MINISTERIO DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCION DE REGULACIÓN

UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER Y LA NIÑEZ

GUIA TÉCNICA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE CERVIX

EL SALVADOR, C.A. MARZO DE 2007

Documento Derogado

EL SALVADOR

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Dr. José Guillermo Maza Brizuela
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. José Ernesto Navarro Marín
Viceministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. José Roberto Rivas Amaya
Director de Regulación

Dr. Humberto Alcides Urbina
Director General de Salud

Dr. Mario Vicente Serpas Montoya
Director de Control y Vigilancia Epidemiológica

Dra. Ena Concepción García
Directora de Planificación

Lcda. Judith Zárate de López
Directora de Administración y Finanzas

Documento Derogado

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector de la Salud en El Salvador a través de la Unidad de Atención Integral en Salud a la Mujer, presenta la "Guía Técnica de Prevención y Control del Cáncer de Cérvix", la cual retoma el compromiso del nuevo Plan de Gobierno 2004-2009 "País Seguro" que plantea en el área de acción Salud: la ampliación de experiencias exitosas logradas en la prevención del cáncer del útero y de la mama, en coordinación con entidades nacionales e internacionales, así como el fortalecimiento de la capacidad de tratamiento digno a personas que están sufriendo éstas enfermedades.

Esta Guía ha sido elaborada mediante el esfuerzo conjunto de diferentes profesionales representantes de instituciones públicas y privadas del sector salud, ONG's, asociaciones de profesionales, así como el acompañamiento y cooperación externa del Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA.

La finalidad de la Guía esta orientada a apoyar a los profesionales, técnicos y voluntarios del sector salud en las actividades de detección precoz y tratamiento oportuno de las lesiones preinvasivas y referencia oportuna del cáncer de cérvix, así como el mejoramiento de la calidad de los procedimientos clínicos, de laboratorio y exámenes de gabinete, promoviendo la atención de las usuarias con calidad y calidez, el empoderamiento de la mujer, familia y comunidades en coordinación interinstitucional e interagencial.

En este sentido el Ministerio de Salud Pública insta a las instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales y privadas así como a las Agencias de Cooperación a unirse a este esfuerzo como país para integrarse en la utilización de la Guía en el desempeño profesional y atención de la usuarias del sistema nacional de salud, a fin de contribuir a la reducción de la mortalidad por cáncer de cérvix en El Salvador.

José Guillermo Maza Brizuela
Ministro de Salud

Documento Derogado

COORDINADORES DE LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

Coordinación General

Dr. Jorge Roberto Cruz González – Coordinador la Unidad de Atención Integral en Salud la Mujer.

Dra. María Esperanza Alvarenga de Aparicio – Coordinadora Técnica del Componente de Cáncer Cervicouterino y Mama.
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Asistencia Técnica

Dr. Mario Morales – Asistencia Técnica y Financiera
FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

Redacción Edicion y Ajustes

Dra. María Esperanza Alvarenga de Aparicio

Documento Derogado

PROFESIONALES QUE PARTICIPARON EN LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO A NIVEL INTERINSTITUCIONAL

Comité Técnico de Expertos

DRA. YOLANDA LEIVA DE HERNÁNDEZ
Patóloga
Hospital Nacional de Maternidad

DRA. LISSETH RUIZ DE CAMPOS
Patóloga
Instituto del Cáncer de El Salvador
Hospital Nacional Rosales

DR. JULIO CÉSAR RAYMUNDO
Jefe del Servicio de Ginecoonco[illegible]gica
Instituto Salvadoreño del Seguro Social

DRA. ELBA [illegible]RAN CASTRO
Jefa de la Unidad de Colposcopía
Hospital Nacional de Maternidad

DRA. GEORGINA SANTAMARÍA
Ginecóloga - Colaboradora Técnica Normativa
Instituto Salvadoreño del Seguro Social

DR. ROGELIO RAMÍREZ MENJIVAR
Médico Ginecólogo y Colposcopista
Hospital Nacional de Maternidad

Documento Derogado

Profesionales Participantes en la Elaboración y Validación del Documento

DRA. YOLANDA LEIVA DE HERNÁNDEZ
Patóloga
Hospital Nacional de Maternidad

DRA. LISSETH RUIZ DE CAMPOS
Patóloga
Instituto del Cáncer de El Salvador
Hospital Nacional Rosales

