZIAREN INTZIDENTZIA EUSKADIN

2001. eta 2016. urteen artean, zerbixeko 6.604 tumore erregistratu ziren EAEn (tumore gaiztoak eta in situ tumoreak barne).

2.1 taulan, urtearen arabera diagnostikatutako kasuak daude, aldi horri dagozkion tasa gordinekin (TG) eta 2013ko Europako biztanleria estandarerra (EBE13) egokitutakoekin batera.

	Zerbixeko tumoreen kasuak, tasa gordina eta tasa estandarizatua EAEn 2001-2016								
	tumore gaiztoak			in situ tumoreak			tumoreak, guztira		
	Kop.	TG	EBE13	Kop.	TG	EBE13	Kop.	TG	EBE13
2001	75	7,1	6,9	197	18,5	16,4	272	25,6	23,2
2002	82	7,7	7,4	228	21,4	19,1	310	29,1	26,5
2003	92	8,6	8,2	253	23,7	20,8	345	32,3	29
2004	84	7,8	7,5	252	23,5	21	336	31,4	28,4
2005	87	8,1	7,5	271	25,2	22,6	358	33,3	30,1
2006	95	8,8	8,4	263	24,3	22	358	33,1	30,4
2007	91	8,4	7,9	285	26,1	23,9	376	34,5	31,8
2008	96	8,7	8,2	272	24,8	22,8	368	33,5	31
2009	95	8,6	7,8	294	26,6	24,9	389	35,2	32,7
2010	109	9,8	9,3	335	30,2	28,3	444	40	37,6
2011	76	6,8	6,1	335	30,1	28,7	411	36,9	34,8
2012	77	6,9	6,3	398	35,6	34,3	475	42,5	40,6
2013	90	8,1	7,5	387	34,6	33,6	477	42,7	41,1
2014	92	8,3	7,4	379	34	34,5	471	42,2	41,9
2015	91	8,2	7,3	468	41,9	41,9	559	50,1	49,2
2016	83	7,4	6,7	572	51,2	52,9	655	58,7	59,5

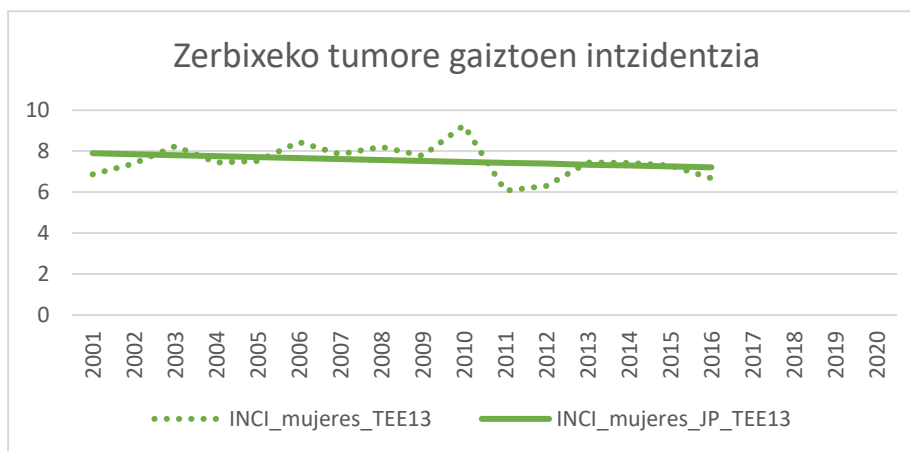


TG: Tasa gordina x 100.000 EBE13: Adinaren arabera doitutako tasa, 2013ko Europako biztanleria estandarrean oinarrituta x 100.000. Iturria: Minbiziaren erregistroa. Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza.

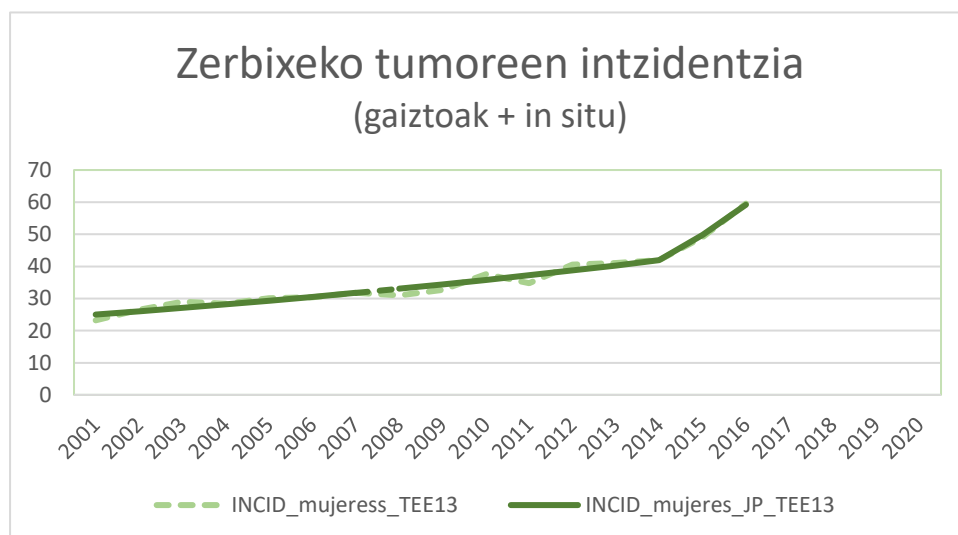
Utero-lepoko tumoreen tasen bilakaerari dagokionez, tumore gaiztoak soilik kontuan hartzen baditugu, ikusten da beherakada ez dela esanguratsua izan 2001-2016 tartetik, urteko aldaketa-ehunekoa -0,6 baino ez baita izan (2.1. grafikoa).

2.1 grafikoa. Zerbixeko tumore gaiztoen intzidentziaren bilakaera EAEn, 2001-2016

2013ko Europako biztanleria estandarrera doitutako tasak eta Joint Point-en doikuntza, -0,6ko PCArekin (ez da esanguratsua)



2.2 grafikoa. Zerbixeko tumore guztien intzidentziaren bilakaera EAEn, 2001-2016



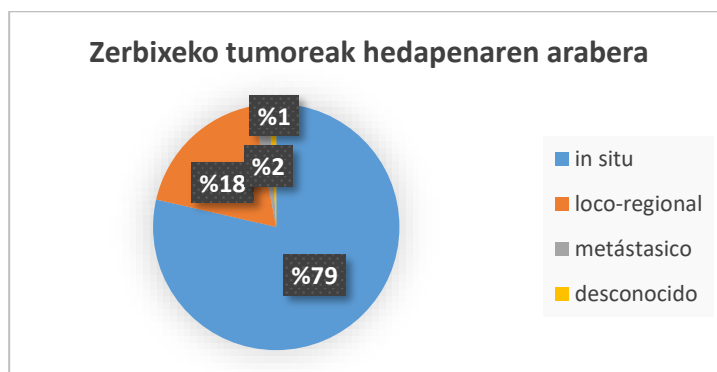
2013ko Europako biztanleria estandarrera doitutako tasak eta Joint Point-en doikuntza, +4,1eko PCA 2014ra arte eta +18,8ko PCA 2014 eta 2016 bitartean (biak ala biak gorakada esanguratsuak)

Hala ere, utero-lepoko tumore guztiek aldi horretan izan zuten bilakaera aztertzen badugu, ikusiko dugu gorakadak inflexio-puntu argi bat izan zuela. Lehenengo zatian, 2001-2014 aldian, igoera esanguratsua izan zen: +4,1eko urteko aldaketa-ehunekoa. 2014-2016 alditik,

gorakada hori bizkortu egin zen, eta oso esanguratsua izan zen: +18,8ko urteko aldaketa-ehunekoa.

Utero-lepoko tumoreen hedapenari dagokionez, gehienak in situ tumoreak izan ziren (% 79); metastasikoak, berriz, guztizkoaren % 2 baino ez ziren izan.

2.3 grafikoa. Zerbixeko neoplasien hedadura EAEn, 2001-2016



2.2 taulan, aztertutako azken bosturtekoko tumoreak ageri dira (2012-2016), adin-taldean arabera, kasu kopuruaren arabera eta adinaren araberako tumore gaiztoen, in situ tumoreen eta tumore guztien tasa espezifikoaren arabera.

Ikus daitekeenez, 20 urtetik beherakoan artean, 3 kasu baino ez daude, eta denak dira, gainera, in situ tumoreak. In situ tumoreen tasarik altuenak 30-34 adin-tarteari dagokio, eta tumore gaiztoenak, aldiz, 45-49 adin-tarteari.

2.2. taula. Utero-lepoko tumoreen adinaren araberako tasa espezifikoak EAEn, 2012-2016 bosturtekoa

Adina	tumore gaiztoak		in situ tumoreak		tumore guztiak	
	Kop.	tesp	Kop.	tesp	Kop.	tesp
<1	0	0	0	0	0	0
1-4	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	3	1,42	3	1,42
20-24	0	0	78	34,53	78	34,53
25-29	7	2,48	361	127,93	368	130,41
30-34	16	4,39	481	131,96	497	136,35
35-39	34	7,73	459	104,31	493	112,04
40-44	36	8,26	329	75,52	365	83,78
45-49	69	15,96	210	48,57	279	64,53
50-54	54	12,73	106	25	160	37,73
55-59	53	13,76	88	22,84	141	36,6
60-64	40	11,61	50	14,51	90	26,12
65-69	30	9,23	26	8	56	17,23
70-74	28	10,89	6	2,33	34	13,22
75-79	24	9,6	4	1,6	28	11,2
80-84	27	11,68	2	0,87	29	12,55
85-89	10	6,57	1	0,66	11	7,22

<b>90-94</b>	4	6,06	0	0	4	6,06
<b>95 eta +</b>	1	5,43	0	0	1	5,43

### 2.3. ZERBIXEKO MINBIZIA DUTEN PERTSONEN BIZIRAUPENA EAE-N

Europar, 2000-2007 urteetan, % 62,4koa izan zen zerbixeko minbiziaren diagnostikotik 5 urtera bitarteko biziraupena. Biziraupenaren baliorik altuena Europa Iparraldeko herrialdeek izan zuten (% 67,1koa), eta baxuena, berriz, Ekialdeko Europako herrialdeek (% 56,9koa). Espainian, zerbixeko minbiziaren kasuan, adinaren arabera estandarizatutako biziraupen erlatiboa % 63,9koa izan zen.

Euskadin, utero-lepoko 1.131 minbizi kasu diagnostikatu ziren 2000 eta 2012 artean, batez beste 87 kasu urtean (tartea: 73-109). Diagnostikoaren batez besteko adina 57 urtekoa izan zen. Aztertutako aldiaren emakumeei diagnostikatutako tumore gaizto guztien % 2 izan ziren zerbixekoak.

Emakume guztien artean, adinaren arabera estandarizatutako biziraupen garbia diagnostikotik urtebetara % 84,8koa izatetik 5 urtera % 63,3koa izatera jaitsi zen. Adinean aurrera egin ahala, biziraupenak behera egin zuen: 55 urtetik beherako emakumeen arteko biziraupen-datuak altuenak ziren, eta 75 urtetik gorakoak, berriz, minimoak.

#### 3.1. taula. Biziraupen garbia 1, 3 eta 5 urtera, adin-taldearen arabera. EAE 2000-2012.

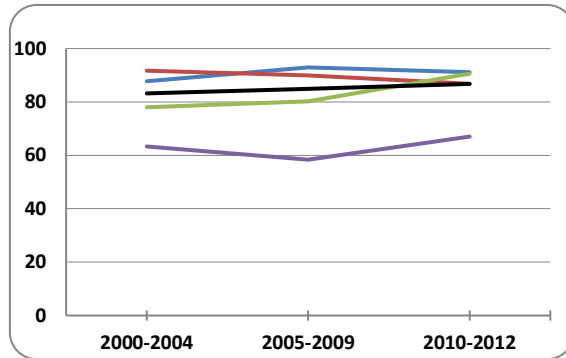
	< 55 urte		55-64 urte		65-74 urte		>=75		Guztira*	
	(566 kasu)		(199 kasu)		(180 kasu)		(180 kasu)		(1.125 kasu)	
Urtea	BG%	MI	BG%	MI	BG%	MI	BG%	MI	BG%	MI
<b>1</b>	90,7	88,4-93,1	89,7	85,5-94,0	81,7	75,9-87,4	62,8	55,3-70,4	<b>84,8</b>	<b>82,7-86,9</b>
<b>3</b>	79,1	75,7-82,5	75,5	69,5-81,6	63,7	56,4-71,0	39,5	31,3-47,7	<b>69,7</b>	<b>67,0-72,4</b>
<b>5</b>	76,5	72,9-80,1	70,1	63,4-76,8	53,1	45,2-61,0	25,5	16,8-34,2	<b>63,3</b>	<b>60,4-66,3</b>

\*Adinaren arabera doituta

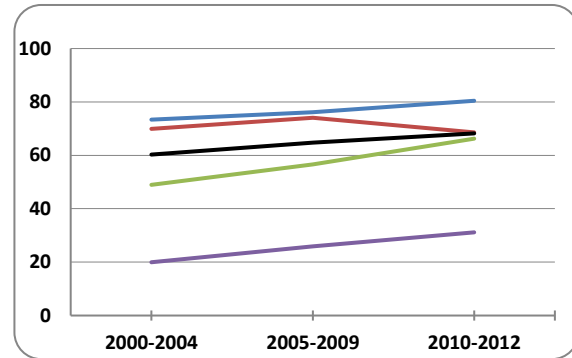
Diagnostiko-aldiaren araberako biziraupena aztertzean, ez da aldaketa esanguratsurik ikusten bilakaeran. Diagnostikotik 5 urtera, biziraupen globala % 60,3koa zen lehen aldiaren, eta % 68,2koa hirugarrenean. Era berean, biziraupen globalak gora egin zuen adin-talde guztietan, 55-64 urteko emakumeen taldean izan ezik<sup>(6)</sup>.

3.1 grafikoa. Biziraupenaren bilakaera (%), diagnostiko-aldiaren eta adin-taldearen arabera. EAE 2000-2012

Biziraupen garbia urtebetera



Biziraupen garbia 5 urtera



— 15-54 — 55-64 — 65-74 — >=75 — Todos

## E. UTERO-LEPOKO MINBIZIAREN PREBENTZIOA

### 1. GAIXOTASUNAREN HISTORIA NATURALA. UTERO-LEPOKO MINBIZIA (ULM) ETA GIZA PAPILOMAREN BIRUSA (GPB)

Utero-lepoko minbiziak (ULM), oro har, 10 urte baino gehiago behar izaten ditu garatzeko, eta, beraz, epe luzea dago minbizia detektatu, tratatu eta sendatzeko.

Umetoki-lepoko minbizia garatzeko beharrezkoak diren lau fase daude: <sup>(10,23)</sup>

1. GPB-AH infekzioa hartu behar da.
2. Infekzio horrek denboran iraun behar du.
3. Infekzio horrek iraun egin behar du, eta minbizi-aurreko lesioak garatu.
4. Infekzio horrek epitelioaren oinarritzko mintza inbaditu behar du.

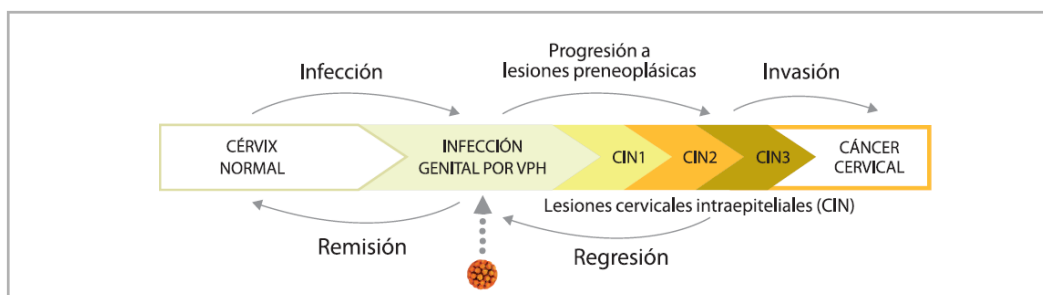


Figura 5 Esquema de un modelo matemático que simula la historia natural del virus del papiloma humano y el cáncer de cuello de útero.

Beraz, GPB-AH infekzioa da zerbixeko minbiziaren eta haren lesio aitzindariaren garapenean inplikaturako kausa-faktore nagusia.

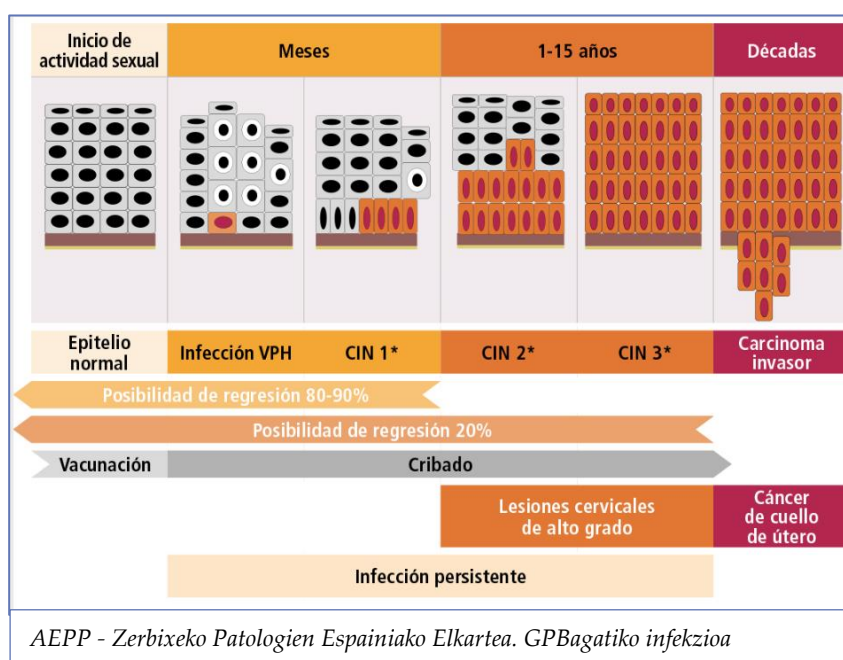
GPB agatik infekzioa da munduko sexu-transmisiozko infekzio guztietatik ohikoena. Hain da horrela, ezen badakigu sexualki aktiboak diren emakumeen % 80 inguru birus horrekin kutsatuko direla beren bizitzan zehar. Infekzioak prebalentzia handiagoa du 30 urtetik beherako emakumeen artean (% 25-35). Infekzio horien % 90 inguru iragankorrak dira, eta infekzioaren ondorengo bi urteetan desagertzen dira. Erantzun immunitario eraginkorra da GPBa berez desagerrarazteko mekanismoak ohikoena. Hala ere, birusa latente egon daiteke, detektatu ezinik, eta urte batzuk geroago berriz aktibatzeko gai da<sup>(24)</sup>.

Kutsatutako emakumeen % 10engan baino ez du irauten GPBak, eta horietatik % 1ek soilik garatuko ditu GPBaren ondoriozko lesio neoplasikoak <sup>(24)</sup>.

Gaur egun, ez dago tratamendurik infekzio honentzat, baina, kasu gehienetan, berez sendatzen da. Berez sendatzeko prozesu horrek zenbait urte iraun dezake, eta, beraz, emakume gehienentzat infekzio iragankorra izaten da, inolako arriskurik ez dakarrena, emakumeen sistema immunologikoak GPBa guztiz desagerrarazten baitu azkenean.

Oro har, halako infekzioak asintomatikoak dira, eta oharkabean igarotzen dira. Halere, kasuen ehuneko txiki batean (% 10-15ean, gutxi gorabehera), sistema immunologikoak ez du lortzen GPBagatik infekzioa desagerraraztea eta aldaketak sortzen ditu utero-lepoko zeluletan. Aldaketa horiek gaiztotu aurreko lesioak eragiten dituzte eta lesio horiek, denborarekin, minbizi bihur daitezke.

Eraldatzeko gaitasuna duten lesioak garatzeko arriskua izugarri aldatzen da GPB mota batetik bestera. Gaiztotu aurreko lesioekin eta zerbixeko minbiziarekin lotutako GPBaren 14 motetatik, 16. eta 18. genotipoek dute irauteko gaitasun handiena, eta horregatik haiek dakarte arrisku onkogeniko handiena (zerbixeko minbiziko kasuen % 70 eragiten dituzte bien artean). Horregatik, ebidentziari jarraikiz, GPBaren genotipoen detekzio espezifikoak balio independentea du minbizi aurreko lesioak garatzeko arriskuari lotutako faktore gisa<sup>(28)</sup>.



*Utero-lepoko minbizia fenomeno ohiko baten konplikazio larri oso ezohiko bat da, GPBaren ondoriozko infekzioarena alegia<sup>(3)</sup>.*

## 2. PREBENTZIOA: TXERTAKETA

Txertaketaren helburua da giza papilomaren birusaren infekzioak eta ondorioak murriztea; batez ere utero-lepoko minbiziaren intzidentzia murriztea.

Txertoak GPB 16 eta GPB 18 genotipo onkogenikoak barne hartzen dituen, zerbixeko minbizia sor dezaketen birusen % 70en aurka babesten du. Australian, txertoak 18-24 urte bitarteko emakumeen artean izan duen eraginkortasunaren emaitzak aztertu dituzte, eta, datuen arabera, zerbixeko infekzioak % 73 murriztu dira (% 94KT % 48-86). Gaur egun, txerto nonabalente berriarekin, infekzioak % 90 ere murriztea espero da.

Sexu-harremanak hasteak ez dakar txertoa jartzeko kontraindikaziorik, baina txertoaren eraginkortasunari eragin diezaioke emakumea txertoak dituen serotipoetako batekin infektatuta badago. Txertoaren eraginkortasunik handiena lortzeko, sexu-harremanak hasi aurretik jarri behar da txertoa.

Utero-lepoko minbiziaren baheketari dagokionez, kontuan izan behar da txertoak giza papilomaren birusak eragindako infekzioa prebenitzeko balio duela. Hala ere, txertoak ezin du infekzioa desagerrarazi eta ezin ditu haren ondorioak saihestu infektatu ondoren.

Medikamentuen Europako Agentziak giza papilomaren birusaren aurkako txertoak baimendu eta merkaturatu ditu, eta Euskadiko Txertaketan Aholkularitza Batzordeak adierazi zuen txerto hori haurren txertaketa-egutegian sartzeak onura gehigarria ekarriko lukeela utero-lepoko minbiziaren prebentzian. Gomendio horri jarraituz, Osasun Sailak txerto hori egutegian sartzea erabaki zuen 2007ko azaroan.

2007tik 2015era bitartean, 13 urteko 50.000 neska baino gehiagok jaso zuten giza papilomaren birusaren aurkako txertoa (xede-populazioaren % 90eko batez besteko estaldura). Txertoa jaso zuten neska horiek utero-lepoko minbiziaren baheketa-programan sartzeko adinera iristen direnean, aztertu beharko da ea posible den baheketa txertatutako kohorteen errealitate epidemiologiko berrira

(infekzioaren prebalentzia txikia) egokitzea, horrela utero-lepoko minbiziaren baheketa-programaren balio iragarle handia mantenduko bailitzateke.

1995etik aurrera jaiotako emakumeei GPBaren aurkako txerto tetrabalentea eman zitzaien (6., 11., 16. eta 18. serotipoak barne hartzen zituen), haurrak txertatzeko egutegiari jarraikiz.

Gaur egun, Euskadin, Gardasil 9® erabiltzen da kasu guztietan. Txertaketa txerto tetrabalenteaz (Gardasil®) hasi zuten pertsonak 9 serotipo dituenaz osa dezakete pauta (Gardasil 9®).

Osasun Sailak giza papilomaren birusaren aurkako txertaketa-programa bat dauka martxan, eta haurren eta arrisku-taldeen txertaketa hartzen du barne<sup>(11)</sup>:

- **Umeen txertaketa:**

Euskadin bizi diren neskek 12 urterekin hartzen dute txertoa; txertaketa ikastetxeetan egiten da, Lehen Hezkuntzako 6. mailan, 0, 6 hilabeteko pautarekin (1995etik aurrera jaiotako emakumeek hartu ahal izan dute txerto hori, eta baliteke egutegi-doiketa baten parte izatea).

Aurrerantzean, 12 urteko mutikoei ere emango zaie GPBren aurkako txertoa. Txertaketa 2023/2024 ikasturtean hasiko da (2012an jaiotako kohortea), eta nesken txertaketa-pauta berbera erabiliko da: 2 dosi eta 6 hilabeteko tartea dosien artean.

- **Arrisku-taldeen txertaketa:**

Populazio-talde jakin batzuek arrisku handiagoa dute giza papilomaren birusak eragindako minbizia izateko. Horregatik, Osasun Sailak jarraian zehaztutako pertsonen txertoa jartzea gomendatzen du. Pertsona horiei hiru dosiko pauta jarriko zaie (0, 2, 6 hilabeteko pauta):

- Immunoeskasia hauek dituzten pertsonak, 45 urtera arte:

- Di George partziala
- Ataxia telagiektasia
- Wiskott-Aldrich
- Immunoeskasia humoral partzialak
- Fagozito-eskasiagatiko immunoeskasiak
- WHIM sindromea
- IgA isolatu sintomatikoaren defizita



- IgG azpiklaseen defizita
  - Guraso hematopoietikoen hartzaileak, 45 urtera arte.
  - GIBaz kutsatutako 9 eta 45 urte bitarteko pertsonak.
  - Prostituzioan diharduten pertsonak, 45 urtera arte.
  - Gizonekin sexu-harremanak dituzten gizonak, 45 urtera arte.
  - Azatioprina bidezko tratamendua duten emakumeak, 45 urtera arte.
  - Edozein adinetako emakumeak, baldin eta CIN2 edo altuagoko lesioa edo adenokartzinoma badute utero-lepoan\*, konizazioa egin behar bazaie edo azken urtean konizatu badituzte, eta alde z aurretik txertorik hartu ez badute.

\*Osasun Sailak EZ ditu arrisku-taldetzat hartzen (eta, beraz, ez dira publikoki finantzatzen) ez giza papilomaren birusaren presentzia, ez CIN1 lesioak.

Txertaketa-pauta aldatu egiten da txertaketa hasteko adinaren arabera:

- 13 urtera arte, bi dosi (0, 6).
- 14 urtetik aurrera, hiru dosi (0, 2, 6).

Advisory Committee on Immunization Practices - ACIPren gomendioen arabera, txertaketa denbora luzez eteten bada, hutsetik hasi beharrik gabe berrekin ahal zaio pautari<sup>(25)</sup>.

UMEEN TXERTAKETA - EGUTEGIA EUSKADI 2023					
2 hilabete	4 hilabete	6 hilabete	11 hilabete	12 hilabete	15 hilabete
B hepatitis	B hepatitis		B hepatitis	Elgorria	Barizela
Difteria	Difteria		Difteria	Errubeola	
Tetanosa	Tetanosa		Tetanosa	Parotiditisa	
Kukutxeztula	Kukutxeztula		Kukutxeztula		
Poliomielitisa	Poliomielitisa		Poliomielitisa		
<i>Haemophilus influenzae b</i>	<i>Haemophilus influenzae b</i>		<i>Haemophilus influenzae b</i>		
Neumokokoa	Neumokokoa		Neumokokoa		
B meningokokoa	B meningokokoa			B meningokokoa	
	C meningokokoa			C meningokokoa	
		Gripea <sup>3</sup>			
4 urte	6 urte	10 urte	12 urte	16 urte	
Elgorria	Difteria	Barizela <sup>2</sup>	Papilomabirusa <sup>3</sup>	Difteria <sup>4</sup>	
Errubeola	Tetanosa			Tetanosa <sup>4</sup>	
Parotiditisa	Kukutxeztula		ACWY meningokokoa		
Barizela	Poliomielitisa <sup>1</sup>				
Gripea <sup>3</sup>					

1.- 2017ko urtarilaren 1etik aurrera jaiotakoak.  
 2.- 2015 baino lehen jaiotakoak, bertorik eta infekzio-aurrekaririk gabe.  
 3.- Bi dosi: 2.dosia, lehenengoa jarri eta 6 hilabetera.  
 4.- Komeni da 65 urterekin oroit zapien-dosia hartzea.  
 5.- Dosi 1: 6 hilabetetik 59 hilabetera arte.



Laburbilduz, txertoek babes eraginkorra ematen dute utero-lepoko gaiztotu aurreko lesioak eta lesio gaiztoak sortzen dituzten GPB mota nagusien kontra. Hala ere, momentuz baheketa erabakigarria da hainbat arrazoiengatik: ez zaie txertoa sistematikoki jartzen sexualki aktiboak diren emakume heldu guztiei; neska guztiek ez dute txertoa jasoko; txertoak ez du babesten GPB mota onkogeniko guztien aurka, eta txertoaren onurak gaur egun txertatuta dauden neskak helduarora iristen direnean lortuko dira.

### 3. PREBENTZIOA: PRESERBATIBOA ERABILTZEA

Giza papilomaren birusaren aurkako txertoak ezarri arte, preserbatiboa zen GPBaren lehen mailako prebentzioa ahalbidetzen zuen antisorgailu bakarra, eta infekzio hori nabarmen murrizten zuen.

GPBa sexu-harremanen bidez transmititzen da (homosexualak zein heterosexualak izan). Koitorik gabe ere, genitalen arteko kontaktuaren bidez transmititu daiteke.

Preserbatiboa behar bezala erabiltzeak nabarmen murrizten du transmisio-arriskua, baina ez du erabat desagerrarazten; izan ere, GPBak, esan bezala, eragina izan dezake preserbatiboak estaltzen ez dituen eremuetan.

Birus hau duten gehienek ez dute sintomarik izaten, eta oharkabea transmititu dezakete. Zenbat eta sexu-bikotekide gehiago izan, orduan eta handiagoa da GPBaz kutsatzeko arriskua.

Ezin da ziurtasunez jakin GPBaren infekzioa noizkoa edo nork kutsatua den. Pertsona batek GPBa urte askoan izan dezake detektatu baino lehen. Beraz, GPBa izateak ez du zertan esan nahi pazienteak edo bikotekideak sexu-harremanak izaten dituela beste norbaitekin.

Preserbatiboa egoki eta zuzen erabiltzearen garrantzia azpimarratu behar da (manipulazioa, zainketak, harremanen hasiera-hasieratik erabiltzea, hanpadura galdu aurretik kentzea, etab.), eta sexu-harreman guztietan erabili behar da; izan ere, preserbatiboa behar bezala eta beti erabiltzeak murriztu egiten du GPBaz kutsatzeko arriskua, baita GIB, Chlamydia, Trichomonas, Neisseria eta Lues birusez kutsatzekoa ere.

Harreman egonkorrik ez duten pertsonen kasuan, preserbatiboa eta beste antisorgailu batzuk erabiltzeak (metodo bikoitza) babes segurua eskaintzen du STIen aurrean (GPBa barne).

GPBaz kutsatutako pertsonen kasuan, preserbatiboa behar bezala eta beti erabiltzeak lesioek aurrera egiteko arriskua murrizten du, eta birusa argitzea eta lesioek atzera egitea errazten du<sup>(10)</sup>.

#### 4. PREBENTZIOA: GIZA PAPILOMABIRUSAK ERAGINDAKO INFEKZIOAREN IRAUNKORTASUNA MURRIZTEA

Infekzioak irauteko eta aurrera egiteko arrisku-faktoreak zehaztu ez badira ere, zenbait kofaktoreen ebidentziak zehaztu dira. Kofaktore horiek hiru kategoriatan sailka daitezke: <sup>(10)</sup>

- **Ingurumeneko kofaktoreak edo exogenoak:** tabakoaren kontsumoa, ahotiko antisorgailuak denbora luzez hartzea, erditze kopuru handia eta sexu-transmisiozko beste gaixotasun batzuk ere izatea.
- **Kofaktore biralak:** GPB mota espezifikoaren infekzioa, aldi berean beste GPB mota batzuetako birusez kutsatuta egotea, karga birala eta birusen integrazioa.
- **Ostalariaren kofaktoreak:** hormona endogenoak, faktore genetikoak eta erantzun immunitarioarekin lotutako beste faktore batzuk barne.

**Garapenerako kofaktoreen** artean, honako hauek nabarmentzen dira:

##### *Tabako-kontsumoa*

Emakume erretzaileen muki zerbikalean, tabakotik eratorritako produktuak identifikatu dira. GPBak eragindako infekzioa duten emakume erretzaileek arrisku handiagoa dute utero-lepoko kartzinoma ezkatatsua garatzeko. Zenbat eta gehiago erre egunean, orduan eta handiagoa da arriskua.

Tabakoaren kontsumoak murriztu egiten du immunitate-sistemak GPBगतiko infekzioa desagerrarazteko duen gaitasuna, immunodepresio lokala eragiten baitu eta horrek zaildu egiten baitu argitze birala.

Nikotinak eta kotininak eragin zuzena eta negatiboa dute DNA zelularrean, baita tabakoaren kearen kartzinogenoek ere (bentzopirenoak...).

Meta-analisi berri baten emaitzen arabera, tabakismo pasiboak utero-lepoko minbizia izateko arriskua nabarmen, eta modu independentean areagotu dezake.

## *Antisorgailuak erabiltzea*

### HORMONALAK

OMEren 2015eko hautagarritasun-irizpideen arabera, SIL/CIN lesioaren bat duten emakumeak 2. kategoriakoak dira baldin eta ahotiko antisorgailu hormonal konbinatuak (AAHK) eta ahotikoak ez direnak (adabakia eta baginako eraztuna) erabiltzen badituzte. (Hala ere, gogoratu behar da antisorgailu hormonalak erabiltzearen abantailak arrisku teorikoak edo frogatuak baino handiagoak direla oro har).

Harreman positiboa dago AAHK denbora luzez erabiltzearen (5 urtez baino gehiago) eta utero-lepoko minbizia garatzearen artean, baina badirudi arrisku hori murriztu egiten dela AAHK-k utzi eta 5-10 urtera. GPBaz kutsatuta dauden eta denbora luzez AAHK-k erabili dituzten emakumei jakinarazi behar zaie erabileraren ondoriozko onurak, oro har, arriskuak baino handiagoak direla (Ebidentziaren kalitatea: txikia. Aldeko gomendio ahula) <sup>(12)</sup>.

Osasun-langileek jakin behar dute balitekeela AAHK-k erabiltzeak zerbixeko minbizia garatzeko arriskua pixka bat areagotzea, eta egiaztatu behar da emakume horiek egunean dutela zerbixeko minbiziaren baheketa. Era berean, profesional sanitarioek AAHK erabiltzearen onura/arriskua kontuan hartu behar dute, eta, horretarako, emakumearen alderdi guztiak (hilekoaren aurreko sindromea, dismenorrea, hirtsutismoa, zikloaren kontrola, eskura dauden antisorgailuak) eta GPBaren infekzioarenak (lesio histologikoaren maila, birusaren iraupena, emakumearen adina...) baloratu behar dituzte (Ebidentziaren kalitatea: moderatua. Aldeko gomendio sendoa) <sup>(12)</sup>.

Antisorgailuak erabiltzen dituzten emakumei GPBak eragindako infekzioa edo lesioa diagnostikatzen zaienean, komeni da preserbatiboa modu isolatuan edo metodo bikoitz gisa erabiltzea gomendatzea.

### HESIA. PRESERBATIBOA

Azterlan batzuen arabera, preserbatiboak % 70era arte murrizten du GPBagatiko infekzio-arriskua, baina egia da infektatutako genitalen larruazala ukitze hutsak edo ahoko sexuak birusa transmititzea eragin dezakeela. Esan bezala, GPBaz kutsatutako pertsonen kasuan, preserbatiboa behar bezala eta beti erabiltzeak lesioek aurrera egiteko arriskua murrizten du, eta birusa argitzea eta lesioek atzera egitea errazten <sup>(10)</sup>.

### *Aldi berean beste STG batzuk izatea*

GPBaz gain aldi berean sexu-transmisiozko beste patogeno batzuen infekzioa izateak (*Chlamydia trachomatis*, adibidez) minbizia garatzeko arriskuan nolako eragina duen aztertu duten ikerlanen emaitzak ez dira erabatekoak. Horregatik, ez dago adostasunik koinfekzioa progresio-faktorea dela esan ahal izateko <sup>(10)</sup>.

Ez dago justifikatuta zerbixeko minbiziaren baheketa-bisita erabiltzea beheko traktu genitaleko infekzioen baheketa egiteko <sup>(20)</sup>.

### *Immunitatea aldatzen duten gaixotasunak*

Emakumearen immunitate-sisteman eragina duen edozein gaixotasun edo tratamendu mediko kontuan hartu beharko da, emakume horiek arrisku handiagoa baitute infekzioaren iraupenari dagokionez. Beraz, beharrezkoa da kasu bakoitza aztertzea: GIBaz kutsatuta dauden, transplanterik izan duten, immunoezabatzaile bidezko tratamenduak hartzen dituzten...

GIBak eragindako infekzioak 2-22 aldiz handitzen du utero-lepoko minbizia garatzeko arriskua. GIBaz kutsatutako emakume gehien-gehienak giza papilomaren birusaz ere kutsatzen dira.

GIBak eragindako immunodepresioak handitzen du minbiziak aurrera egiteko arriskua, ez birusak berak. Duela gutxiko azterlan baten arabera, antirretobiralen tratamenduak behar bezala jarraitzeak murriztu egiten du GPBa hartzeko arriskua, baita epitelio barruko lesioen intzidentzia eta garapena ere <sup>(10)</sup>.

## 5. PREBENTZIOA: BAHEKETA

Baheketa osasun publikoko ekimen bat da; zehazki, sintomarik ez duten pertsoneri aldezturik baliozkotutako test bat aplikatzean datza, eta helburua da gaixotasun jakin baten ondoriozko hilkortasuna murriztea.

Emakume osasuntsuak zerbixeko zitologiaren bidez bahetzearen eraginkortasuna aski frogatu da; izan ere, hainbat herrialdetan, utero-lepoko minbiziaren intzidentzia eta heriotza-tasa % 70-80 murriztu da baheketa egoki eta sistematikoari esker<sup>(2)</sup>. Azken urteotan, ebidentzia zientifikoak erakutsi du GPB proba bat duen baheketa primarioak zitologiak baino sentikortasun handiagoa duela

gaiztotu aurreko lesioak detektatzeko, eta, beraz, eraginkorragoa dela zerbixeko minbiziaren prebentzioan.

Baheketaren helburu nagusia da ULMaren intzidentzia eta heriotza-tasa murriztea. Ahal dela, baheketak honako hauek identifikatu behar ditu: batetik, garapen-arrisku handiena duten lesio aitzindariak dituzten emakume asintomatikoak eta, bestetik, ULMa hasierako fasean duten emakumeak. Izan ere, garaiz identifikatuz gero, lehenengo multzoko emakumeek, tratamendua jasoz gero, ez dute gaixotasuna garatuko, eta bigarren multzokoek tratamendu ez hain erradikalak eta eraginkortasun handiagokoak jaso ahalko dituzte. H-SIL/CIN3 lesioa minbiziaren lesio aitzindarizat hartzen da, eta, beraz, baheketaren eraginkortasuna baloratzeko modurik onena da <sup>(26)</sup>.

Utero-lepoko minbizi guztiak prebenitu nahi izatea utopikoa da. Ez dago % 100eko sentsibilitatea duen probarik, eta, beraz, beti geratzen da minbizi-arrisku txiki bat baheketa-erronda baten ondoren (negatibo faltsuak edo progresio azkarreko neoplasiak izateko arriskua).

Gaur egun, baheketarik eza da utero-lepoko minbizia garatzeko arrisku-faktorarik garrantzitsuenak. Espainian, ULMa diagnostikatu zaien emakumeen % 60-70ek ez zuen baheketa-probarik egin diagnostikoaren aurreko 10 urteetan <sup>(28)</sup>. Euskadin, zerbixeko minbizia zuten 65 urtetik beherako emakumeen % 72k ez zuen baheketarik egin aurretik edo baheketa desegokia izan zen (2018-2021eko azterlana).