DR. JULIO CÉSAR RAYMUNDO
Jefe del Servicio de Gineco-oncológica
Instituto Salvadoreño del Seguro Social

DRA. ELBA BRAN CASTRO
Jefa de la Unidad de Colposcopía
Hospital Nacional de Maternidad

DRA. GEORGINA SANTAMARÍA
Ginecològa - Colaboradora Técnica Normativa
Instituto Salvadoreño del Seguro Social

DR. ROGELIO RAMÍREZ MENJIVAR
Médico Ginecólogo y Colposcopista
Hospital Nacional de Maternidad

DRA. AURA MARINA DE AVILA
Patóloga
Instituto Salvadoreño del Seguro Social

DRA. MERCEDES ARREGO DE AGUILAR
Ginecóloga
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de El Salvador

DR. EDGAR ALEJANDRO HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ
Médico Ginecólogo y Colposcopista
Hospital Nacional de Chalatenango

SRA. MAURA RAMOS
Enfermera Responsable de Colposcopía
Hospital Nacional de Chalatenango

SRITA. XIOMARA PICHE
Citotecnologa
Hospital Nacional San Rafael

Sra. Patrícia de Cornejo
Enfermera
Hospital Nacional de Soyapango

DR. JULIO MENDOZA SANCHEZ
Médico Ginecólogo y Colposcopista
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA

DRA. DORA ELCONIA DE HERNÁNDEZ SANCHEZ
Médica Ginecóloga y Citóloga
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA

SRA. HAYDEE DE CUADRA
Citotecnóloga
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA

DRA. MARIA ELENA DE HERNÁNDEZ
Médica Citóloga
HOSPITAL SANTA GERTRUDIS SAN VICENTE

SRITA. MERCEDES HERNÁNDEZ PÉREZ
Citotecnologa
HOSPITAL SANTA GERTRUDIS SAN VICENTE

DR. ROBERTO OMAR BONILLA
Médico
Hospital Nacional de Sensuntepeque

DR. ROBERTO SANCHEZ OCHOA
Médico Ginecólogo y Colposcopista
Hospital Nacional de Maternidad
Hospital Nacional Saldaña

DRA. ETHEL ARGUETA DE GONZÁLEZ
Médica Citóloga
LABORATÓRIO CENTRAL DE CITOLOGÍA

Documento Derogado

Dr. Joaquín Vivas Aparicio
Médico Ginecólogo y Colposcopista
Hospital Santa Teresa de Zacatecoluca

Dr. Alejandro Euseda Viera
Médico Ginecólogo y Colposcopista
Hospital Santa Gertrudis de San Vicente

Sra. Roxana E. Parada
Enfermera
Hospital Santa Teresa de Zacatecoluca

Dra. Ana Vilma de Peña
Patóloga
Hospital Nacional de Maternidad

Licda. Ruth Aída de Guevara
Citotecnóloga
Laboratorio Central de Citología

Documento Derogado

INDICE

CONTENIDO	PÁGINA

Presentaciòn

Profesionales que participaron en la elaboraciòn del documento

Indice

Introducción

Objetivos de la guìa

I. Marco Conceptual 1

II. Aspectos tecnicos……....11

- **Tamizaje**
- **Diagnóstico y Tratamiento**
- **Seguimiento**

III. Vigilancia Epidemiológica……25

IV. Educación Continua y Actualización al Personal de Salud……..27

V. Control de Calidad……28

VI. Monitoreo y Evaluación……...31

VII. Glosario.....35

VIII. Siglas y abreviaturas.....38

Bibliografía……...39

Anexos……42

- Anexo I: La Consejería…….....……..**43**
- Anexo II: Aspectos Básicos de la Crioterapia y Cono Leep.....**48**
- Anexo III: Sistema de Clasificación Bethesda 2001.....**50**
- Anexo IV: Conducta a Seguir en Base al Reporte Citológico**.....51**
- Anexo V: Carnet Unificado de Citología Cérvico Vaginal**……..…..…… 52**
- Anexo VI: Formulario de Referencia y Retorno**……..……53**
- Anexo VII: Hoja de Solicitud y Reporte de Citología Cérvico Vaginal**…...……..……...54**
- Anexo VIII: Hoja de Evaluación Colposcópica**.....55**
- Anexo IX: Hoja Subsecuente de Colposcopía**.....56**
- Anexo X: Características de las pruebas de tamizaje**.....57**

Documento Derogado

INTRODUCCION

Desde el enfoque de la salud en la mujer en el ámbito mundial, cada vez adquiere mayor relevancia el problema del cáncer cérvico-uterino, principalmente en aquellas regiones y países del mundo menos desarrollados, donde las medidas socioeconómicas, políticas y culturales no favorecen el desarrollo de acciones equitativas y accesibles para toda la población, principalmente las de carácter educativo y de prevención a través de programas de tamizaje que sean efectivos.