Populazio-baheketa prebentzio-jarduera komunitatean bizi diren pertsona guztiei sistematikoki aplikatzean datza. Horretarako, xede-populazioko pertsona bakoitzari gonbidapen bat bidaltzen zaio, programa antolatu baten baitan. Beraz, osasun-sisteman integratuta dagoen prozesu antolatu bat da, eta, bertan, jarduera guztiak planifikatuta, koordinatuta, monitorizatuta eta ebaluatuta daude, kalitatea etengabe hobetzeko esparru baten barruan, eta eraginkortasun- eta ekitate-printzipioak bermatzen dira.

Biztanleria-baheketaren eredian, azpiegitura bat sortzen da osasun-sistemak xede-populazioari jakinarazteko proba egitera joan behar duela. Eredu horrek ezaugarri hauek izan behar ditu:

- Egitura propioa du, errolda bat erabiltzen da xede-biztanleria erakartzeko, eta bertaratu ez diren emakumeei berriz dei egiteko sistemak ditu.

- Estaldura egokia du (bahetutako biztanleria: % 80tik gora).
- Proba errepikatzeko denbora-tartea errespetatzen du.
- Baheketa-teknika baliozkotua eskaintzen du.
- Baheketa-proben kalitate-kontrola ziurtatzen du.
- Deribazio-, tratamendu- eta jarraipen-zirkuitu propioak ezartzen dira detektatutako kasuetarako.
- Prozesu osoa monitorizatu eta erregistratzen da.

Baheketa oportunistako programek zein programa antolatuek ULMa murriztea lor dezakete, baina baheketa antolatuak bidezkoagoak, eraginkorragoak eta efizienteagoak dira.

#### *Politika sanitarioa*

ULMaren biztanleria-baheketa egiteko politika ezartzeak lehentasuna izan behar du bai Espainian bai Europako gainerako herrialdeetan, "*European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening*" dokumentuan adierazten den bezala (13,14). Aitzitik, prebentzio primarioaren eta baheketaren estaldura suboptimoa bada eta proba eta baheketa-pauta desagokiak erabiltzen badira, baliteke kostua handitzea eta zerbixeko minbiziaren intzidentzia eta heriotza-tasa ez murriztea (2,19).

OMEk, 2020an, estrategia orokor bat landu zuen, zeinak helburu gisa duen 2030ean mundu osoko nesken % 90ek 15 urte bete aurretik txertoa jarrita izatea, emakumeen % 70ek bizitzan bi aldiz -35 eta 45 urterekin- baheketetan parte hartzea eta minbizi aurreko lesioak diagnostikatu zaizkien emakumeen % 90ek tratamendu eraginkorra jaso ahal izatea (29).

GPBa detektatzeko tekniken, GBParen aurkako txertoaren eta ezagutza zientifikoan egindako aurrerapenen ondorioz (utero-lepoko minbiziaren baheketan kalitatea bermatzeko Europako gida eguneratuetan islatu dira aurrerapen horiek), Osasun Sistema Nazionalak baheketa hori nola eskaintzen zuen berrikusteko beharra planteatu zuen, baheketa funtsezkoa baita Espainian minbizi mota hau prebenitzeko.

2019ko apirilaren 26an, argitara eman zen Osasun Sistema Nazionalaren zerbitzu komunuen zorroa ezartzen duen irailaren 15eko 1030/2006 Errege Dekretua berriz eguneratzen duen SCB/480/2019 Agindua. Bertan, honako hau zehaztu zen:

- Utero-lepoko minbiziaren biztanleria-baheketarako irizpide orokorrak:
  - a. Xede-populazioa: 25 eta 65 urte bitarteko emakumeak.
  - b. Baheketa-proba primarioa eta miaketen arteko tartea:
    - i. 25 eta 34 urte bitarteko emakumeak: zitologia 3 urtean behin.
    - ii. 35 eta 65 urte bitarteko emakumeak: arrisku handiko giza papilomabirusaren proba (GPB-AH) 5 urtean behin.
  
- Zerbixeko minbiziaren populazio-baheketa pixkanaka ezartzea, 2024rako gonbidapen-estaldura % 100era hurbil dadin <sup>(15,16)</sup>.

Duela 25 urtetik baino gehiagotik, Osakidetza modu oportunistan eskaintzen du utero-lepoko minbiziaren lesio aitzindariak detektatzeko zitologia. 1999an egin zen lehen dokumentua, "**Adostasun-agiria. Zerbixeko zitologiaren preskripzioa Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzuan**" izenburukoa.

Hamar urte geroago, 2009an, baheketa-protokoloa eguneratu zuen Osasun Saileko eta Osakidetzako Zuzendaritza Nagusiko profesionalek eta Obstetriziako eta Ginekologiako, Onkologiako, Mikrobiologiako eta Anatomia Patologikoko ospitale-zerbitzuetako arduradunek osatutako beste lantalde batek. Protokolo horri "**Osakidetzan umetoki-lepoko minbizia bahetzeko programa**" <sup>(20)</sup> deitu zioten, eta Minbiziaren Aholkularitza Batzordeari aurkeztu zioten 2018ko apirilaren 24an.

Geroago, jatorrizko baheketa-programa oportunistak gaur egun dugun populazio-baheketako programa bihurtu da, zenbait mugarriri esker:

- EAEko utero-lepoko minbiziaren baheketa-proba guztiak zentralizatzea.
- GPB-AH birusaren detekzioa 35 urtetik gorako emakumeen baheketa-proba primario bihurtzea.



- Ingurune likidoa ezartzea laginak biltzeko, eta laginen prozesamenduaren kalitatea handitzea.
- Osabide (historia kliniko elektronikoa) eta baheketa-prozesu osoa kudeatzeko eta ebaluatzeko beharrezkoak diren tresna informatikoak garatzea.
- Programa koordinatzeko talde bat eratzea. Talde horrek programaren oinarriak eta biztanleria-baheketako programaren diseinua ezarri ditu, eta programa fase guztietan koordinatu eta ebaluatzeaz arduratzen da.

**2018-2023ko Euskadiko Onkologia Planaren**<sup>(3)</sup> helburuetako bat da zerbixeko minbiziaren baheketa egiteko programa bat ezartzea, egungo baheketa oportunistaren ordeztu biztanleria osoa barne hartzeko.

Aldaketa horiek guztiek oinarria ezarri dute egungo Euskadiko Zerbixeko Minbizi Bahetzeko Biztanleria Programa diseinatzeko. Programa hori 2018ko ekainean abiarazi zen.

Programaren egungo helburuak bi dira nagusiki:

- Txanda guztietan prozesua ebaluatu eta monitorizatzea, programan parte hartzeko gonbidapenez hasi eta baheketa-txanda bakoitza amaitu arte edo emakumea programatik irten arte, dela baheketa-probaren emaitza negatiboa izan delako, dela zerbixeko patologien unitatean egingo diotelako jarraipena.
- Hobekuntza-estrategiak ezartzea, gonbidapenen eta parte-hartzearen estaldura handitzeko.

#### *Baheketaren onurak*

Baheketaren onura nagusiak honako hauek dira:

1. Garaiz detektatu ondoren tratatutako emakumeek sendatzeko aukera dute; baheketarik ezean, minbizi inbaditzailearen ondorioz hilko lirateke.
2. Detekzio goiztiarrari esker, hain gogorrak ez diren tratamenduak egin ahal dira, eta horrela, bizikaltatea hobetzen da.
3. Onura psikologikoa, baheketa-probaren emaitza negatiboak gaixotasunik gabeko segurtasun-tarte bat eskaintzen duela jakiteagatik (ULM bat garatzeko gutxieneko arriskua)

#### *Baheketaren kalte potentzialak*

Fisikoak eta psikologikoak izan daitezke:

1. Miaketarekin lotutako min fisikoak, hala nola lesioen tratamenduaren ondoriozko mina, odoljarria edo konplikazioak.
2. Minbizi aurreko lesioen tratamenduei lotutako kontrako ondorio obstetrikokoak.
3. Antsietatea, baheketa anormala jaso, azterketa kolposkopikoa egin eta tratamendua jasotzean. Alderdi hori garrantzitsuagoa da GPBaren proba erabiltzen denean, emakume askok emaitza positiboak izan baititzakete lotutako lesiorik izan gabe. Emaitza positibo bat izateak, miaketa gehigarriak egiteak edota hilabeteak itxaron behar izateak infekzioak jarraitzen duen egiaztatzekeo antsietatea eta bikote-harremanetan kontrako inpaktua eragiten dituzte askotan. Hala ere, azpimarratu behar da halako egoeretan sortutako antsietatea arindu egiten dela aste gutxitara <sup>(26)</sup>.
4. Progresiboa ez den lesio epitelial bat detektatzea – gaindiagnostikoa, beharrezkoak ez diren tratamenduak eragin ditzakeelako.
5. Emaitza positibo faltsua, antsietatea eta alferreko azterketa diagnostikokoak eta tratamenduak dakartzalako, baita horiekin lotutako morbiditatea ere (ugalketan eragina izan lezake).
6. Emaitza negatibo faltsua, minbizia edo lesio progresiboa izatekotan segurtasun sentrazio faltsua ematen duelako eta diagnostiko eta tratamendu posibleak atzeratzen dituelako.

### *GPB-AH detektatzea genotipatuarekin*

200 GPB mota baino gehiago daude. Horietako 15-20 inguruk eragin desberdinak dituzte gizonezkoen eta emakumezkoen genitalean. Bi talde handitan bana ditzakegu:

- **Arrisku handiko birusak edo onkogenikoak (GPB-AH)** minbiziaren lesio aitzindariak garatzeko gaitasuna duten lesioak dira. Honako hauek identifikatu dira: **16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56 eta 58**. Horien artean, 16 eta 18 motakoak dira zerbixeko minbizien % 70en eragileak.
- **Arrisku txikiko birusak (GPB-AT):** 6, 11, 54, 55 eta 57 motakoak; ez daude erlazionatuta minbiziarekin eta lesio onberak eragiten dituzte. 6 eta 11 motakoek genitaleko garatxoaren % 90 eragiten dituzte.

Argitaratutako datuek erakusten dutenez, baheketaren proba primarioa GPB-AH testa izateak % 60-70 gehiago babesten du zerbixeko kartzinoma inbaditzailearen aurka, zitologiarekin alderatuta (balio igarle negatibo onena)<sup>(22)</sup>. GPBaren detekzioan oinarritutako baheketa-entsegu aleatorizatu handien

datuen arabera, egokia da 30-35 urtetik aurrerako emakumeekin proba hori erabiltzea, bai eta baheketa-txanden arteko tartea gutxienez 5 urtera arte handitzea ere.

ULMaren intzidentzia metatua txikiagoa izan zen GPBaren proba negatibo batetik 5,5 urtera, zitologia negatibo batetik 3,5 urtera baino. Gainera, GPBaren probak zitologiak baino onura handiagoa dakar adenokartzinoma duten kasuak detektatzeari dagokionez.

Proba horren ondorio negatibo potentzialak honako hauek dira: emaitza positibo gehiago egotea eta emaitza horiek kolposkopia diagnostikora gehiagotan deribatzea; zerbixeko biopsia gehiago egitea, eta CIN2+ lesioen (potentzialki atzerakoiak) gaindiagnostikoa, batez ere emakume gazteen artean.

GPBaren genotipoaren emaitzak HSIL/CIN3+ garatzeko arriskuari buruzko informazioa ere ematen du, eta, beraz, jokabide klinikoari eragiten dio. GPB 16/18agatiko infekzioa duten emakumeek HSIL/CIN3+ izateko berehalako arrisku handiagoa dute arrisku handiko beste genotipo batzuekin infektatutako emakumeek baino. Estatu Batuetako Kaiser Kohorte Iraunkorraren datuen arabera, HSIL/CIN3+ izateko berehalako arriskua % 5,3koa da GPB16agatiko infekzioa eta zitologia negatiboa zuten emakumeengan. Hala ere, 16 eta 18 motakoak ez diren arrisku handiko beste GPB genotipo batzuek eragindako infekzioa eta zitologia negatiboa, ASC-US eta L-SIL zuten emakumeek HSIL/CIN3+ izateko % 1,3ko, % 2,8ko eta % 3,7ko berehalako arriskua zuten, hurrenez hurren, eta 5 urterako arriskua % 2,2koa, % 4,0koa eta % 4,7koa zuten, hurrenez hurren.

Beste GPB mota batzuek eragindako infekzioa (ez 16/18) ASC-H eta AGC emaitzekin lotzen bada zitologian, berehalako arriskua % 11koa eta % 5,4koa da, hurrenez hurren. GPB proba positiboa (GPBaren genotipoa edozein dela ere) eta zitologian H-SIL+ emaitza duten emakumeek % 30etik gorako berehalako arriskua dute H-SIL/CIN3+ izateko, eta GPB16 positiboa eta H-SIL zitologia dutenek, % 60ko arriskua <sup>(26)</sup>.

GPB-AH proba erabiltzen bada baheketa primario gisa, ez da erabili behar zitologiarekin batera (kotesta); izan ere, estrategia horrek sentzibilitatea pixkatxo bat hobetzea baino ez dakar, eta, espezifikotasuna galtzeaz gain, positibo faltsuak areagotzea ere eragiten du (balio igarle positiboaren galera). Gainera, test bikoitza egiten bada, pertsona gehiago deribatzen dira kolposkopiara, eta horrek albo-ondorio gehiago eta kostu ekonomiko handiagoa izatea dakar.

SEGO (Espainiako Ginekologia Elkarte), AEPP (Espainiako Patologia Zerbikalaren eta Kolposkopiaren Elkarte), SEAP (Espainiako Anatomia Patologikoko Elkarte) eta SEC (Espainiako Zitologia Elkarte) erakundeek adierazten dutenaren arabera, 30-65 urteko emakumeen baheketa klinikoki baliozkoa den GPB-AH proba batekin egin behar da 5 urtean behin (*aukera hobetsia*), baina *aukera onargarria* da 3 urtez behin zitologia egitea baheketa gisa (2,15).

### Arriskueta oinarritutako baheketa

Arriskuan oinarritutako jokabide kliniko *Equal management of equal risk* (arrisku-maila bererako jokabide kliniko bera) printzipioan oinarritzen da, eta, baheketa-proben emaitzak baloratzeaz gain, genotipoaren azterketari, triaje-probari eta aurretiazko baheketa-historiari esker arriskua aldatzen duten faktoreak hartzen ditu kontuan (28).

### Arrisku-atalasea eta jarrera kliniko:

Arriskuaren estratifikazioa hainbat jarduketara klinikotan proposatzen da:

1. Ohiko baheketara itzultzea, arrisku txikiko emaitzetan
2. Aldi aldakor batean jarraipena egitea, proba-errepikapenaren bidez, arrisku ertaineko emaitzetan.
3. Kolposkopiara deribatzea, arrisku handiko emaitzetan.

H-SIL/CIN3+ izateko berehalako arrisku-mailak eta AEPCCk gomendatutako jardun klinikoarekin parekatzea (28)

Riesgo inmediato de HSIL/CIN3+	Resultados de pruebas de cribado	Actuación clínica según umbral de riesgo
≥ 25%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Citología HSIL o ASC-H, ACG, AIS o carcinoma (independientemente de resultado de la prueba VPH)</li> </ul>	Colposcopia
≥ 10 - 25%	<ul style="list-style-type: none"> <li>VPH 16/18 y citología (<i>traje</i>) ASC-US o LSIL</li> </ul>	
≥ 5 - 10%	<ul style="list-style-type: none"> <li>VPH 16/18 y citología (<i>traje</i>) negativa</li> <li>VPH positivo (no genotipado) y citología (<i>traje</i>) ASC-US o LSIL</li> </ul>	
≥ 0,5 - 5%	<ul style="list-style-type: none"> <li>VPH positivo (no genotipado) y citología (<i>traje</i>) negativa</li> <li>VPH no 16/18 y citología (<i>traje</i>) negativa, ASC-US o LSIL</li> <li>Citología LSIL y VPH (<i>traje</i>) negativo</li> </ul>	Seguimiento con pruebas de cribado (en 1 año)
≥ 0,15 - 0,5%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Citología (cribado) negativa</li> <li>Citología ASC-US y VPH (<i>traje</i>) negativo</li> </ul>	Seguimiento con pruebas de cribado (a los 3 años)
< 0,15%	<ul style="list-style-type: none"> <li>VPH (cribado) negativo</li> </ul>	Cribado rutinario



## F. ARRISKUETAN OINARRITUTAKO EUSKADIKO POPULAZIOAREN BAHEKETA-PROGRAMA BERRIA

Zerbixeko minbizia bahetzeko gida klinikoen estandar berrien arabera, Euskadiko biztanleen artean utero-lepoko minbizia bahetzeko programa H-SIL/CIN3+ izateko edo garatzeko berehalako eta 5 urterako arriskuaren kalkuluan oinarritzen da <sup>(28)</sup>.

**Lagina ingurune likidoan hartuko da.** Hala, erabilitako material berarekin azterketa geroratua egiteko aukera dago GPB-AH probarekin edo zitologiarekin (reflex), emakumea berriro etorrarazi eta lagina berriz hartu behar gabe.

35 eta 65 urte bitarteko emakumeentzako hasierako proba GPB-AH bidez egingo da, genotipatuarekin batera: GPB 16; GPB 18; GPB arrisku handiko beste genotipo batzuk (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 eta 68). Kasu positibo guztietan, triaje-proba bat egingo da zitologia zerbikobaginalarekin, baheketaren espezifikotasuna eta balio prediktibo positiboa hobetzeko. 25-34 urteko emakumeentzat, gomendatutako baheketa-proba primarioak zitologia zerbikobaginala izaten jarraituko du. Zitologia alteratuaren kasuan, GPB-AH genotipatua detektatzeko triaje-probarekin batera egingo da.

Horrez gain, baheketaren historia indibiduala ere hartuko da kontuan, arriskua banaka osatu eta doitzeko populazio-baheketa baten baitan.

### 1. XEDE-POPULAZIOA

Baheketak 25 eta 65 urte bitarteko emakumeak hartzen ditu barne. Ez da gomendatzen baheketa 25 urte bete aurretik egitea, sexu-harremanak edo bestelako arrisku-faktoreak gorabehera.

25 urtetik beherakoen artean ULMaren intzidentzia oso-oso txikia da, eta ez da frogatu baheketa sistematikoak inolako onurarik daukanik intzidentzian murrizten. 25 urtetik beherakoen artean, ULMaren prebentzio primarioa sustatu behar da. Gai hau xehekiago garatu da dokumentu honen E atalean.

Era berean, baheketa 65 urterekin amaitu behar da, baldin eta irizpide hauek betetzen badira:

- Aurretiko baheketa egoki eta negatiboa aurreko azken 10 urteetan, zelula gaiztoei dagokienez / GPB-AH negatiboa.
- Azken 25 urtean CIN2tik gorako lesiorik edo ULM aurrekaririk ez izatea.

## **SALBUESPENAK.**

Programak Euskadiko 25 eta 65 urte bitarteko emakume guztiak gonbidatzen ditu parte hartzera. Nolanahi ere, zenbait arrazoi direla medio, baliteke emakume horietako batzuek programan ez parte hartzea, dela **aldi baterako** (baheketa-txanda bertan behera uztea; adinagatik dagokionean deituko zaio berriro, hau da, 3/5 urteren buruan), dela **behin betiko** (programak ez du berriro parte hartzera gonbidatuko).

### **ALDI BATERAKO SALBUESTEKO ARRAZOIAK**

- Zerbixeko patologiaren kontrolpean egotea.
- Baheketa-proba klinika pribatu batean egitea. Proba motaren berriazko informazioa eta gonbidapena jaso ondoren, proba ez egitea erabaki du\*.
- Azken 12 hilabeteetan Osakidetzan baheketa-proba bat eginda izatea\*.
- Haurdunaldi baten bigarren edo hirugarren hiruhilekoan egotea. Hitzordua eman ustezko erditze-datatik 4 hilabetera.
- Ez izatea sexu-harremanik. Informazioa jaso ondoren, ez duela proba egin nahi adieraztea\*.
- Erabaki informatu boluntarioa. Informazioa jaso ondoren, ez duela proba egin nahi adieraztea.
- Euskaditik kanpo bizi dela jakinaraztea.
- Proba egitea eragozten duen aldi baterako gaixotasuna edota aldi baterako mugiezintasuna.

### **BEHIN BETIKO SALBUESTEKO ARRAZOIAK**

- Patologia onberaren ondoriozko erabateko histerektomia (histerektomia subtotala salbuetsita).
- Obulutegiko, endometrioko, uteroko edo baginako minbiziaren ondoriozko histerektomia; Ginekologia Zerbitzuaren kontrolpean.
- Zerbixeko minbizia diagnostikatuta izatea; Ginekologia Zerbitzuaren kontrolpean.
- Zerbixik ez izatea, uteroaren edo utero-lepoaren agenesiagatik.
- Zerbixik ez izatea transexuala izateagatik\*.
- Gaixotasun terminala.
- Gaixotasun edo mugiezintasun iraunkor bat izatea eta ezin izatea proba egin.

### **\*Salbuespen-arrazoietako batzuen aurrean jarduteko jarraibideak**

Garrantzitsua da gogoratzea ez direla programatik kanpo utzi behar baheketaren hitzordura joaten ez diren emakumeak. Emakume bat programatik salbuesteko, ezinbestekoa da horretarako arrazoi bat egotea.

a) Baheketa-proba klinika pribatuan egitea, baheketa-tartearen aldi berean.

Programaren barruan egiten diren baheketa-probei buruzko informazioa emango da, baita proba bakoitza egiteko denbora-tarteari buruzkoa ere.

Emakumeak proba ez egitea erabakitzen badu, jakinaraziko zaio Programaren hurrengo gonbidapena gonbidapenaren datatik 3/5 urtera jasoko duela.

b) Azken 12 hilabeteetan Osakidetzan baheketa-proba bat eginda izatea.

Programaren gonbidapena jaso duelako joan bada kontsultara, baina ez dagokio, arrazoi hauengatik:

- Aurreko G proba bat badauka → Jarri programarekin harremanetan. Ez dugu programatik kanpo utzi behar.
- Aurreko C proba azken 12 hilabeteetan egin badu → Utzi programatik kanpo.
- Aurreko C proba duela urtebete baino gehiago egin bazuen → Egin proba (zita bertan behera uzten badu, hurrengo gonbidapena 3/5 urtera izango da).

c) Ez izatea sexu-harremanik. Informazioa jaso ondoren, ez duela proba egin nahi adieraztea.

Emakumeari jakinaraztea zerbixeko minbiziaren kausa GPBaren infekzio bat dela eta birus hori sexu-harremanen bidez transmititzen dela, baita perineo-eremuko larruazalak larruazalarekin kontaktua izanda ere, koitorik behar izan gabe. Informazio hori jaso ondoren, emakumeak erabakitzen du proba egin nahi duen edo ez.

d) Zerbixik ez izatea transexuala delako.

Gerta daiteke programak sexu biologiko maskulinoa duten eta, beraz, uterorik ez duten emakumeak gonbidatzea. Emakume horiek programatik kanpo utzi behar dira. Hori gertatzen da beren historian gaur egungo sexua dutelako kodetuta, emakumezkoa alegia, eta ez biologikoa. Pertsona transgeneroak dira, eta izena eta generoa aldatzearen aldeko ebazpena



jakinarazi diote Osakidetzari. Pertsona horiek identifikatzeko, sistemak honelako ohar bat ematen du:

Esta persona, ha obtenido resolución favorable por parte del Departamento de Empleo y Políticas Sociales de cambio de nombre y sexo tanto en la TIS como en la ficha administrativa de paciente en Osabide, (Transexual). Hay que tenerlo en cuenta para la desactivación de los PAPs relacionados con el género así como para las posibles patologías propias del mismo.

Kasu horietan ezeztatu egingo da, "Transexualitateagatiko zerbix eza" arrazoia aukeratuta.

Gerta daiteke, halaber, generoaren datua gaizki kodetuta egotea Osakidetzan, eta parte hartzera gonbidatzea gizon-izena eta gizonezko sexu biologikoa dituzten pertsonak (1), zeinak administrazio-akats baten ondorioz emakumezko gisa kodetu diren pazientearen fitxan (2). Kasu horietan, programari jakinarazi behar zaio, akatsa zuzendu ahal izateko.

e) Aurretiko histerektomia duten emakumeak

Ginekologiak kontrolatuko ditu kausa gaiztoen (adibidez, endometriko, obulutegiko edota baginako minbizia) ondoriozko erabateko histerektomia egina duten emakumeak.

EZ da beharrezkoa izango kausa onberen (esaterako, miomak, prolapsoak...) ondoriozko erabateko histerektomia duten emakumeei baheketa-proba egitea.

Histerektomiaren kausa zerbixean maila altuko gaiztotu aurreko lesio bat izan bazen (CIN2+), ohiko baheketan jarraituko dute diagnostikoa egin zenetik gutxienez 25 urtez.

## 2. BAHEKETA-ESTRATEGIA

Utero-lepoko baheketa egiteko Osakidetzaren programa 25 eta 65 urte bitarteko emakumeei dago zuzenduta. Baheketa-proba primario hauek eskaintzen dira:

- **Zitologia zerbikobaginala: 25-34 urteko emakumeak**
- **GPB-AH (genotipatua) detektatzeko proba: 35-65 urteko emakumeak.**
- **Kotesta kasu hauetan:**
  - **Emakume immunodeprimituak.**
  - **Aurreko baheketa-txandan "ASC-US GBP negatiboarekin" emaitza jaso zuten emakumeak.**

\*Baheketa-proben artean gomendatutako tartea egindako azken probaren arabera da; zitologiaren kasuan 3 urtekoa izango litzateke, eta GPB-AH detekzioaren kasuan, berriz, 5 urtekoa. Kotesten arteko tartea kasuaren arabera erabakiko da (ikusi F.3 atala).

## 2.1. BAHEKETA-PROBA PRIMARIOAK

### **Zitologia zerbikobaginala baheketa-proba primario gisa (G proba) 25-34 urteko emakumeentzat:**

Baheketa-proba primarioaren emaitza aldatuta badago, "triaje" proba egingo da; kasu honetan, hain zuzen, GPB-AHren genotipatua zehazten duen proba.

### **GPB-AH genotipoa detektatzen duen proba baheketa-proba primario gisa (G proba) 35 eta 65 urte arteko emakumeentzat:**

Baheketa-proba primarioaren emaitza aldatuta badago, "triaje" proba egingo da; kasu honetan, hain zuzen, zerbixeko zitologia.

### **Kotesta baheketa-proba primario gisa\* (G proba) 25-65 urteko emakumeentzat (kasu bereziak):**

Kotest deritzogu baheketako proba primario gisa zitologia eta GPB-AH aldi berean egiteari, bataren zein bestearen emaitza gorabehera.

Kotesta kasu hauetan bakarrik eskatuko da:

- Immunodepresio-egoeran dauden emakumeak.
- Aurreko baheketa-txandan "ASC-US GBP negatiboarekin" emaitza jaso zuten emakumeak.

## 2.2. BAHEKETAREN EMAITZA MOTA DESBERDINAK ETA HORIEN DESKRIPZIOA:

### **ZITOLOGIAREN kategorizazio orokorra:**

- Negatiboa, epitelio barneko lesioei edo lesio gaiztoei dagokienez.
- Epitelioko anomalia zelularrak:
  - Zelula ezkatatsuetan:
    - Zelula ezkatatsu atipikoak (ASC):
      - Emaitza zehaztugabekoak (ASC-US).
      - Ezin da baztertu gradu altuko lesioa (ASC-H).
    - Epitelio barruko lesio ezkatatsua, gradu baxukoa (L-SIL).
    - Epitelio barruko lesio ezkatatsua, gradu altukoa (H-SIL).
    - In situ kartzinoma ezkatatsua.

- Kartzinoma ezkatatsua.
- Guruin-zeluletan:
  - Guruin-zelula atipikoak (AGC) (zehaztu zerbix barnekoak, endometrikoak edo zehaztugabeak diren)
  - Neoplasia adierazten duten guruin-zelula atipikoak (zehaztu zerbix barnekoak edo zehaztugabeak diren)
  - Zerbix barneko in situ adenokartzinoma (AIS).
  - Adenokartzinoma.

### **GPBaren kategorizazioa: GPB-A DETEKTATZEKO AZTERKETA MOLEKULARRA:**

- **Arrisku handiko giza papilomabiruserako (GPB) POSITIBOA. BESTE GENOTIPO BATZUK (16-18 izan ezik).** Aztertutako genotipoak: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 eta 68.
- **Arrisku handiko giza papilomabiruserako (GPB) POSITIBOA. 16. GENOTIPOA.** Aztertutako genotipoak: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 eta 68.
- **Arrisku handiko giza papilomabiruserako (GPB) POSITIBOA. 18. GENOTIPOA.** Aztertutako genotipoak: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 eta 68.
- **Arrisku handiko giza papilomabiruserako (GPB) POSITIBOA. 16. eta 18. GENOTIBOAK.** Aztertutako genotipoak: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 eta 68.
- **Arrisku handiko giza papilomabiruserako (GPB) POSITIBOA. 16. ETA 18. GENOTIPOAK ETA BESTE genotipo zehaztugabe batzuk.** Aztertutako genotipoak: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 eta 68.
- **Arrisku handiko giza papilomabiruserako (GPB) POSITIBOA. 16. GENOTIPOA ETA BESTE genotipo zehaztugabe batzuk.** Aztertutako genotipoak: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 eta 68.
- **Arrisku handiko giza papilomabiruserako (GPB) POSITIBOA. 18. GENOTIPOA ETA BESTE genotipo zehaztugabe batzuk.** Aztertutako genotipoak: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 eta 68.
- **Arrisku handiko giza papilomabiruserako (GPB) NEGATIBOA.** Aztertutako genotipoak: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 eta 68.

### **Beste emaitza batzuk:**

- **Emaitza ez-argia:** proba berriro egin behar da gutxienez 4 hilabeteren ostean (denbora hori itxaron behar da zerbixa behar bezala berrepitalizatu dadin). Aurreko baheketa-proban ere emaitza “EZ argia” bada, **zuzenean deribatu behar da emakumea Kolposkopiara.**

Kausa posibleak honako hauek izan daitezke:

- Baliogabea, zelularitate eskasagatik.
- Baliogabea, laginean odola dagoela-eta ezin delako azterketa egin.

- Baliogabea, hantura handiagatik.
- Baliogabea, lubrifikatzailagatik.
- Baliogabea, beste arrazoi batzuentatik (identifikatu gabeko arrazoiak).
- “**Oharrak**” atalean, infekzio bat detektatu dela adierazten da batzuetan. Informazio hori emaitza zitologikoarekiko independentea da. Horretarako, baheketaren emaitzan ager daitezkeen infekzio ohikoenen aurrean jarduteko protokolo adostu bat ezarri da. (ikus 5. eranskina).

### 3. NOLA JOKATU BAHEKETA-PROBAREN EMAITZA POSIBLEEN ARABERA?

Baheketa-probaren emaitzak	Jarduera klinikoa arrisku-atalasearen arabera
Zitologiaren emaitza <b>H-SIL, ASC-H, ACG, AIS</b> edo <b>kartzinoma</b> da (GPB-AH emaitza edozein dela ere)	<b>Kolposkopia</b>
<b>GPB + 16-18</b>	
<b>Ez argi iraunkorra</b> (2 emaitza jarraian)	
Zitologiaren emaitza <b>ASC-US</b> edo <b>L-SIL</b> da, eta <b>GPB + BESTE</b> <b>BATZUK</b> Zitologiaren emaitza <b>L-SIL</b> da, eta GPB negatiboa	<b>Kotesta urtebetean (C proba)</b> Ginekologia
GPB ez <b>16/18</b> eta zitologia <b>negatiboa</b>	<b>GPB urtebetera (baheketa)</b> Emagina
<b>Zitologia negatiboa</b> Zitologiaren emaitza <b>ASC-US</b> da, eta GPB-AH <b>negatiboa</b>	<b>Baheketa 3 urtera</b> Emagina
<b>GPB-AH negatiboa da</b>	<b>Baheketa 5 urtera</b> Emagina
<b>Ez argia</b>	<b>Egin berriz proba 4 hilabetera</b>

**Arrisku handiko emaitza** – deribatu kolposkopiara

Arrisku handiko emaitza bat aurkituz gero, kolposkopiara zuzenean deribatu behar da.

### Arrisku ertaineko emaitza – deribatu ginekologiako kontsultara

Emaitza bat aldatuta badago baina CIN3+ lesio bat izateko berehalako arrisku ertaina badago, ez da kolposkopia egin behar; kotest-kontrolak egitea da egokiena. Hori dela eta, jarraipena tarteko mailan egingo da, ginekologiako kontsultan alegia, eta jarraipen horretan eskatuko diren probak ez dira baheketa-probak izango, kotest-kontrolak baizik. Kotest-kontrol horiek jarraipen-proba gisa egingo dira, hau da, C probak, ESI bakoitzeko anatomia patologikoko zerbitzuetan aztertuak.

### Arrisku ertain-txikiko emaitza – deribatu emaginaren kontsultara

Arrisku txikiaren emaitzak emaginaren kontsultan kontrolatuko dira, baheketa-probak eginez (G probak).

### Emaitza ez argia

Emaitza EZ ARGIA bada, proba errepikatu egin behar da, modu frogagarrian egiaztatzeko arrisku txikia edo handia dagoen.

Proba errepikatu aurretik, gutxienez 4 hilabete igaro behar dira, zerbixa behar bezala berrepitalizatu dadin.

Emaitza berbera lortuko balitz (hau da, **emaitza "Ez argia" errepikatzen bada**), emakumea Zerbixeko Patologiara deribatzea litzateke egokiena, kolposkopia bat edo zerbixaren balorazio bat egin diezaioten <sup>(28)</sup>.

*OHARRA: Batzuetan, emaitzarekin batera, zenbait iruzkin egiten dira, eta esaten da ez dagoela zelula endozerbikalik. Halakoetan, anatomopatologo arduradunak diagnostiko bat egin badu eta lagina baliozkotzat hartu badu (hau da, material ontzat hartu badu), ez da beharrezkoa baheketa-proba errepikatzea. Hala ere, lagina nola jasotzen den berrikustea gomendatzen da, ahalik eta gutxienetan gerta dadin hori, edo agian komeni da lagina jaso aurreko tratamendua planteatzea atrofia handiko kasuetan.*

<b>Muestra(s):</b> A) CRIBADO VPH MATERIAL CITOLOGICO VAGINO-CERVICAL
<b>DIAGNOSTICO</b> A) ESTUDIO MOLECULAR PARA LA DETECCIÓN DE VPH: ±POSITIVO PARA VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH) DE ALTO RIESGO Genotipos estudiados:16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,66 y 68.
<b>ESTUDIO CITOLÓGICO:</b> - MATERIAL SATISFACTORIO. - NEGATIVO PARA CÉLULAS MALIGNAS.
<b>Comentarios :</b> A) Ausencia de células endocervicales.

### **KOTEST MOTAKO BAHEKETA-PROBA.** *Nola eskatu eta nola jardun?*

Kasu hauetan eskatuko da kotesta baheketako proba primario gisa (G proba):

- **ASC-US + GPB negatiboaren aurrekariak azken baheketa-proban (duela 3 urte)**
- **Emakume immunodeprimituak (ikus F.1.4 atala)**

Egoera horietan eskatutako kotest positibo baten aurrean, zuzenean kolposkopiara deribatu behar da emakumea urtebete itxaron gabe (*GPB ez 16/18 + zitologia negatiboa* eta *ASC-US* edo *LSIL + GPB negatiboa* kasuetan gertatzen den bezala) edo hiru urte itxaron gabe (*ASC-US + GPB negatiboa* kasuetan gertatzen den bezala).

Kotest positibotzat jotzen da:

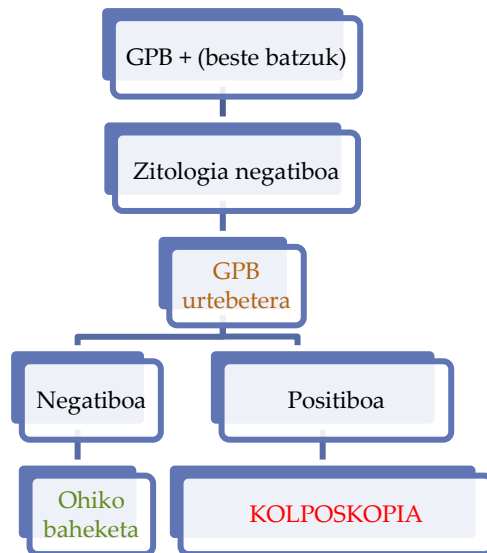
- GPB+, zitologiaren emaitza edozein izanik.
- Zitologia+, GPB-AH detekzioaren emaitza edozein izanik.

## **4. NOLA KUDEATU URTEBETEAN KONTROLATZERA DERIBATUTAKO BAHEKETA-PROBAREN EMAITZAK?**

**GPB + EZ 16/18 ETA ZITOLOGIA NEGATIBOA (EMAGINAREN KONTSULTA - G proba)**

*ASC-US* zitologia + *GPB-AH (erreflex) negatiboa* emaitza ere arrisku txikiko emaitzat hartzen da; izan ere, CIN3 lesio bat 3 urtean garatzeko arriskua zitologia negatiboko kasuen oso antzekoa da. Beraz, 3 urterako balio du.

GPB + (BESTE BATZUK) tarteko emaitza bat da, eta, beraz, baheketa-proba berriz egin behar da urtebetera. GPB infekzioaren historia naturalaren arabera, GPB infekzio gehienak berez argitzen dira 1-2 urtean.



*ASC-US edo L-SIL + GPB EZ 16/18 edo L-SIL + GPB NEGATIBOA (GINEKOLOGIAKO KONTROLA, C probarekin)*

ASC-US emaitzak alterazio zitologiko ohikoena adierazten du. ASC-US lesioa duten emakumeen artean, GPBak eragindako infekzioaren prebalentzia orokorra % 33-51koa da (25 urtetik beherako emakumeen artean % 70era iristen da, eta adinean aurrera egin ahala murrizten da).

ASC-US lesioa duten emakumeen artean, CIN2+ lesioen prebalentzia % 5-12koa da, eta zerbixeko minbiziarena % 0,1-0,2koa.

Hala, maila handiko lesioak detektatzeko orduan, GPBaren zehaztapena berehalako kolposkopiaren baliokidea da, sentikortasunari dagokionez.

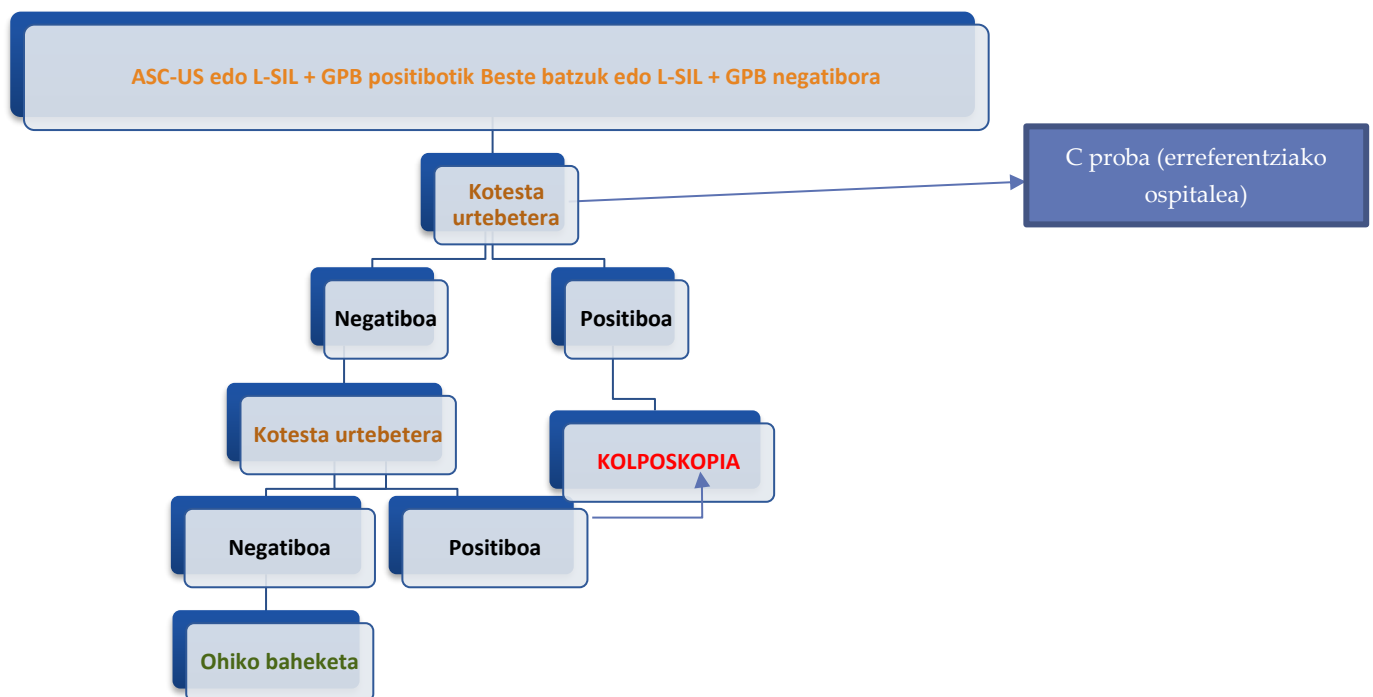
Baheketa primarioa zitologia bidez egiten zaien emakumeen artean, % 1,7k dute L-SIL emaitza gisa (ingelesezko *low grade squamous intraepithelial neoplasia*). L-SIL zitologia duten emakumeen historia naturala eta CIN2+ izateko arriskua ASC-US zitologia + GPB positiboa duten emakumeen parekoa da. EAeko baheketa-sisteman, aukera dago baheketa-programako laginak prozesatzeko unitatean jasotzen den laginaren berehalako genotipatua egiteko, zehaztapen-proba primarioa edo triaje-proba edozein dela ere. Beraz, alterazio zitologikoa ezagutzeko modua zein den (zehaztapen-proba



primarioaren zein aurretiko GPB positibo baten triaje sekundarioaren bidez), beti ezagutuko ditugu aldi berean zehaztaperen biak, adin-taldea edozein dela ere, eta horrek asko errazten du gerora nola jokatu erabakitzea.