En el marco de los avances científicos y nuevas alternativas de detección temprana de esta enfermedad el Ministerio de Salud a través de la Unidad de Atención Integral en Salud a la Mujer en coordinación con expertos en prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de cérvix, representantes de las instituciones del sector salud público y privado, con base a la evidencia científica, acuerda elaborar la presente ***Guía Técnica de Prevención y Control del Cáncer de Cérvix***, la cual plantea intervenciones en prevención, considerando como principales actividades:

- Actividades de prevención, **que incluyen la información, educación y comunicación en salud a la población para reconocer los factores de riesgo y la promocion de estilos de vida sanos que contribuyan a la disminución de la morbimortalidad por el cáncer de la cérvix.**

- Actividades de tamizaje **para la identificación, diagnóstico, tratamiento y control oportuno del cáncer de cérvix.**

- Sistema de información, monitoreo y vigilancia epidemiológica **que permita asegurar el registro y seguimiento de los casos detectados.**

Documento Derogado

El esfuerzo compartido en su elaboraciòn, permitió unificar criterios de: diagnóstico, tratamiento y seguimiento para la prestación de servicios integrales a mujeres con lesiones precancerosas, así como la definición para la referencia oportuna de aquellas mujeres que adolecen un cáncer invasor y requieren ser manejada en un nivel de mayor complejidad.

Para facilitar su abordaje el documento divide en capítulos los aspectos técnicos relacionados con el tamizaje, diagnostico y tratamiento, vigilancia epidemiológica, control de calidad, monitoreo y evaluación, apoyados con cuadros y flujogramas de atenciòn que faciliten el abordaje en el tamizaje, manejo y tratamiento de las lesiones preinvasivas.

Se insta utilizarla como documento de inducción a los nuevos profesionales que se incorporan a la red de establecimientos de salud, así como apoyo a programas de educación continua de médicos y enfermeras comprometidas con la atenciòn a la mujer.

Documento Derogado

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El objetivo de la presente guía de Prevención y Control de Cáncer de Cérvix es proporcionar lineamientos técnicos a los proveedores de los servicios de salud sexual y reproductiva, que les permitan brindar atención integral a la población, con el fin de fomentar la detección temprana del cáncer de la cérvix a través de acciones de promoción, tamizaje, diagnóstico temprano y la referencia oportuna a los casos detectados, disminuyendo progresivamente la morbimortalidad por cáncer de cérvix.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Facilitar los elementos técnicos para que los proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva proporcionen la información, educación y comunicación de manera adecuada a los usuarios y usuarias de los servicios de salud, en materia de prevención, tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las lesiones preinvasivas de cérvix.

- Aplicar adecuadamente los criterios establecidos en la presente guía para el tamizaje del cancer de cérvix, mediante la focalización en los grupos de mujeres prioritarios para el programa, a fin de hacer un uso eficiente, eficaz y con calidad de los recursos disponibles para el mismo.

- Disponer de servicios eficaces y eficientes de tamizaje, diagnóstico y tratamiento ambulatorio de lesiones preinvasivas, que aseguren la identificación temprana, el tratamiento correspondiente y seguimiento de casos de cancer de cérvix.

Documento Derogado

- Estandarizar la conducta según reporte citológico mediante la utilización del Sistema Bethesda 2001.

- Establecer en los servicios de atención de salud sexual y reproductiva un sistema integrado de registro y vigilancia epidemiologica de los casos detectados con cancer de cérvix, que permita la toma de decisiones a nivel local, regional, nacional y/o institucional.