Kontrola kotestaren bidez egingo da. Zitologia zerbikobaginala / C proba eskatuko da, eta ez baheketa-proba bat (G proba); izan ere, kotestak alterazio baten aurrean egin beharreko kontrol-probak dira, ez detekzio goiztiarreko probak.

Horregatik, prozedura hau proposatzen da:



## 5. BAHEKETA AZPIMULTZO BEREZIAN

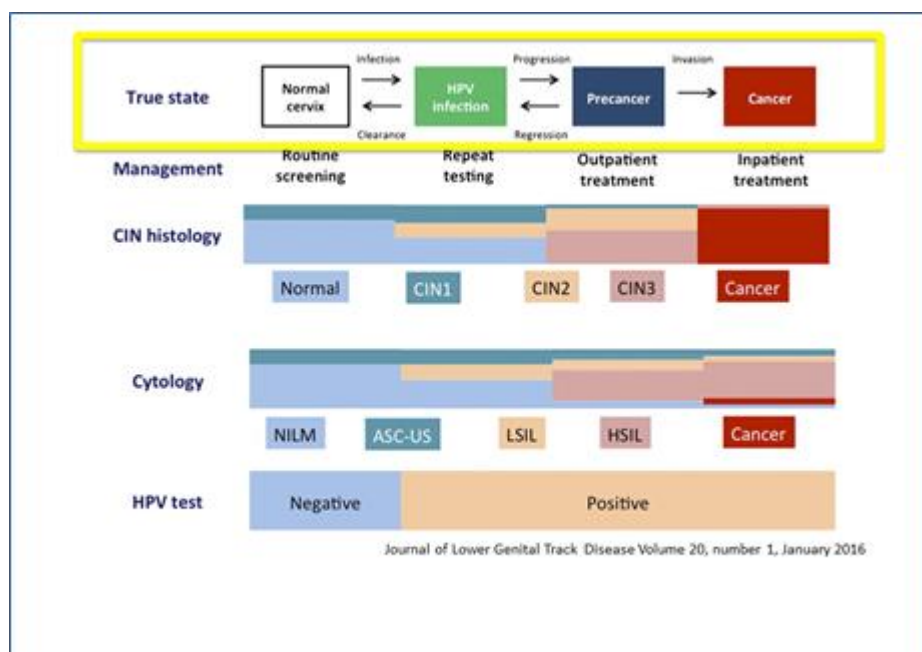
### *CIN2/CIN3 AURREKARIAK DITUZTEN EMAKUMEA (2. EDO 3. GRADUKO UTERO-LEPOKO EPITELIO BARNEKO NEOPLASIA)*

CIN2+ aurrekariak dituzten emakumeei, diagnostikoaren edo tratamenduaren osteko 25 urtez egingo zaizkie baheketa-proben bidezko kontrolak, eta proba horiek emakumeen adinaren arabera izango dira; hain zuzen ere, zitologia zerbikobaginala 25-34 urteko emakumeei eta GPB-AH 35-65 urteko emakumeei.

Aurrekari horiek dituzten emakumeei alterazioren bat detektatzen bazaie baheketa-proba batean, Kolposkopia zerbitzura deribatu behar ditugu zuzenean, urtebeteko tartea (lehen GPB+ kasuetan gertatzen den bezala) eta hiru urteko tartea itxaron gabe (ASC-US + GPB- kasuetan gertatzen den bezala).

**CIN2 edo altuagoko aurrekariak izateak esan nahi du biopsian baieztatutako maila altuko gaiztotu aurreko lesio bat egon dela baheketa-proba batean emaitza aldatua izan ondoren.**

*Adibidez: Zitologian H-SIL emaitza izatea eta biopsiako emaitza egiaztatua CIN2/CIN3 edo in situ kartzinoma izatea.*



### BAHEKETA AMAITZEKO ADINEAN DAUDEN EMAKUMEAK (61-65 URTE)

61 eta 65 urte bitarteko emakumeentzako baheketa-proba GPB-AH detektatzeko proba izango da.

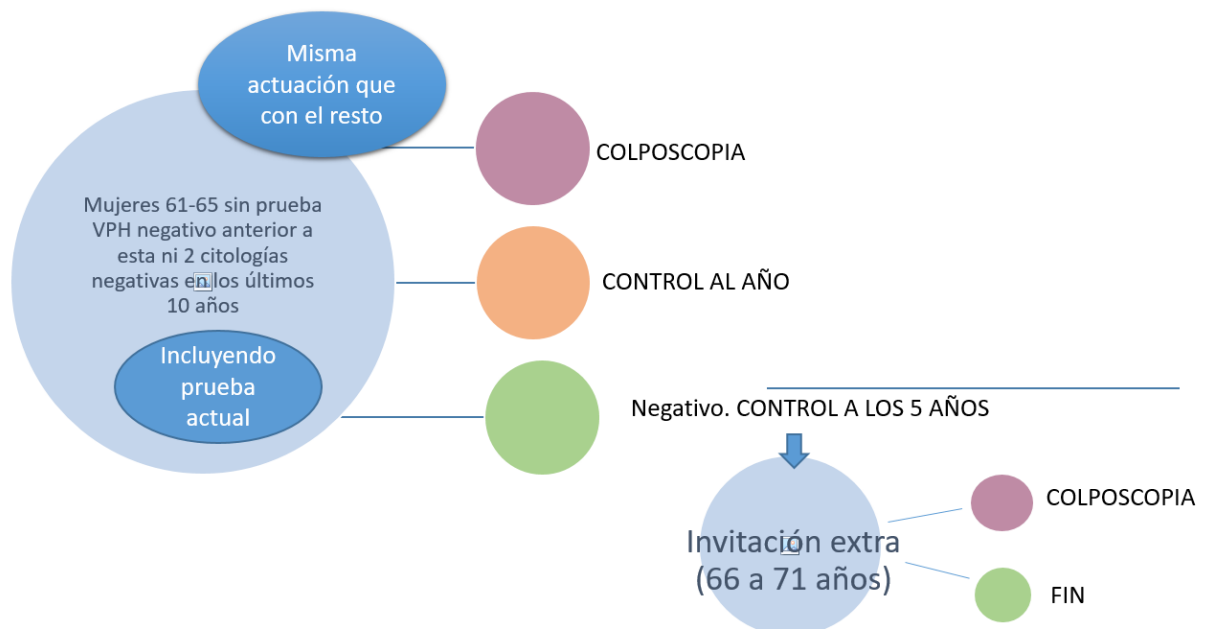
Adin tarte horretan, emakumeek baheketa amaituko dute, baldin eta aurreko baheketa egoki eta negatiboa izan badute azken 10 urteetan eta zerbixeko neoplasia intraepitelialaren (CIN2+) aurrekaririk ez badute aurreko 25 urteetan.

\*Baheketa egokitzat jotzen da azken 10 urtean emakumeak hauek izan baditu (uneko proba barne):

- 2 GPB-AH proba negatibo edo 2 kotest negatibo jarraian, azkenekoa azkeneko 5 urteetan egin bada.
- 2 zitologia negatibo zelula gaiztoei dagokienez eta GPB-AH negatibo bat, azkenekoa azkeneko 5 urteetan egin bada.

Programak ez ditu gehiagotan gonbidatuko parte hartzera aurretik baheketa egokia egin zaien 61 eta 65 urte bitarteko emakumeak, baldin eta azken GPB-AH emaitza negatiboa edo kotest negatiboa izan badute.

Aurretik baheketa desegoki bat egin zaien emakumeen kasuan (aipatutako baldintza horiek betetzen ez badituzte), hau izango da jarduteko algoritmoa:



Programan 61-65 urterekin parte hartzen duten eta baheketa-programa behin betiko amaitutzat jo ahal izateko irizpideak betetzen ez dituzten emakumeak azken baheketa-proba egin eta 5 urtera gonbidatuko ditu programak, eta GPB-AH baheketa-proba egingo zaie. Azken proba hori negatiboa bada, programatik irtengo dira, eta positiboa bada, Zerbixeko Patologiaren kontsultara deribatuko ditugu.

#### *NAGUSIAGOTAN BAHEKETA OPORTUNISTA EGITEA ESKATZEN DUTEN EMAKUMEAK*

Halako emakumeak ez dira baheketa-programan sartzen. **66 urterekin baino gehiagorekin baheketa oportunistak** bat egiten duten emakumeei, aurretik baheketa desegokia egin bazaie, **kotest bat egingo zaie C proba gisa**, lesio posibleak baztertu ahal izateko. Kotestean emaitza negatiboa duten emakumeek ez dituzte proba gehiago egin behar.

#### *ZERBIX BIKOITZA DUTEN EMAKUMEAK*

Zerbix bikoitza duten emakumeen kasuan, bi baheketa-lagin jasoko dira emakume bakoitzeko, hau da, baheketa-probaren eskaera bakoitzeko. 6.2 eranskinean jasotzen da prozedura.

#### *EMAKUME IMMUNODEPRIMITUAK*

Emakume immunodeprimituak kotest bidez kontrolatuko ditu baheketa-programak (G proba), Ginekologiako kontsultan. Kasu bakoitza banan-banan baloratuko da, lagina hartzeko unean emakumeak duen egoera immunologikoaren arabera. Hau da, baheketaren hasiera, baheketaren amaiera, azterketa mota eta proba-artekeo tartea banan-banan baloratuko dira.

Dokumentu bat egin da, emakume-talde hori identifikatzen eta kontrolatzen laguntzeko. (Ikusi 15. eranskina).

Emakumea emaginaren kontsultara joan bada eta anamnesia egin ondoren kasua immunodepresiotzat hartzen bada, emaginak lagina hartuko du une horretan baheketa gisa aztertzeko, eta Ginekologiara deribatuko du emaitza balora dezaten. Une horretatik aurrera, Ginekologiak egingo dizkio kontrolak, immunodepresio-egoera lehengoratzeko ez den bitartean.

## 6. KOLPOSKOPIARA DERIBATZEKO EPEAK:

Oro har, baheketa-proba aldatua duten emakume asintomatikoek kolposkopia bat egiteko epea **4 astekoa izango da** gehienez. Hala ere, emaitza hauetakoren bat bada, **2 astekoa izango da** gehieneko epea:

- Kartzinoma ezkatatsua.
- In situ kartzinoma ezkatatsua (CIN III).
- Adenokartzinoma.
- Zerbix barneko in situ adenokartzinoma (AIS).

Kasu bakoitza kolposkopiara deribatzeke epea luzatu egin daiteke, ESI bakoitzaren Zerbixeko Patologiako Unitateak hala eskatuz gero, betiere baheketa-probaren emaitza espezifikoa baloratuta, hau da, aintzat hartzen bada baheketa-probaren emaitzaren eta zerbixeko 3. graduko neoplasia epitelialaren, in situ adenokartzinomaren edo minbiziaren (CIN 3+) artean dagoen arriskua baloratuta. Gero eta arrisku handiagoa duten pazienteak kontrolatzea, kolposkopia egitea eta tratamendua ematea gomendatzen da; arrisku txikia dutenei, berriz, kolposkopia atzera dakieke <sup>(26,27)</sup>. Halakoetan, honela jokatu behar da:

- 2 aste baino gutxiago, minbizia-susmoa dagoen kasuen emaitzetarako.
  - Kartzinoma.
  - In situ kartzinoma (CIN III).
  - Adenokartzinoma.
  - In situ adenokartzinoma.
- 4 aste baino gutxiago, % 20-50eko probabilitatea dagoen kasuen emaitzetarako; esaterako:
  - AGC.
  - ASC-H.
  - SIL-HG.
- 8 aste baino gutxiago, CIN3+ probabilitate txikiagoa dagoen kasuen emaitzetarako; esaterako:
  - GPB 16/18 positiboa + zitologia negatiboa, ASC-US edo L-SIL.
  - GPB positiboa iraunkorra (16/18 ez BESTE).

- Emaizta zehaztugabea bi aldiz jarraian.
- Gainerako alterazioak, baheketa-proba primarioa kotesta izan bada.

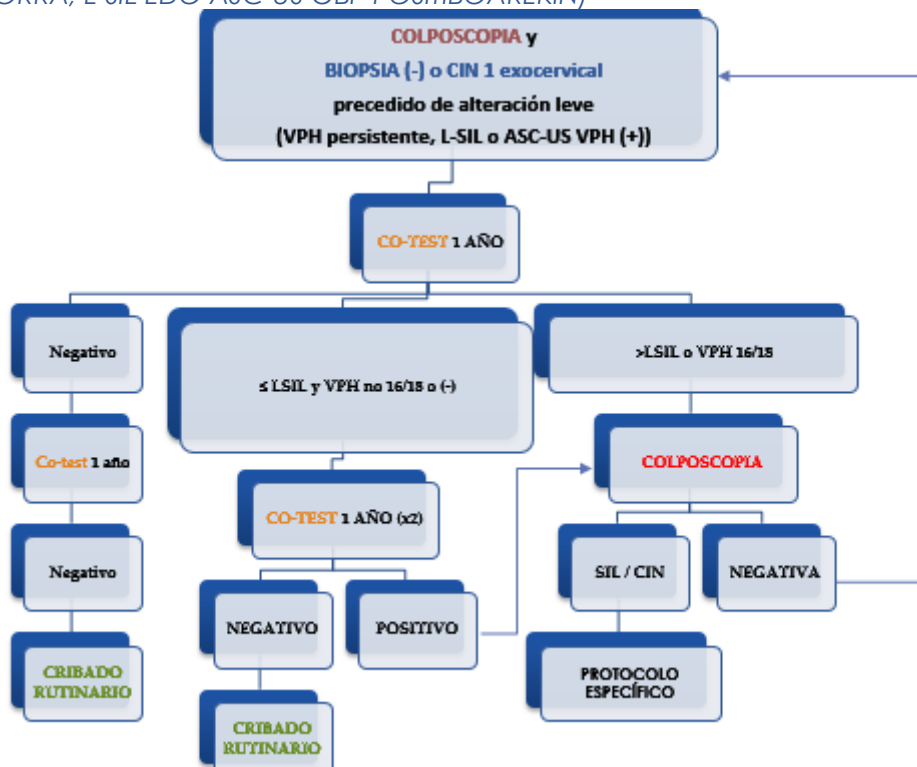
Pazientea Zerbixeko Patologiako Unitate batera deribatu behar bada azterketa kolposkopikoa egiteko, diagnostiko histologikoa askotarikoa izan daiteke:

- Kolposkopia edota biopsia negatiboa.
- CIN1 exozerbikala.
- CIN1 endozerbikala.
- CIN2.
- CIN3 edo in situ kartzinoma.
- Kartzinoma ezkatatsua.
- In situ adenokartzinoma.
- Adenokartzinoma.

## 7. NOLA KUDEATU BAHEKETAREN EMAITZAK KOLPOSKOPIAN?

**Hona hemen proposamena:**

7.1. KOLPOSKOPIA ETA BIOPSIA NEGATIBOA EDO CIN1 EXOZERBIKALA, AURRETIK ALTERAZIO ARINAREKIN (GBP IRAUNKORRA, L-SIL EDO ASC-US GBP POSITIBOAREKIN)

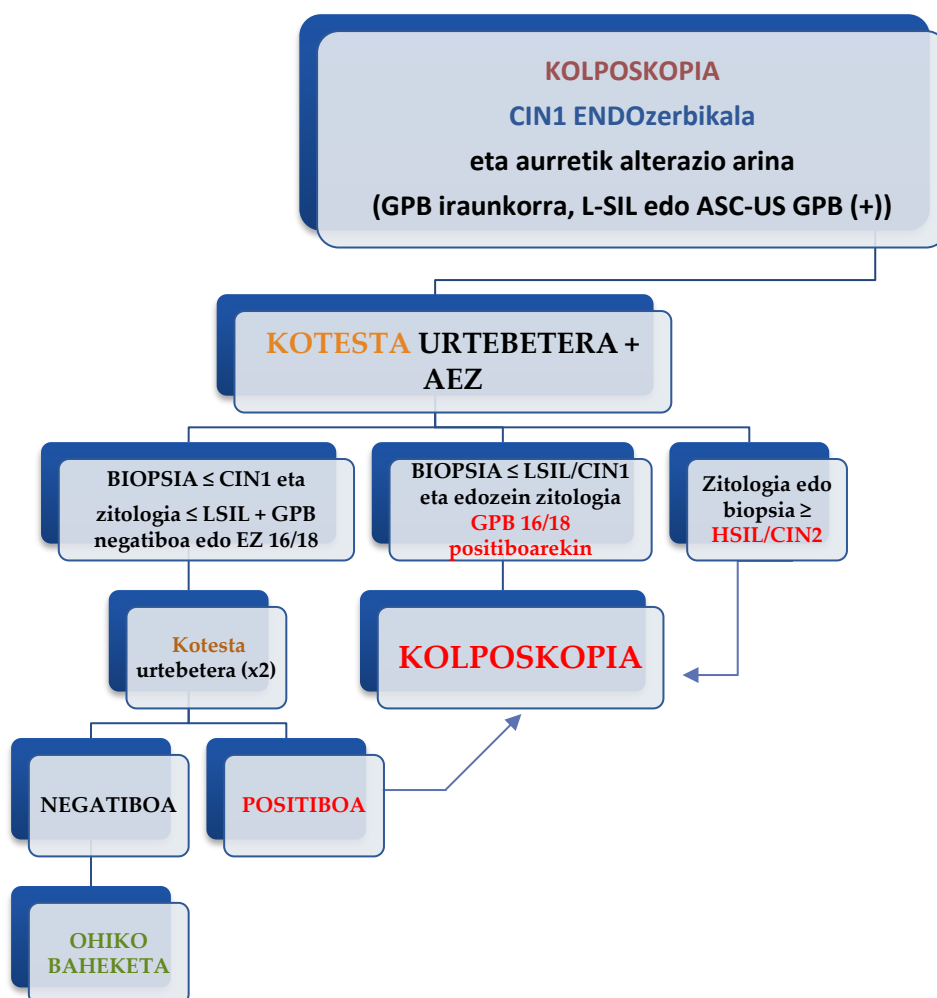


L-SIL/CIN1 endozerbikala bi motatakoa izan daiteke: batetik, kanalean zati batean edo osorik sartzen den lesio bat, zeinaren garezurraren zatirik handiena ikusten ez baita, eta, bestetik, 3. motako transformazio-eremua duen eta kanalean sartzen den lesio ikusgai bat.

Halako kasuetan, funtsezkoa da azterketa endozerbikal bat egitea kontu handiz, lesio exozerbikalek lagina kutsatze ez dezaten eta, ondorioz, ez dadin agertu lesio endozerbikalen positibo faltsurik emaitzetan.

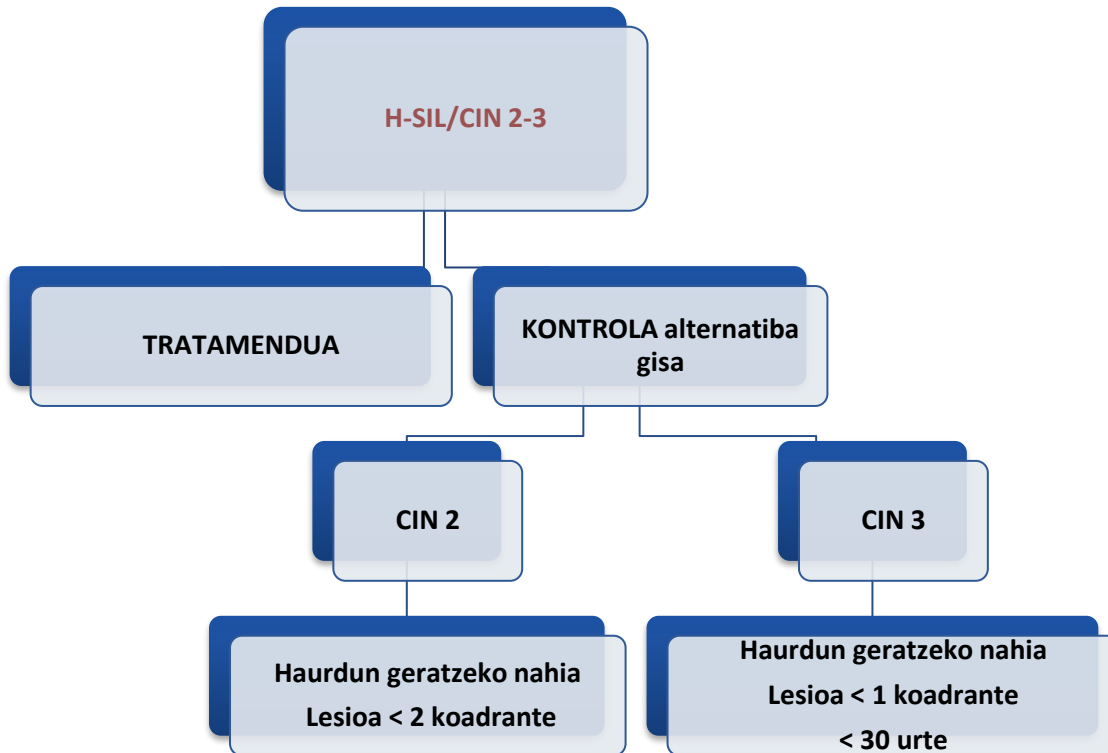
Lesio mota horrek erregresio-tasa handia du, lesio exozerbikalekin gertatzen denaren antzekoa. Horregatik, halakoetan, justifikatuta dago modu kontserbadorean jokatzea eta kanalaren azterketa egitea.

7.2. KOLPOSKOPIA ETA CIN1 EXOZERBIKALA, AURRETIK ALTERAZIO ARINAREKIN (GBP IRAUNKORRA, L-SIL EDO ASCUS GBP POSITIBO IRAUNKORRAREKIN)



\*\* Azterketa endozerbikala (eskuilatzea vs legratua)

### 7.3. H-SIL / CIN2-3



Aukerakoa: Behaketa (gehienez 2 urte, lesio-progresioaren zantzurik ez badago)

**Irizpide hauek** bete behar dira:

- Pazienteak onartu du.
- Jarraipena egiteko aukera dago.
- Kolposkopia egokia da, eta transformazio-eremua ikusgai dago.
- Lesioa erabat ikusgai dago.
- Ez dago kalte endozerbikalik.
- Eboluzioa behar bezala kontrolatzeko aukera dago, 6 hilabetean behingo zitologia-kolposkopiaren bidez + eskuzko GBP bidez.



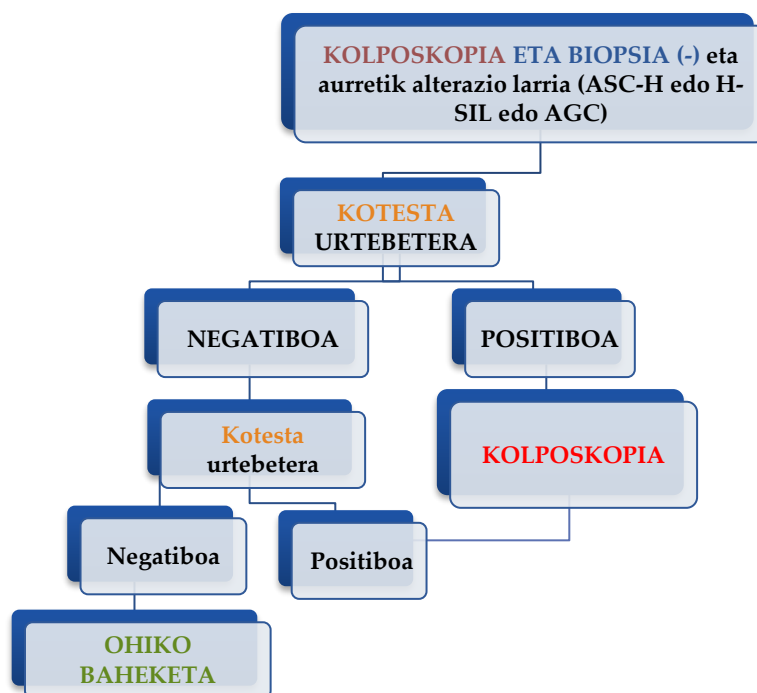
#### 7.4. KOLPOSKOPIA ETA BIOPSIA, ALTERAZIO LARRIAREKIN AURRETIKO BAHEKETA-ZITOLOGIAN (H-SIL; ASC-H; ACG)

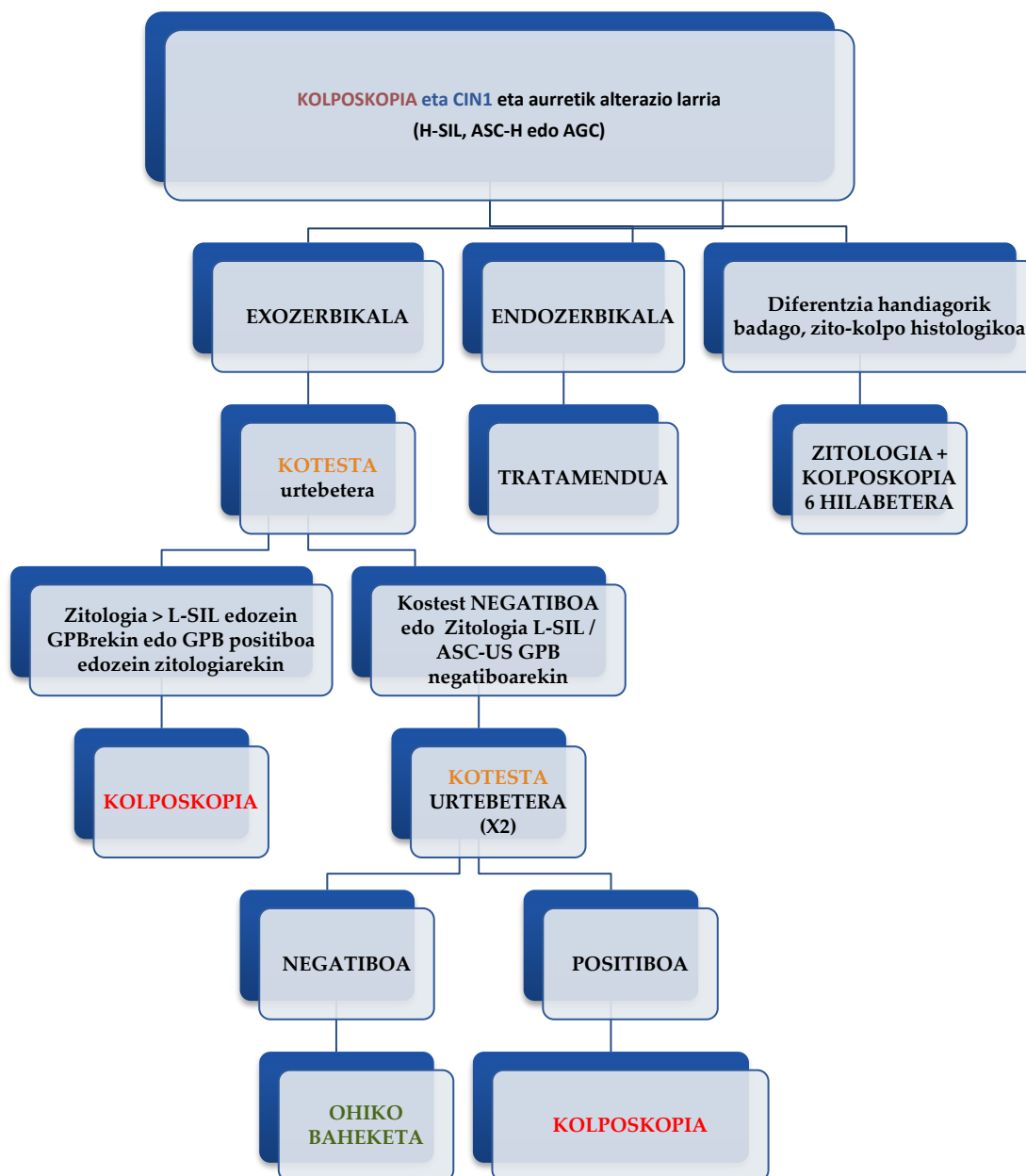
H-SIL zitologia duten emakumeen % 30i baino gehiagori detektatzen zaio H-SIL/CIN3+ lesio bat kolposkopia eta biopsia egin ondoren (egiaztapen histologikoa). Ehuneko handi horrek justifikatzen du kolposkopia egitea modu lehenetsian halako alterazio zitologiko bat detektatzen denean baheketa primarioan.

GPB infekzioaren prebalentzia % 90 ingurukoa da ASC-H zitologia duten emakumeen artean. Alterazio zitologiko horren azpian dagoen lesio larriaren arrisku handia kontuan hartuta (H-SIL zitologiak erakusten duena baino txikiagoa, baina L-SIL edo ASC-US zitologiak erakusten duena baino handiagoa), badirudi justifikatuta dagoela emaitza zitologiko hori duten pazienteak kolposkopiara deribatzea.

Alterazioak GPB positiboa zehazteko triaje zitologikoa egitean detektatzen badira, aurretik aipatutakoa da paziente horiek zerbixeko patologiako unitateetara deribatzekeko protokoloa, ez baitira ezertan aldatzen mota horretako emaitzen azpian dauden arriskuak.

Zerbixeko Patologiako Unitatera deribatu ondoren, lehen aipatutako aukera berberak irekiko dira berriro (ikusi F.7 atala).





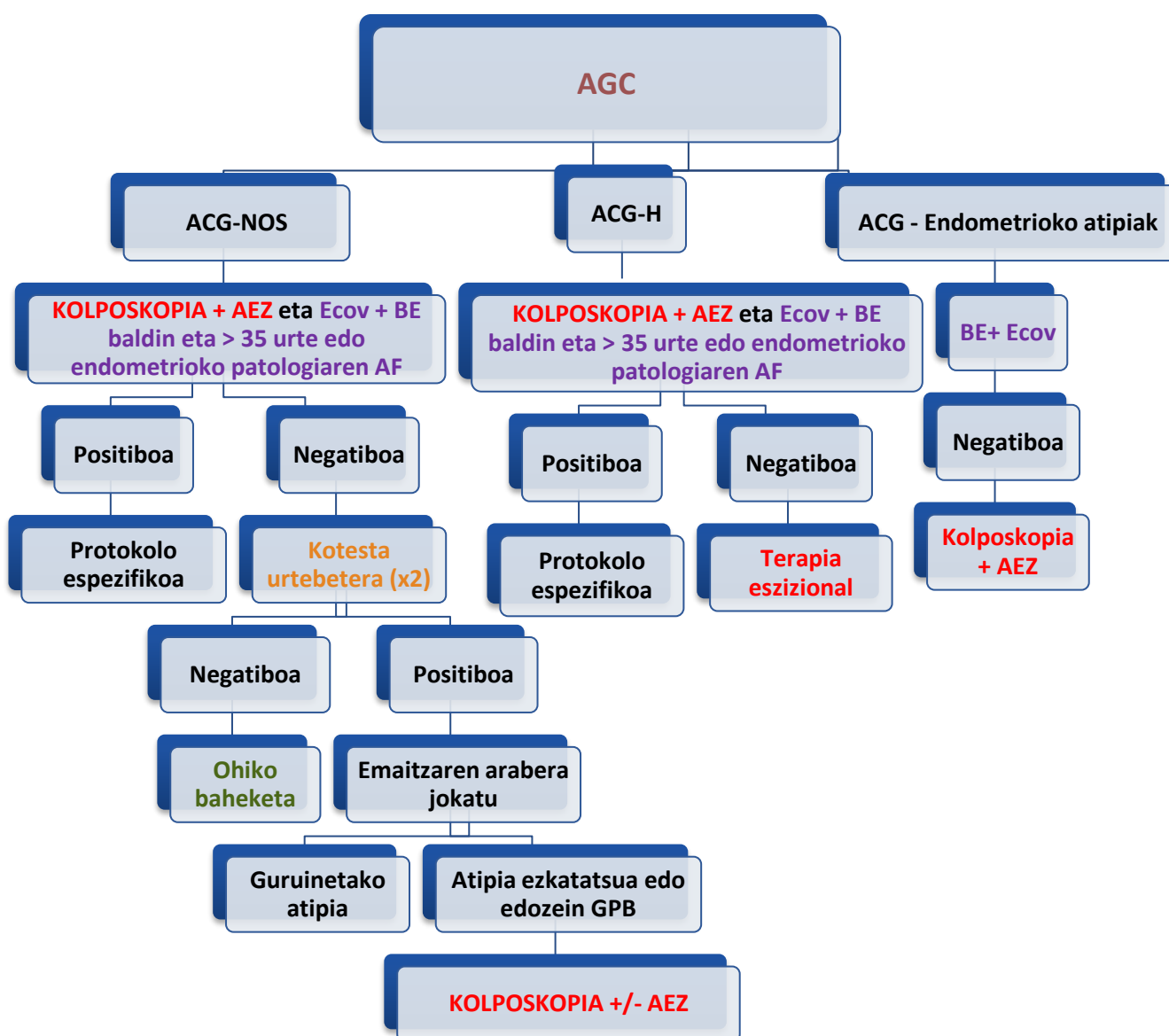
### 7.5. GURUINETAKO ALTERAZIOAK

Guruin zelulen atipia (ACG) emaitza oso ezohikoa da (zitologia guztien % 0,2).

Bethesda-ko sistemak guruin zelulen atipien jatorria bereizten duen nomenklatura bat estandarizatzen du. Hala, ezinbestekoa da txostenean jasotzea guruin zelulen atipiek alterazio endometrial, endozerbikala edo zehaztugabea (ACG-NOS) iradokitzen duten.

Emaitza zitologiko hori patologia onberekin (polipoak, metaplasia) zein gaiztoekin (kartzinoma ezkatatsua eta zerbixeko, endometriko, tronpetako edo obulutegietako adenokartzinoma) lotzen da, eta gehiagotan lotzen da zerbixeko lesio ezkatatsuekin (edozein mailatako SIL/CIN) gaiztotu

aurreko lesio glandularrekin baino. ACG-neoplasia posiblea (ACG-H) emaitzak dira epiteliobarneko lesioa edo lesio inbaditzailea izateko arrisku handiena dakartenak; hala ere, HSIL/CIN2+ lesioak diagnostikatzeko probabilitatea handia da zitologiaren emaitza ACG izanez gero (% 9-54). Hori dela eta, justifikatuta dago zuzenean ebaluazio kolposkopikoa egitea emaitza zitologiko mota horiek agertzen direnean.



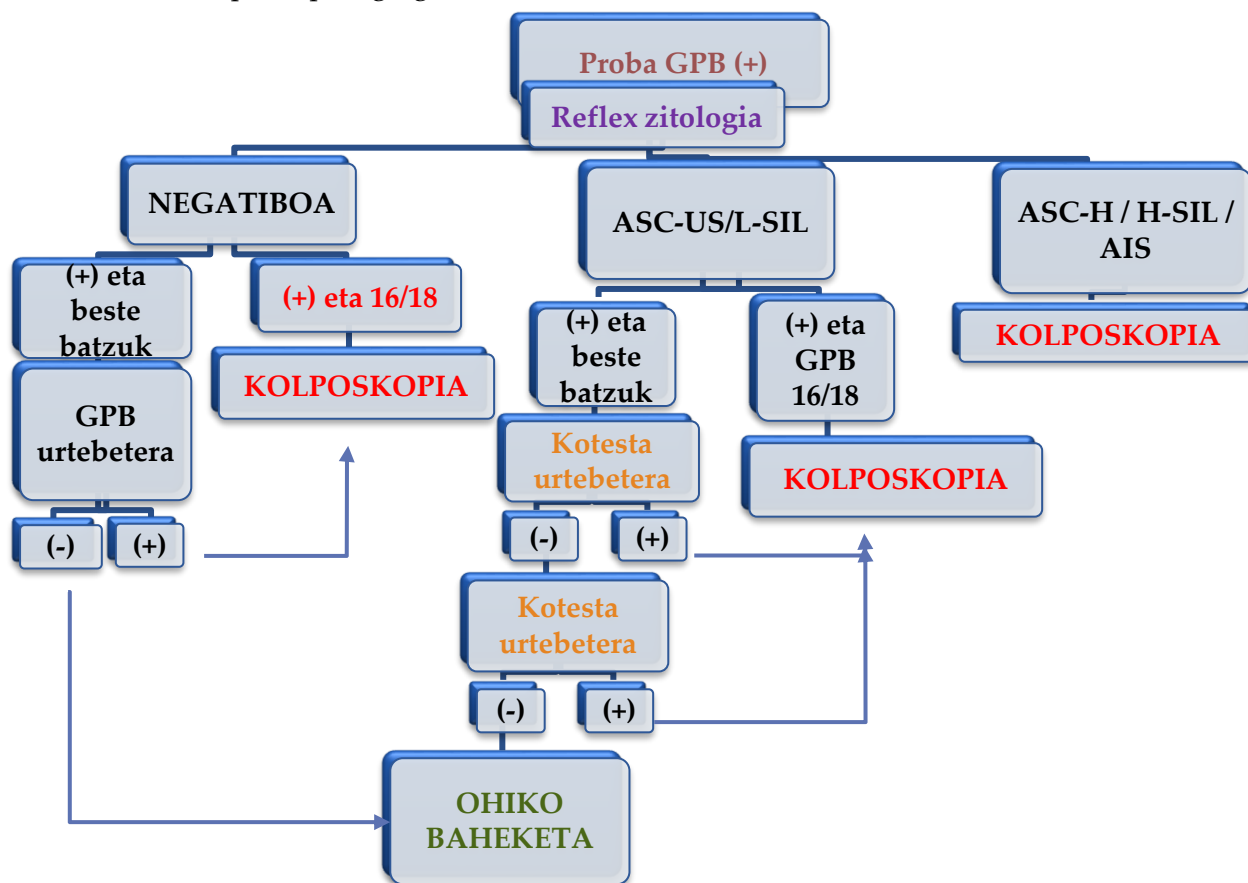
7.6. GPB POSITIBO IRAUNKORRA, BAI EZTATUTAKO LESIORIK GABE

Kontuan hartuta birus bat ehun jakin batean irauteak arrisku-faktore bat dela bere horretan, GPBaren infekzio iraunkorra duten pazienteek, zerbixeko lesio egiaztaturik ez badute ere, arriskuko azpitaldea osatzen dute. Hala ere, arrisku hori beste aldagai batzuek modulatzeko dute:

1. GPB genotipoa.
2. Baheketaren aurretiko historia.
3. Aurretiko baheketa anormal baten aurrean egindako probak.

Aldagai horiek kontuan hartu behar dira paziente horien jarraipena egitean. Horregatik, urteko kotest bidezko jarraipena egitea proposatzen da, eta, horrez gain, honako hauek egitea:

- Urtean behin kolposkopia egingo zaie GPB 16 edo 18 iraunkorra duten emakumeei. Bi urtean behin kolposkopia egingo zaie GPB iraunkorra (ez 16/18) duten emakumeei.