Documento Derogado

I.*MARCO CONCEPTUAL*

El cáncer cervicouterino sigue teniendo enormes repercusiones para las mujeres de todo el mundo, con énfasis en los países en desarrollo. La recopilación más reciente de los datos mundiales indica que todos los años se producen unos 466.000 nuevos casos de cáncer cervicouterino en las mujeres de todo el mundo, reportándose el 80% de los casos se produce en los países en desarrollo. A pesar de ser prevenible, constituye la principal causa de muerte por cáncer entre la población femenina. Si no se detecta y se trata en sus etapas iniciales, el cáncer cervical casi siempre es mortal. Esta enfermedad, que afecta a las mujeres más pobres y vulnerables, afecta grandemente a las familias que dependen considerablemente de la mujer para su sustento y cuidado.

Incidencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el registro mundial de cáncer conocido como GLOBOCAN, plantea estimaciones de 500,000 casos nuevos de cáncer cervical registrados cada año y según la Alianza para la Prevención del Cáncer Cervical (ACCP), en un informe emitido en Ginebra en el año 2004, con base en información recibida por sus organizaciones filiales en diferentes países del mundo, reportó que casi el 80 por ciento de los estimados en el ámbito mundial, se diagnostican en América Latina, África y la India. Un motivo importante que explica por qué la incidencia del cáncer cervicouterino es manifiestamente mayor en los países en desarrollo que en los países desarrollados es la falta de programas de tamizaje eficaces, encaminados a detectar afecciones precancerosas y tratarlas antes de que progresen a un cáncer invasor.

La falta de acceso al tamizaje multiplica el efecto de las elevadas tasas de infección por el virus del papiloma humano (VPH), la causa subyacente más importante del cáncer cervicouterino.[2]

En América Latina la incidencia de cáncer de cérvix es de 21.5 y 40.8 por 100,000 mujeres[3]. En El Salvador según datos de GLOBOCAN 2002, la tasa de incidencia es de 45.6 casos por 100,000 mujeres.

1. Prevalencia

Una estimación moderada de la prevalencia mundial, basada en los datos de 2000, indica que hay casi 1,4 millones de casos de cáncer cervicouterino reconocidos clínicamente (el cálculo se basa en el número de pacientes que todavía viven cinco años después del diagnóstico) [1]. Este cálculo refleja la acumulación de los casos producidos cada año y el hecho de que pocas

Documento Derogado

mujeres de los países en desarrollo reciben tratamiento. Los conocimientos actuales sobre la historia natural del cáncer cervicouterino indican que el número de mujeres que pueden tener afecciones precursoras de cáncer cervicouterino es de dos a cinco veces mayor que las que pueden tener el cáncer invasor. Por consiguiente, puede haber hasta 7.000.000 de mujeres con displasias de grado alto, que deben ser identificadas y tratadas.

2. Mortalidad

El cáncer cervical mata a más mujeres cada año que las que mueren en parto, y se estima que podría afectar a 750,000 mujeres en el año 2020 y la cifra mundial podría aumentar hasta 1 millón de casos nuevos para el año 2050. En todo el mundo, el cáncer cervicouterino provoca la muerte de 231,000 mujeres por año, y más de 80% de estas defunciones ocurren en los países en desarrollo[1].

En El Salvador según datos de GLOBOCAN 2002, la tasa de mortalidad es de 23.5 muertes por 100,000 mujeres.

3. Distribución por edades

En la mayoría de los países, la incidencia de cáncer invasor del cuello uterino es muy baja en las mujeres menores de 25 años. La incidencia aumenta alrededor de los 35 a 40 años y alcanza un máximo en las mujeres de entre 50 y 70 años de edad[4]. Los datos de los registros de cáncer en los países en desarrollo indican que aproximadamente 80% a 90% de los casos confirmados en esos países se producen en las mujeres de 35 años de edad o más. Las diferencias comparativas del número de casos de cáncer cervicouterino entre los distintos grupos de edad reflejan, en líneas generales, la estructura por edades subyacente de las poblaciones, así como el hecho de que, a menudo, no se efectúa un tamizaje de las mujeres mayores.

Algunos datos permiten suponer que las mujeres infectadas por el VIH corren mayor riesgo de presentar lesiones precancerosas que las mujeres no infectadas[5, 6]. Las enfermedades cervicouterinas también pueden progresar más rápidamente en las mujeres infectadas por el VIH, dando lugar a una progresión al cáncer más temprana.