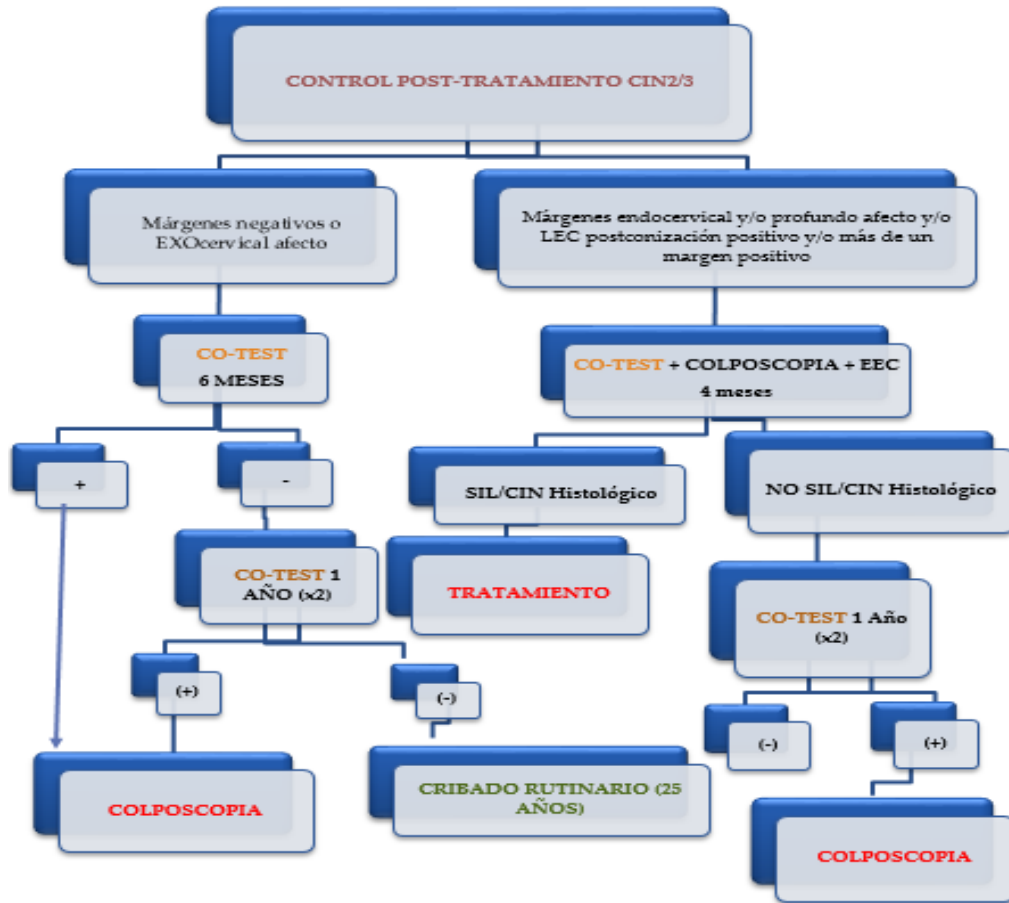
Jarraipen hori egin behar da negatibazioa berretsi arte edo protokolo espezifiko bat behar duen gaiztotu aurreko lesio bat diagnostikatu arte (ikusi F.2.7.1 algoritmoa).

### 7.7. CIN2/3 IZANIK KONIZAZIO BIDEZ TRATATUTAKO EMAKUMEEN JARRAIPENA

Zerbixeko lesio baten tratamenduaren osteko jarraipenaren helburua da goiz diagnostikatzea hutsegite terapeutikoak edota lesio horren errepikapenak edo GPBarekin lotutako beheko traktu

genitaleko lesioak. Aurretik epitelio-barneko lesio baten aurkako tratamendua jaso duten emakumeen kasuan, CIN2+ izateko arriskua % 5 ingurukoa da; bestalde, SIL/CIN izan duten emakumeen artean, zerbixeko minbizia garatzeko probabilitatea biztanleria orokorrarena baino 3-12 aldiz handiagoa da hurrengo 10-20 urteetan.

Horiek horrela, jarraipena egitean, tratamendu-osteko kontrol intentsiboagoa ziurtatu behar dugu irauteko/errepikatzeko arrisku handia duten emakumeekin; aldiz, lesioak izateko arrisku txikia duten tratatutako emakume gehienei ez diegu hain kontrol intentsiboa egingo. Hortaz, intentsitate hori, funtsean, marjinen egoeraren araberakoa da. Gainera, SIL/CIN lesioa tratatu zaien emakumeen kasuan, lesioak irauteko edo berriz agertzeko arrisku handia dagoenez, ezinbestekoa da jarraipen estua egitea tratamenduaren ondorengo bi urteetan, gutxi gorabehera. Aldi horren ondoren, emaitza guztiak negatiboak badira, ohiko baheketa-programara bidal ditzakegu emakumeak, nahiz eta argi eduki behar dugun HSIL/CIN lesiorako tratamendua jaso duten pazienteek zerbixeko minbizia izateko arrisku handiagoa dutela gutxienez 25 urtez. Beraz, hori izango litzateke jarraipen-denbora egokia, betiere pazienteak osasun-egoera onargarria badu.



### 7.8. HAURDUNALDIA ETA KOLPOSKOPIA

Erronka konplexua da haurdunaldian alterazio zerbikalak kontrolatzea. Haurdunaldian zehar, zaila da ebaluazio kolposkopikoa egitea, zenbait arrazoiengatik: batetik, ugaritu egiten dira lepoaren ebaluazio egokia zailtzen duten bagina-tolesturak eta aldaketak interpretatzea zailtzen duten zerbixeko aldaketa kongestibo eta baskularrak; bestetik, ezinezkoa da utero-lepoko kanalaren ebaluazioa egitea, eta, azkenik, ez da gomendagarria lugola erabiltzea Schiller-en testa egiteko. Horrez gainera, kontuan hartuta zitologian berehala edo hurrengo urteetan HSIL/CIN3+ lesio bat izateko arriskua detektatu zaien haurdunen kopurua biztanleria orokorrenaren oso antzekoa dela, proposamena da biztanleria orokorrarentzat ezarritako denbora eta jarduketa kliniko berdinekin kudeatzea haurdun dauden emakumeen alterazio arinak.

Alterazio larriak Zerbixeko Patologiako unitateek kudeatuko dituzte, eta kudeaketa hori zorrotzagoa edo arinagoa izango da emakume horiei egindako azterketa kolposkopikotik eratorritako emaitza histologikoen arabera.

Horregatik, **prozedura hau proposatzen da:**



## 8. ZER EGIN BAHEKETA-PROBA BATEAN INFEKZIO BAT AURKITUZ GERO?

Zerbixeko zitologiak, utero-lepoko gaiztotu aurreko lesioak hautemateaz gain (funtsezko helburua), agente infekziosoak edo infekzio jakin batzuk iradokitzen dituzten aldaketak detekta ditzake. Hala ere, helburu horretarako oso errendimendu diagnostiko txikia du; beraz, ez litzateke modu esklusiboan erabili behar beheko traktu genitaleko infekzioen diagnostikoa egiteko <sup>(10)</sup>.

Egindako baheketa-probaren (zitologia/GPB) emaitza gorabehera, emaitzan infekzioa azaltzea **ez da baheketa-proba berriz egiteko arrazoa**.

Kasu bakoitzean zer egin zehazten duen dokumentu bat adostu da (5. eranskina).

## 9. NOLA JARDUN ZERBIXEKO MINBIZIAREKIN BAT DATORREN SINTOMATOLOGIA DAGOEN KASUETAN?

Utero-lepoko minbizia iradokitzen duten sintomak dituzten emakumeak presazko edo lehentasunezko gisa deribatu behar ditugu Ginekologiara baheketa-proba egin ondoren, emaitzaren zain egon gabe. Hauek dira zerbixeko minbizia iradokitzen duten sintomak:

- Genitaletako odoljario espontaneo irregular eta errepikatua.
- Koitorragia errepikatua.
- Baginako fluxu anomaloa (urtsua, mukitsua, gaizki usaintzen duena). Aurkikuntza espezifikoa ez bada ere –eta bulbobaginitisarekin nahastu ahal den arren–, kontuan hartu behar da, are gehiago pazienteak kultibo negatiboak baditu.
- Utero-lepoa makroskopikoki anormala izatea.

Arrazoi horregatik modu **oportunistan** iristen diren emakumeak (arreta komunitariotik deribatu dituztelako), Ginekologia Zerbitzura deribatu behar zituzten, eta ez emaginaren kontsultara. **Halakoak ez dira baheketa-probak**, sintomatologiagatik egiten baitzaie proba. Beraz, sintoma horiek dituzten emakumeak emaginaren kontsultara joaten badira, hau izango litzateke zuzenena:

- **Lagina jasotzea; probaren eskaera elektronikoa egitea (kotesta) zitologia zerbikobaginal gisa** (EZ baheketa gisa), eta eskaeran "zerbixa susmagarria" dela adierazita, eta lagina eta lehentasunezko eskaera ESIko erreferentziako ospitaleko Anatomia Patologikoko Zerbitzura bidaltzea.



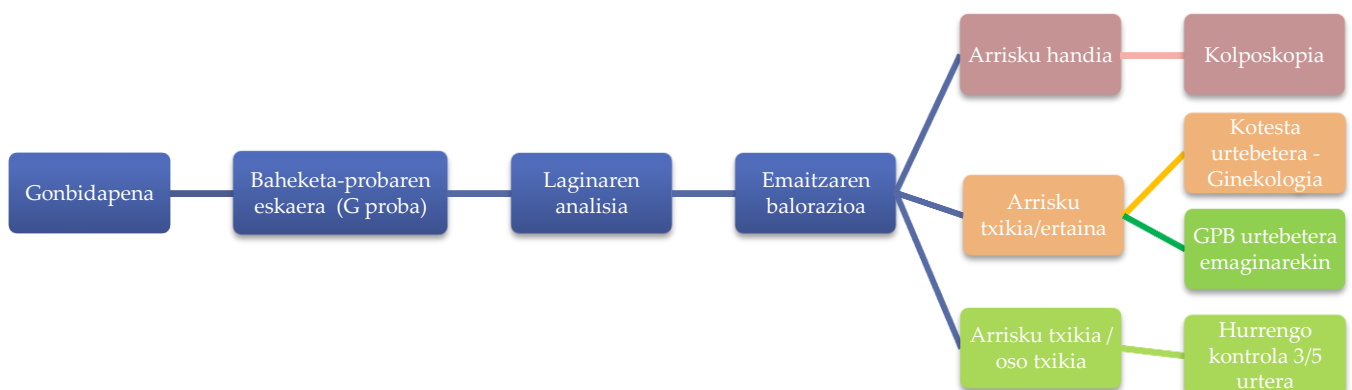
- Erreferentziako anbulatorioko ginekologia-zerbitzura deribatzea urgentziaz/lehentasunez.

Aldiz, emakumea programak gonbidatuta joaten bada kontsultara eta proba egitean zerbixeko minbiziarekin bateragarria den lesioaren bat ikusten bada edo emakumeak bateragarria den sintomaren bat azaltzen badu, hauxe da prozedurarik egokiena:

- **Lagina jasotzea; proba-eskaera elektronikoa egitea "BAHEKETA-PROBA – G proba" gisa** eta oharretan "kotesta zerbix susgamarriagatik" adierazita, eta lagina eta eskaera Zerbixeko Baheketa Programako Laginak Prozesatzeko Unitatera bidaltzea (Donostiako UO).
- Erreferentziako anbulatorioko ginekologia-zerbitzura deribatzea urgentziaz/lehentasunez.

Sintomatologia duten emakumeak Ginekologiako kontsultara deribatu behar dira **beti**, haien adina edozein dela ere.

## G. BIZTANLERIA-PROGRAMAREN ZIRKUITUA. DISEINUA.



Hona hemen programan jarraitzen diren urratsen segida:

1. Emakumea bi modutan aktibatu daiteke programan:
  - **Biztanleriarena.** Programa koordinatzen duen zentroak emakumeari gonbidapena bidaltzea. Emakumeak posta arruntez edo SMS bidez jasotzen du gonbidapena.
  - **Bide oportunist\***. Emakumea Ginekologia Zerbitzuko kontsultara (ginekologoa edo emagina) doa beste arrazoi batengatik edo arreta komunitarioko osasun-taldeak deribatuta. Kasu honetan, *Anatomia patologicoko zerbixeko minbiziaren baheketa* egiteko eskaera egin ondoren, GIPean sartzen da, eta programan ezarritako zirkuitua aktibatzen da. Hortaz, azterketa, emaitza eta geroko ekintzak berberak izango dira emakumea parte hartzera gonbidatzen denean eta modu oportunistan doanean kontsultara.
2. Baheketa-proba egitea (G proba).
3. Emaizta kudeatu eta ikustea.
4. Hurrengo kontrolari edo ekintzei buruzko informazioa, ebaluatutako arriskuaren arabera.

Programan, baheketaren fase guztiak daude elkarri lotuta, eta jarraipena egin ahal izateko moduan daude diseinatuta, hau da, emakumea programan aktibatzen denean hasten da eta emaitza negatiboarekin programa amaitu arte edo emaitza positiboarekin tratamendua edota zainketa eman arte.

Horretarako, GIP (programen kudeaketa-tresna integrala) erabiliko da Osabide Globalen programaren zirkuitua osorik kudeatzeko. GIPek aukera ematen du pazientearen historia klinikotik interakzioan aritzeko, eta programan pazienteak identifikatzeko eta kudeatzeko funtzioak eskaintzen ditu.

## 1. XEDE-POPULAZIOA GONBIDATZEKO PROZESUA



Baheketa-programa biztanleria-programa bat da eta, beraz, programaren xedea biztanleria da.

Programa kudeatzeaz arduratzen den taldeak hamabostean behin gonbidatzen du **xede-biztanleria** programan parte hartzera SMS edo gutun bidez.

Gutun-azalean, emakumeek baheketaren eta probaren garrantziari buruzko triptiko bat dute, eta, horrez gain, bertan, erreferentziazko zentroaren izena eta telefonoa dituzte, baheketarako hitzordua eska dezaten. (Ikusi 10. eranskina: dibulgazio-materiala).

SMSan, informazio hori bera emango da, web-esteka baten bidez. Webgune horretan, programari buruzko informazio guztia dute emakumeek, baita Web-zitaren bidez hitzordua eskatu ahal izateko esteka bat ere. Hitzordua programak gonbidapena egin eta 13 hilabeteko epean hartu ahalko dute emakumeek; data horretatik aurrera, esteka ez da aktibo egongo.

**\*Beharrezkoa eta oso garrantzitsua da Lehen Mailako Arretako taldeak aurretik baheketa-probarik ez duten emakumeak erreferentziazko emaginarengana deribatzen jarraitzea proba egin dezaten.**

**Garrantzitsua: baheketa-probaren eskaera ez da erabili behar emaginarengana deribatzeke bolante gisa.**

### **1.1. Xede-populazioa**

Hautagai izango dira 25 eta 65 urte bitarteko emakumeak, Euskadin bizi direnak, eta mediku-kupoa, OTI aktiboa edo behin-behineko OTIa dutenak.

Adinaren eta egindako azken baheketa-probaren arabera, 3 edo 5 urtez behin gonbidatu behar dira emakumeak.

Gonbidapen-prozesua pixkanaka-pixkanaka egin da, eta 2024rako xede-biztanleria osoa gonbidatua izatea aurreikusten da.

### **1.2. Salbuespenak.**

Xede-biztanleriari dagokionez, automatikoki **salbuetsiko** dira honako hauek:

### Salbuespen automatikoak:

- Aldi baterako salbuespen automatikoa. Gomendatutakoa baino tarte txikiagoan egindako baheketa-probarik ez dutenak.
- Behin betiko salbuespen automatikoa. Erabateko histerektomiako episodio bat kodifikatuta dutenak historia klinikoan, ospitaleko altan.

### Eskuzko salbuespenak

Halaber, **eskuz egin ahalko dira salbuespenak**, bai emakumeek programan ez parte hartzea erabakitzen dutenean, bai profesional sanitarioek (emaginak, ginekologoak, familia-medikuak, erizainak) anamnesia egin ostean erabakitzen dutenean emakume horiek ez direla programarako hautagai egokiak. Halakoetan, eskuz egin beharko da salbuespena, eta arrazoia adierazi beharko da. Eskuzko salbuespenak aldi baterakoak edo behin betikoak izan daitezke (ikusi F.1 atala).

**\*Gogoan izan behar da emakume bat aldi baterako salbuesten denean programak ez duela berriz gonbidatzen azken gonbidapenetik 3/5 urte igaro diren arte. Aldiz, emakume bat behin betiko uzten denean programatik kanpo, aldiz, programak ez ditu berriz gonbidatzen.**

Kasu batean zein bestean, profesional batek zerbixaren baheketarako eskaera egiten badu, automatikoki sartuko dira berriro programan. Hau da, emakume hori berriro egongo da programaren barruan, eta ezeztapena baliorik gabe geratuko da.

## 2. PROGRAMAREN JAKINARAZPENAK

Programak erregistratutako helbidera gutun bat bidalita edo Osategin erregistratutako lehen telefono mugikorrera SMS bat bidalita jarriko da harremanetan xede-biztanleriarekin.

Horrez gain, programa Osasun Karpetarekin dago konektatuta, eta erabiltzaileek jakinarazpen bat jasoko dute Osategin erregistratutako helbide elektronikoan (mezu elektronikoa jaso ahal izateko, erabiltzaileak Osasun Karpetan erregistratuta egon beharko dira).

Emakumeek jakinarazpen hauek jaso ditzakete:

- Parte hartzeko gonbidapena.

- Parte hartzeko gogorazpena.
- Parte-hartzearen salbuespen informatua (historia klinikoan erabateko histerektomia kodifikatuta duten emakumeak).
- Utero-lepoko minbizia izateko arriskuaren balorazioaren emaitza, eta kasu bakoitzean egin beharrekoa:
  - Arrisku oso txikia → kontrola 3 edo 5 urtera, egindako probaren arabera (zitologia/GPB, hurrenez hurren).
  - Arrisku txikia/ertaina → kontrola urtebetera.
  - Arrisku handia → Kolposkopiara zuzenean deribatzea.
  - Ez argia → baheketa-proba berriro egitea 4 hilabetera.

Programatik gonbidapena jaso ondoren, honako egoera hauek gerta daitezke:

- Gutuna itzultzea. Programa pazientearekin harremanetan jartzen saiatuko da, eta, horretarako, bigarren helbide batera bidaliko dio gutuna. Ezin badio bigarren helbidera bidali, programak emakumea salbuetsi egingo du haren posta-helbidea ez duelako aurkitu, eta berriz gonbidatuko du egindako gonbidapenetik 3/5 urte igaro ondoren.
- Emakumea ez da hitzordura joan eta ez da Osakidetzarekin harremanetan jarri arrazoia adierazteko: kasu honetan, pazientea aktibo egongo da, eta lehen gonbidapena egin eta 6 hilabetera berriz bidaliko zaio gogorazpen-gutuna. **Garrantzitsua da kasu horietan profesionalak ez uztea programatik kanpo emakumea, bestela programak ezin izango baitio bidali gogorazpen-gutuna.** Joaten ez badira, handik denbora batera programatik kanpo geratuko dira. Kasu horretan, pazientea berriz gonbidatuko da egindako gonbidapenetik 3/5 urte igaro ondoren.
- Emakumea kontsultara joan da gonbidatuta, eta profesionalak programatik kanpo uztea eragiten duen arrazoi bat identifikatu du: Kasu horretan, programak berriz gonbidatuko du emakumea egindako gonbidapenetik 3/5 urte igaro ondoren. *Ikusi salbuespenen atala G.1.2.*
- Gonbidatutako emakumea ez da hitzordura joan, eta Osakidetzarekin harremanetan jarri da arrazoia adierazteko: emakumea sisteman salbuetsiko da, arrazoia adierazita. Pazienteak gonbidatu denez, gonbidapenaren 3/5 urteak igaro ondoren egingo da hurrengo gonbidapena.
- Emakumea kontsultara joan da, eta proba egiten du: pazienteak anatomia patologikoaren eskaera osatu du, eta sistema emaitzaren zain geratzen da.