Según las estimaciones existentes sobre la incidencia de cáncer cervicouterino, la prevalencia y la mortalidad son probablemente inferiores que los valores reales, en gran parte porque muchas mujeres con cáncer cervicouterino no reciben atención médica y por lo tanto no están incluidas en los datos de los registros de cáncer. Las limitaciones de los establecimientos de diagnóstico y la tendencia a que estos servicios no lleguen a las mujeres mayores, a las que se encuentran en la última fase de enfermedad o las que no pueden pagar esto servicios, son un aliciente aún más importante para elaborar estimaciones exactas. Además, la falta de sistemas organizados de información sanitaria

Documento Derogado

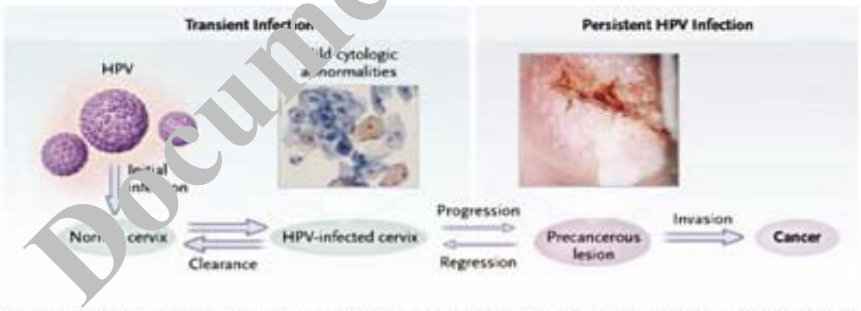
plantea dudas sobre el valor de los registros del número de mujeres con cáncer cervicouterino.

4. Historia Natural de la Enfermedad.

La causa subyacente primaria del cáncer cervicouterino es el virus del papiloma humano (VPH), una infección de transmisión sexual común[7]. No obstante, es importante reconocer que menos de 5% de las mujeres infectadas por el VPH contraen el cáncer cervicouterino si no tienen acceso al tratamiento. Ciertos subtipos genéticos del VPH están asociados más estrechamente con el cáncer cervicouterino y la infección persistente por el VPH tiende a progresar con mayor frecuencia a la displasia de grado alto y al cáncer[8].

Hoy en día se han identificado más de cien tipos del VPH, de los que más de treinta tipos producen infecciones genitales. Estos se clasifican de forma general como de alto riesgo y de bajo riesgo de desarrollo de cáncer cervicouterino, considerándose que aproximadamente una docena de tipos son de alto riesgo (algunos de los tipos de bajo riesgo se asocian a verrugas genitales). La infección del cuello uterino por tipos de VPH de alto riesgo puede causar anomalías cervicales que, si se dejan sin tratar, evolucionan hacia el cáncer cervicouterino en algunas mujeres (véase la figura 1). Sin embargo, la mayoría de las infecciones por el VPH son transitorias, lo que significa que los mecanismos de defensa del organismo erradican los virus, sin que planteen ningún riesgo de evolución hacia el cáncer (Elfgren et al. 2000, Ho et al. 1998, Nobbenhuis et al. 1999).

Figura 1. Evolución natural del cáncer cervicouterino



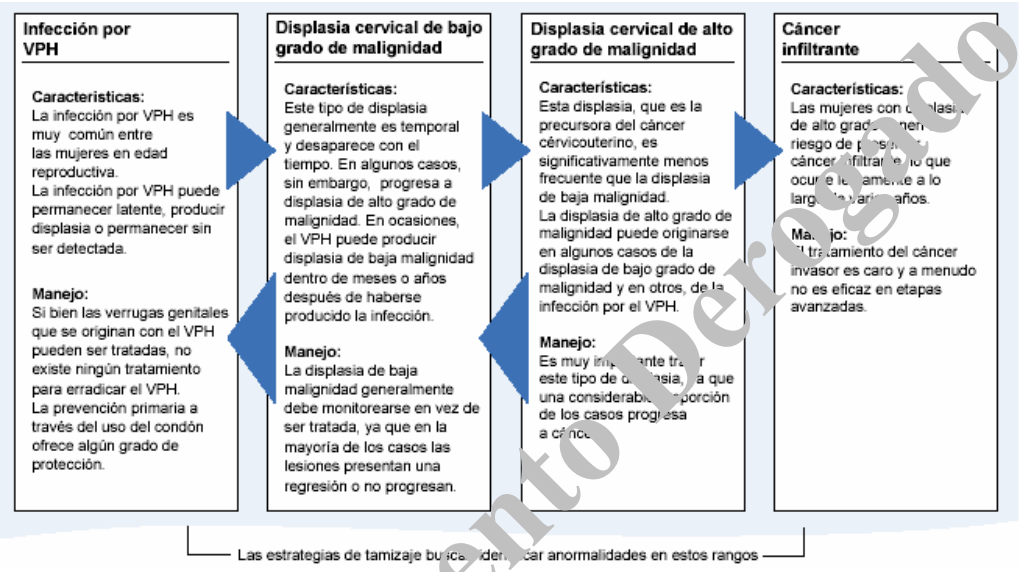
Fuente de la fotografía: Wright TC Jr., Schiffman M. Adding a test for human papillomavirus DNA to cervical-cancer screening. *New England Journal of Medicine*. 2003;348(6):489-490. ©2003 Sociedad Médica de Massachusetts. Derechos reservados.