### 3. BAHEKETA-PROBA ESKATZEKO ETA LAGINA JASOTZEKO PROZESUA.

Solicitud de prueba de  
cribado  
(prueba G)

Programa honetan, anatomia patologikoko probak egiten dira batik bat, **Anatomia patologikoko zerbixeko minbiziaren baheketa** eskaerari lotutako probak hain zuzen.

Programara modu oportunistan sartzen direnen kasuan, **Anatomia patologikoko zerbixeko minbizia bahetzeko** eskaera egitean, programen kudeaketa-tresna integralean (GIP) sartuko dira, eta biztanleria-programarako ezarritako zirkuitua aktibatuko da. Hortaz, azterketa, emaitza eta geroko ekintzak berberak izango dira emakumea parte hartzera gonbidatzen denean eta modu oportunistan doanean kontsultara.

Emakumeak behar bezala informatuta egon behar du probaren garrantziaz, lagina hartzeko metodoaz eta emaitza posibleez eta horien osteko jarduketa posibleez. Horretarako, liburuxka bat diseinatu da, kontsultan entregatu eta azaldu beharko dena. (Ikusi 10. eranskina).

Profesional sanitarioak baheketa-proba egingo du, hau da, zerbix barneko lagin bat hartuko du gero analisisa egiteko. Dokumentu honen 6. eranskinean azaltzen da nola hartu, etiketatu eta bidali behar den lagina.

### 4. LAGINAREN ANALISIA - DONOSTIAKO OSPITALEKO ANATOMIA PATOLOGIKOKO BAHEKETAKO UNITATEA

Análisis de la  
muestra

Osakidetzan egindako baheketa-lagin guztiak Donostiko Ospitalean dagoen Baheketako Laginak Prozesatzeko Unitatera bidaltzen dira.

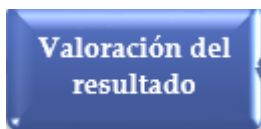
Hauek izango dira unitate horren eginkizunak:

- Laginak hartzeko sistema eta zirkuitua ezartzea.
- Laginen azterketa eta diagnostikoa egitea.
- Emaitzen txostenak Osabide Globalen sartzea.

Horretarako, klinikoki baliozkotutako GPB probak erabiliko dira, genotipatzeaz eta zitologia zerbikobaginalaz gain. Proba horien helburua da GPBarekin lotutako maila handiko epitelio barneko lesio ezkatatsuak (H-SIL edo zerbixeko minbizia) detektatzea.

Ingurune likidoa erabiltzeak GPBren detekzio molekularra eta azterketa zitologikoa aldi berean edo geroago egitea ahalbidetzen du, lagin likidoa aste batzuetan gorde baitaiteke giro-tenperaturan.



## 5. EMAITZEN KUDEAKETA



Donostiako Ospitaleko Anatomia Patologikoko Zerbitzuak probaren emaitza baliozkotu eta gero, emaitzaren txostena automatikoki kargatzen da Osabide Globalen, proba egin duen profesional sanitarioaren (emagina edo ginekologoa izan) zentroko edo LMAUko "Egiteke dauden zereginak" panelean. (3. eranskina).

Proba eskatu zuen sanitarioak emaitza ikusi ondoren (ikus G.2 atala), programak emaitzaren berri emango dio erabiltzaileari. Astero bidaliko dira profesionalak ikusi dituzten emaitzen jakinarazpenak.

Emaitza batzuk, programak bidalitako jakinarazpenaren bidez ez ezik, telefonoz ere jakinarazi behar dira; proba egin zuen profesionala arduratu behar da horretaz.

 Programaren jakinarazpena	 Profesional sanitarioak ematen du informazioa
Arrisku handiko emaitza - Kolposkopia	Jakinarazi pazienteari telefonoz eta izapidetu Zerbixeko Patologiako Unitaterako deribazioa
Arrisku ertaineko emaitza - Ginekologia	Jakinarazi pazienteari telefonoz eta izapidetu Ginekologiara urtebetera deribatzea
Arrisku ertaineko/txikiko emaitza - Emagina	Jakinarazi pazienteari telefonoz eta izapidetu emaginarengana urtebetera deribatzea

Emaitza ez argia	Jakinarazi pazienteari telefonoz eta izapidetu zita 4 hilabetera
Arrisku oso txikiko emaitza	Ez da beharrezkoa telefonoz jakinaraztea

Lagina jasotzen duen profesionala arduratuko da emaitza bistaratzeaz, behar den kasuetan emakumeari informazioa emateaz eta, egoerak hala eskatzen badu, deribazioa egiteaz. Horretarako salbuespena izango da antolaketa-arrazoiengatik, ordezkapenengatik edo udako denboraldiengatik beste kudeaketa mota bat adostu izana, baina beti bermatuko da emaitza bistartzeko eta deribazioa kudeatzeko prozesua behar bezala egiten dela, halakorik behar izanez gero.



## H. PROGRAMAREN EBALUAZIOA

Gaur egungo baheketa oportunistaren politiken ordez biztanleria-baheketako programak ezartzea lan nekeza eta konplexua da, eta funtsezkoa da denbora luzez inbertitzea, onarpen soziala izatea, baliabideen eskuragarritasuna lortzea eta ondo koordinatzea baheketa-teknika onenak aplikatu ahal izateko.

Era berean, ezinbestekoa da kalitate-kontrol egokia egitea, eskuragarri dagoen teknika bakoitzaren kalitatea bermatuko duten adierazleak definitzea eta prozesu bakoitzaren monitorizazio- eta ebaluazio-sistemak ezartzea, horrela bermatzen baita kudeaketa-sistema sendoa. (2)

Adierazleek inpaktuan eragina duten baheketa-prozesuaren alderdiak jorratzen dituzte, baita detekzioak dituen giza kostuak eta kostu ekonomikoak ere.

Lau adierazle multzo bereizten ditugu:

### 1. BAHEKETAREN ERAGINA.

Gomendatutako tartean bahetu den xede-biztanleriaren proportzioa da baheketa-programa baten arrakastaren faktore erabakigarri nagusia.

Hala ere, probak maizegi egiteak areagotu egiten ditu kostu ekonomikoak eta giza baliabideenak, eta onura mugatua dute intzidentziaren eta hilkortasunaren murrizketan. Gomendatutako baheketa-tartearen iraupena kontuan hartu behar da baheketaren eraginaren jarraipenean eta ebaluazioan. Adierazleen artean daude: programaren luzera, gonbidapenaren estaldura, testaren estaldura eta parte-hartzea.

Oro har, programaren arrakastari laguntzen dion faktorerik garrantzitsuena **testaren estaldura** da, hau da, baheketa-programak gomendatutako denbora-tartean (3 edo 5 urte) gutxienez behin benetan aztertutako xede-populazioko emakumeen proportzioa. Baheketa-proba guztia informatikoki erregistratu behar da horretarako, eta emakume bakoitzaren aurkikuntzak banaka lotzeko gaitasuna ere beharrezkoa da. Estaldura xedeari dagokion adin-talde osorako eta adin-taldeen arabera kalkulatu behar da.

**Gonbidapenaren estaldura** gonbidapena jaso duen xede-biztanleriari dagokio.

**Parte-hartzeak** gonbidapenen bidalketaren eraginkortasuna kalkulatzeko neurri bat ematen du, eta, gainera, erabiltzaileek programaren kalitateari buruz duten iritzia baloratzeko neurri bat ematen du.

**Utero-lepoko minbizi inbaditzaileak xede-populazioan duen eragina neurtuz gero** (programan parte hartzen duten emakumeak eta parte hartzen ez dutenak barne, baita gomendatuak ez bezalako errepikapen-tarteetan bahetutakoak), baheketa ez egiteak dakarren gaixotasun-karga jakin daiteke.

## 2. BAHEKETAREN PROZESUA.

Baheketa-probaren emaitzen adierazleak dira. Funtsezko adierazleen artean daude proba berriz egin behar izatearen tasak eta kolposkopia egiteko deribazio-tasak. Zitologia berriz egiteko eta kolposkopiara deribatze tasek kostu ekonomikoa neurtzeko balio dute, baita emakumeentzako karga baloratzeko ere (antsietatea, denbora-kontsumoa), eta kostu horiek ahalik eta baxuen mantendu behar dira. Tasa horiek detekzio-proben sentikortasunaren eta espezifikotasunaren araberakoak dira, baita gaixotasunaren prebalentziaren eta tokian-tokian hartutako protokoloen araberakoak ere.

Kolposkopiara deribatzearen balio igarlea kalkulatzeko, kolposkopia benetan zenbat emakumek egiten duten hartzen da oinarri gisa. Adierazle honek erraz erakusten du zenbat kolposkopia egin behar diren tratamendua behar duen lesio bat aurkitzeko.

Adierazle horiek baheketa-probaren espezifikotasuna, zerbixeko minbiziaren intzidentzia eta histologikoki egiaztatutako CIN lesioen detekzio-tasa baloratzen dituzte.

## 3. EBALUAZIOA, DIAGNOSTIKOA ETA TRATAMENDUA

Diagnostiko- eta tratamendu-adierazleak dira, honako gomendio hauei dagokienez: kolposkopia eta biopsia egiteko gomendioak, epitelio barneko maila altuko lesio ezkatatsuen (H-SIL) detekzioa eta tratamendua, epitelio barneko neoplasia zerbikalen (CIN) detekzioa eta tratamenduaren osteko zitologia negatiboen proportzioa.

Gehiegizko tratamendua saihestea da beste helburu garrantzitsua. CIN baten ondorioz histerektomia egin zaien emakumeen proportzioa alferreko tratamenduaren adierazle bat da.

Baheketa-programa baten arrakastarako baldintza garrantzitsu bat da ebaluazio diagnostikoa behar denean egitea. Kolposkopiarako deribazioa betetzen den neurtzeko, kolposkopien erregistro sistematiko eta osoa egin behar da formularioan.

#### 4. ZERBIXEKO PATOLOGIAREN ADIERAZLEAK <sup>(28)</sup>.

11. eranskinean xeheki azalduta daude atal honetako adierazle guztiak.

## LABURDURAK

AEPCC	Zerbixeko Patologiaren eta Kolposkopiaren Espainiako Elkarte
ASC-US	Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance
ASCCP	American Society for Colposcopy and Cervical Pathology
EAE	Euskal Autonomia Erkidegoa
CIN	Utero-lepoko epitelio barneko neoplasia
CBL	Oinarri likidoko zitologia
CCV	Zitologia zerbikobaginala
GNS-10	Tumoreen Nazioarteko Kodea
CIS-D06	In situ kartzinoma
C53	Zerbixeko tumore gaiztoa (GNS)
UED	Ustezko erditze-data
STG	Sexu-transmisiozko gaixotasunak
GCO	Global Cancer Observatory
GIP	Programa-kudeatzaile Integrala
HSIL (HGSIL / SIL-HG)	High Grade Squamous Intraepitelial Lesion
EIN	Estatistika Institutu Nazionala
LSIL (LGSIL / SIL-LG)	Low Grade Squamous Intraepitelial Lesion
MSSSI	Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa
OME	Osasunaren Mundu Erakundea

OAP	Osabide Atención Primaria
OG	Osabide Global
OGP	Osabide Global Primaria
ESI	Erakunde Sanitario Integratua
ZMBP	Zerbixeko Minbiziaren Baheketa Programa
G proba	Zerbixeko Minbiziaren Baheketa Programaren zirkuituan prozesatutako eta analizatutako baheketa-proba, Donostiako Ospitaleko Laginak Prozesatzeko Unitatean zentralizatzen dena.
C proba	Zitologia-proba edota GPB-AH proba, Zerbixeko Minbiziaren Baheketa Programatik kanpo eta ESI bakoitzeko Anatomia Patologikoko Unitatearen barruan prozesatua eta analizatua.
REDECAN	Espainiako Minbizi Erregistroen Sarea
SEAP	Anatomia Patologikoko Espainiako Elkarte
SEC	Espainiako Zitologia Erakundea
SEGO	Ginekologia eta Obstetriziako Espainiako Elkarte
OSN	Osasun Sistema Nazionala
ZPU	Zerbixeko Patologiako Unitatea
GPB	Giza Papilomaren Birusa
GPB-AH	Arrisku handiko giza papilomaren birusa
GPB-AT	Arrisku txikiko giza papilomaren birusa
GIB	Giza immunoeskasiaren birusa

## BIBLIOGRAFIA

1. Globocan 2020. Global Cancer observatory. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization.
2. AEPCC-Guía: prevención del cáncer de cuello de útero 2014. Publicaciones AEPCC, 2015eko azaroa.
3. Infección por el Virus del Papiloma Humano. Lesiones premalignas y cáncer. AEPCC, 2016.
4. EAEko bularreko minbiziaren eta umetoki-lepoko minbiziaren baheketak: Partaidetzaren eta desberdintasun sozialen bilakaera (1992-2013).
5. Euskadiko Onkologia Plana 2018-2023. Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazioa. Osasun Saila. <https://www.euskadi.eus/eusko-jaurlaritz/liburutegia-artxiboa-argitalpenak/liburutegi-nagusia/>
6. Minbizitik bizirautea Euskal Autonomia Erkidegoan 2000-2012. 1. edizioa, 2018ko otsaila. Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazioa. Osasun Saila. [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/registros\\_cancer/eu\\_def/adjuntos/Minbizitik\\_bizirautea\\_Euskal\\_Autonomia.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/registros_cancer/eu_def/adjuntos/Minbizitik_bizirautea_Euskal_Autonomia.pdf)
7. Castellsagué X, Iftner T, Roura E, Vidart JA, Kjaer SK, Bosch FX, Muñoz N, Palacios S, San Martín Rodríguez M, Serradell L, Torcel-Pagnon L, Cortes J; CLEOPATRE Spain Study Group. Prevalence and genotype distribution of human papillomavirus infection of the cervix in Spain: the CLEOPATRE study. J Med Virol. 2012 Jun;84(6):947-56. doi: 10.1002/jmv.23282.
8. Zerbixeko minbiziak eragindako hilkortasuna. EAE 2000-2012. Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza: Osasun Saila, 2013.
9. EAEko Osasun Inkesta, 2013 (EAEOI, 2013). <https://www.euskadi.eus/informazio/osasun-inkesta-2013-aurkezpena/web01-a3osag13/eu/>
10. AEPCC-Guía: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y VPH. Koordinatzailea: Quilez J. Egileak: Bosch J.M., Serrano J.R., J.R., Gonzalez, J.V., Lobo P., López-Arregui E., Ramón y Cajal J.M., Vanrell C. Kanpoko zuzentzaileak: Andía D., del pino M., Torné. AEPCC argitalpenak. 2018; 1-47. or.
11. Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila. Txertaketan Eskuliburua. 2020an eguneratua. [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/manual\\_vacunaciones/eu\\_def/adjuntos/00-TXERTAKETEN-ESKULIBURUA-2020.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/manual_vacunaciones/eu_def/adjuntos/00-TXERTAKETEN-ESKULIBURUA-2020.pdf)
12. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS de 2015 (5. edizioa)
13. Europako Batzordea, Osasuneko eta Kontsumitzaileen Zuzendaritza Nagusia, EAHC. Osasun eta Kontsumoko Agentzia Exekutiboa, IARC. OME. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2<sup>nd</sup> ed. Editors: Arbin M, Anttila A, von Karsa L. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2008.
14. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2<sup>nd</sup> ed. Supplements, 2015 (in press).
15. Urriaren 31ko SSI/2065/2014 Agindua, zeinaren bidez aldatu egiten dira irailaren 15eko 1030/2006 Errege Dekretuaren I, II. eta III. eranskinak. Dekretu horrek Osasun Sistema Nazionalaren zerbitzu komunak ezartzen du, baita zorroa eguneratzeko prozedura ere.
16. Apirilaren 26ko SCB/480/2019 Agindua, zeinaren bidez aldatu egiten dira irailaren 15eko 1030/2006 Errege Dekretua. Dekretu horrek Osasun Sistema Nazionalaren zerbitzu komunak ezartzen du, baita zorroa eguneratzeko prozedura ere.
17. Zerbixeko Minbiziaren Baheketa Programa. Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritzak, 2018ko eguneratzea.

18. Documento Marco sobre cribado poblacional. Osasun, Kontsumo eta Gizarte Ongizate Ministerioa.  
<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Cribado/home.htm>
19. Europako gomendioei jarraiki (proba/tartea) zerbixeko minbiziari lotutako baheketarako populazio-programa bat ezartzearen eragina, egungo egoerarekin alderatuta. MSSSI. Euskadiko Teknologia Sanitarioen Ebaluazio Zerbitzuaren txostenak. Osteba, 2014/02.
20. AEPP-Guía: COLPOSCOPIA. ESTÁNDARES DE CALIDAD. Koordinatzailea: Torné A. Idazkaria: del Pino M. Egileak: Andía D., Castro M., de la Fuente J., Hernández J.J., López J.A., Martínez J.C., Medina N., Quílez J.c., Ramírez M., Ramón y Cajal J.M. AEPCC argitalpenak. 2018; 1-80. orr.
21. Estimaciones de la Incidencia del Cáncer en España, 2022. Espainiako Minbizi Erregistroen Sarea (REDECAN), 2021 (2022ko apirilko berrikuspena).
22. Ronco G, Dillner J, Elfstrom KM, Tunesi S, Snijders PJ, Arbyn M, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet*. 2014; 383: 524-32.)
23. Castellsagué X. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2008;110(3).
24. AEPCC-Guía: Vacunación selectiva frente al virus del papiloma humano en poblaciones de riesgo elevado. Koordinatzailea: Campins, M. Egileak: Alemany L., Bayas J.M., Borrueal N., Campins M., Castellsagué X., Curran A., Díaz de Heredia C., Martínez X., Moraga-Llop F.A, Torné A. Zuzentzaile-Editoreak: Torné A., del Pino M. Publicaciones AEPCC. 2016; 1-46. ISBN 978-84-617-6553-9
25. Centers for Disease Control and Prevention. ACIP-National and state vaccination coverage among adolescents aged 13-17 years--United States, 2011. *Centers MMWR. Morbidity and mortality weekly report*;61(34);671-7 ISSN: 0149-2195. August 31, 2012  
<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6134a3.htm>
26. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. Egileak: Rebecca B. Perkins, Richard S. Guido, Philip E. Castle, David Chelmon, Mark H. Einstein, Francisco Garcia, Warner K. Huh, Jane J. Kim, Anna-Barbara Moscicki, Ritu Nayar, Mona Saraiya, George F. Sawaya, Nicolas Wentzensen, MS, and Mark Schiffman, for the 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines Committee. *J Low Genit Tract Dis* 2020;24: 102–131. DOI: 10.1097/LGT.0000000000000525
27. Risk Estimates Supporting the 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines Didem Egemen, Li C. Cheung, Xiaojian Chen, Maria Demarco, Rebecca B. Perkins, Walter Kinney, Nancy Poitras, Brian Befano, Alexander Locke, Richard S. Guido, Amy L. Wiser, Julia C. Gage, Hormuzd A. Katki, Nicolas Wentzensen, Philip E. Castle, Mark Schiffman, and Thomas S. Lorey. *J Low Genit Tract Dis* 2020;24: 132–143. DOI: 10.1097/LGT.0000000000000529
28. AEPCC-Guía: Prevención secundaria del cancer de cuello del útero, 2022. conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado. Koordinatzailea: Torné A. Idazkaria: del Pino M. Egileak: Torné A; Andía, D; Bruni L; Centeno C; Coronado P; Quílez JC; 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.
29. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition ISBN 978-92-4-003082-4 (electronic version) ISBN 978-92-4-003083-1 (print version)
30. Guidelines for Cervical Cancer Screening in Immunosuppressed Women Without HIV Infection. Anna-Barbara Moscicki, Lisa Flowers, Megan J Huchko, Margaret E Long, Kathy L MacLaughlin, Jeanne Murphy, Lisa Beth Spiryda, Michael A Gold. 2019 Apr 23(2):87-101. DOI: 10.1097/LGT.0000000000000529