El cuadro 1 resume la información sobre la infección por el VPH, el precáncer y el cáncer invasor cervicouterino. La infección por el VPH puede causar lesiones de bajo grado. La mayoría de estas lesiones regresan por sí solas o no evolucionan hacia lesiones de alto grado o hacia el cáncer (PATH 2000). Se pueden desarrollar lesiones de alto grado directamente a partir de una infección persistente por el VPH o de lesiones de bajo grado (Cox 2001, PATH 2000). Algunas lesiones de grado alto progresarán hacia el cáncer invasor durante un

Documento Derogado

período de hasta diez años. Por consiguiente, hay mucho tiempo para identificar y tratar a las mujeres infectadas antes de que se desarrolle el cáncer cervicouterino (Miller 1992, Jenkins et al. 1996). La mayoría de las lesiones de bajo grado regresan por sí solas o no evolucionan hacia lesiones de alto grado o hacia el cáncer (PATH 2000). El cáncer cervicouterino se presenta con mayor frecuencia en mujeres mayores de 40 años, y su incidencia es más alta en los 50 y 69 años (Miller 1992, Parkin 1997).

Cuadro 1. Historia natural del cáncer cervicouterino e implicancias programáticas



5. Factores de riesgo de cáncer cervicouterino: Indicios hasta la fecha

El hecho de saber que el VPH es el precursor necesario pero no suficiente del cáncer cervicouterino ha centrado la atención en la posibilidad de la prevención primaria. Los factores de riesgo de infección por el VPH —como el inicio temprano de la actividad sexual, el hecho de tener múltiples parejas sexuales durante la vida (de una mujer o de sus parejas) y los antecedentes de otras ITS— generalmente reflejan la actividad sexual. Por consiguiente, los esfuerzos de prevención primaria se han centrado en la reducción de la infección a través de la disminución del número de compañeros sexuales y la promoción del uso de los anticonceptivos de barrera, especialmente los preservativos (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades 2004, Lytle et al. 1997, Weaver et al., en preparación).

Documento Derogado

El consumo de tabaco puede influir si una mujer con displasia tiene tendencia a desarrollar un cáncer cervicouterino. La inmunosupresión, en especial la relacionada con la infección por VIH, también es un factor predisponerte. Algunos factores hormonales, el uso de anticonceptivos orales, el parto a edad temprana y los partos numerosos también influyen[9]. La mayoría de los demás factores que se consideran asociados al cáncer cervicouterino, como la edad en que se tiene la primera relación sexual y el número de parejas sexuales, muy probablemente sean indicadores de exposición al VPH más que factores de riesgo propiamente dichos[10,11].

6. Métodos de prevención del cáncer cervicouterino, pruebas de Tamizaje.

El tamizaje supone analizar a un grupo destinatario (en este contexto, las mujeres) que tienen riesgo de padecer una enfermedad dada (en este caso, las lesiones precancerosas de cérvix). El objetivo del tamizaje es detectar y tratar a las personas en las que se han identificado signos tempranos de la enfermedad, generalmente por medio de una prueba barata, precisa y fiable que pueda aplicarse ampliamente. Hay varias pruebas de tamizaje del cáncer cervicouterino que se están utilizando o estudiando en todo el mundo. La citología cervical se ha empleado en los 50 últimos años. Las pruebas de tamizaje más recientes son la prueba del ADN del VPH y las pruebas de tamizaje visuales. Cada una de estas pruebas tiene ventajas y desventajas. A continuación se describen brevemente estas pruebas, con alguna información técnica adicional, además de las virtudes y limitaciones, que se presentan en el cuadro 3, ninguna prueba de tamizaje es perfecta y se sopesarán minuciosamente las ventajas y desventajas en un ámbito concreto cuando se decida qué prueba o pruebas se van a utilizar.

a. Citología cervical

El procedimiento de tamizaje mediante la prueba de Papanicolaou se desarrolló en los años treinta y se le dio el nombre de su inventor, el Dr. George Papanicolaou. La citología cervicouterino convencional —también denominada prueba de Papanicolaou, frotis de Papanicolaou y frotis cervicouterino— detecta células anómalas en una muestra tomada del cuello uterino. Implica realizar una exploración mediante especulo para exponer el cuello y el orificio uterino, y obtener células del cuello uterino utilizando una espátula de madera o plástico, un hisopo o un cepillo. Luego se realiza un frotis de estas células y se fija en un portaobjetos de vidrio. Después, un técnico con formación en citología evalúa cada portaobjetos en el microscopio. Este proceso de múltiples fases puede durar varias semanas antes de que la usuaria disponga de los resultados, aunque en programas bien organizados los resultados pueden estar disponibles antes.

Entre los requisitos mínimos para establecer actividades eficaces de tamizaje mediante la prueba de Papanicolaou cabe señalar los siguientes:

Documento Derogado

- Contar con personas bien adiestradas para realizar la prueba de Papanicolaou (con inclusión de personal no médico, como las enfermeras, entre otros);
- Disponer de los suministros necesarios, como espátulas, hisopos, láminas y spray fijador.
- Tener acceso al equipo necesario, como canapés y/o mesa ginecológica, espéculos, fuentes de iluminación, formularios y registros de laboratorio;
- Contar con los vínculos necesarios, con los medios de transporte y con un laboratorio de citología fiable, que emplee a citólogos y personas adiestradas en las técnicas citológicas
- Tener estrategias definidas para asegurar la calidad de las muestras de la prueba de Papanicolaou y la exactitud de la interpretación citológica y mecanismos probados para la comunicación oportuna de los resultados de la prueba
- Contar con sistemas eficaces de derivación para el diagnóstico y el tratamiento.

En algunos países desarrollados, los programas de tamizaje de Papanicolaou, también conocidos como programas de tamizaje citológico, han dado resultados notables en cuanto a la reducción de la incidencia de cáncer cervicouterino y de la mortalidad. La incidencia del cáncer cervicouterino puede reducirse hasta un 90% si los procedimientos de tamizaje son buenos y se logra una cobertura elevada [12].

Si bien mediante los estudios de los programas de exámenes citológicos se ha obtenido una amplia gama de datos sobre la sensibilidad y la especificidad de la prueba de Papanicolaou [13,14], se considera que esta prueba es específica para la detección de las lesiones de grado alto y el cáncer. Esto significa que la prueba da resultados negativos para una proporción elevada de mujeres que efectivamente no tienen displasias.
Sin embargo, el empleo de la prueba de Papanicolaou para el tamizaje sólo tiene una sensibilidad moderada. Ello significa que la prueba es positiva sólo para un porcentaje relativamente bajo de mujeres que presentan displasias. Este porcentaje puede ser aún menor en las mujeres posmenopáusicas, en razón de los cambios fisiológicos del cuello uterino. En un metanálisis reciente se comprobó que este método de citología cervicouterino tenía una sensibilidad global de 51% y una especificidad de 98%[15].

b. Pruebas visuales: IVAA e IVSL

Hay dos clases de pruebas visuales para identificar las lesiones cervicales precancerosas. En la inspección visual con ácido acético (IVAA), a veces denominada inspección visual directa (IVD), las lesiones precancerosas adoptan temporalmente un tono blanco después de aplicar ácido acético (vinagre). Al igual que la citología cervicouterino y la prueba del ADN del VPH,

Documento Derogado

la inspección visual con ácido acético implica la exploración con especulo y la exposición del cuello uterino y del orificio cervical. Después de impregnar el cuello uterino con ácido acético al 3-5% con un aplicador de algodón, las zonas anormales adquieren un aspecto blanco distintivo.

La inspección visual con ácido acético puede llevarse a cabo en una gama amplia de entornos. No requiere el procesamiento en un laboratorio, los resultados son inmediatos, y se puede proporcionar tratamiento en la misma visita. Dada la naturaleza subjetiva de la evaluación visual, es importante estandarizar las definiciones para las pruebas positivas y negativas, y prestar atención especial a la garantía de la calidad regular y constante (Denny et al. 2002). A pesar de que en la mayoría de los estudios realizados hasta la fecha la sensibilidad de la inspección visual con ácido acético ha sido igual o mejor que la de la citología, su especificidad ha sido menor (véase el cuadro 3). Para 2010, los estudios que está realizando la ACCP aportarán pruebas sobre la repercusión de la inspección visual con ácido acético en las tasas de incidencia del cáncer.

La segunda prueba es la inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol (IVSL). Al igual que la inspección visual con ácido acético, la inspección visual con solución de Lugol supone la tinción temporal del cuello uterino, en esta ocasión con el yodo del Lugol. Las células normales captan el yodo y muestran un color caoba, mientras que las lesiones cervicouterinas precancerosas presentan un tono amarillo. Como ocurre con la inspección visual con ácido acético, los resultados de la inspección visual con solución de Lugol son inmediatos, es posible instaurar tratamiento en la misma visita, y se puede llevar a cabo en entornos muy diversos. La inspección visual con solución de Lugol puede ser más eficaz que la inspección visual con ácido acético, pero se precisa evaluación adicional para demostrar su eficacia en diversos entornos, así como su repercusión como prueba de tamizaje en la reducción de la incidencia del cáncer cervicouterino.

7. Diagnóstico y confirmación

Convencionalmente, el tamizaje basado en la citología se vincula al tratamiento mediante un paso diagnóstico intermedio en el que se usa la Colposcopía, seguida de la biopsia confirmatoria cuando está indicado. Se puede recurrir al legrado endocervical (LEC) o al frotis endocervical para obtener muestras del conducto cervical. La evaluación de laboratorio de las muestras tisulares obtenidas mediante biopsia (histología) confirma la presencia o ausencia de una lesión preinvasiva de cáncer y el propio cáncer cervicouterino.

La Colposcopía implica la ampliación con iluminación de alta potencia del cuello uterino usando un colposcopio, un instrumento de aumento binocular (véase la figura 4). Permite que los proveedores determinen el grado de las lesiones y es útil para realizar biopsias y tratamiento orientado mediante crioterapia o escisión electro quirúrgica con asa (LEEP). La Colposcopía no es un procedimiento

Documento Derogado

invasor y resulta satisfactoria como procedimiento ambulatorio. No requiere anestesia, los proveedores de salud, deben tener formación especializada y experiencia para usarlos de manera competente.

8. Tratamiento de las lesiones precancerosas

La capacidad de ofrecer a las mujeres tratamiento apropiado y eficaz para las lesiones precancerosas es un componente fundamental de un programa exitoso de prevención del cáncer cervicouterino. Se prefieren los métodos ambulatorios seguros y eficaces para el tratamiento de las lesiones precancerosas. Sin embargo, en muchos países con recursos limitados los médicos no tienen formación ni experiencia y a menudo carecen del equipo y los suministros esenciales necesarios para realizar procedimientos terapéuticos ambulatorios simples.

En consecuencia, dependen de métodos más costosos y complejos realizados en el ámbito hospitalario, como la conización con bisturí o la histerectomía realizadas bajo anestesia general o regional por especialistas cualificados. Aunque estos procedimientos invasores quizá sean apropiados en circunstancias especiales, deben usarse sensatamente ya que pueden asociarse a complicaciones significativas, como hemorragias, infecciones pélvicas y lesiones de los órganos pélvicos adyacentes.

La crioterapia y la LEEP son dos métodos ambulatorios seguros, eficaces y relativamente sencillos y baratos que se utilizan para el tratamiento del precáncer. La principal diferencia práctica entre ambos métodos es que en la LEEP se escinde el tejido y por tanto se obtiene una muestra tisular que permite la verificación histológica del diagnóstico. Por su parte, la crioterapia es un método ablativo en el que se destruye el tejido, de forma que no queda muestra alguna para el estudio histológico (véase el cuadro 4). Independientemente del método ambulatorio empleado, los prestadores de salud deben ser conscientes de las implicaciones que tiene el tratamiento de mujeres que viven en zonas donde las tasas de prevalencia de infección por el VIH son altas (véase el siguiente recuadro). El uso de métodos menos cruentos que requieran menor infraestructura puede minimizar los riesgos para la salud de la mujer y disminuir los costos en salud. Los métodos más sencillos a menudo son más accesibles a las mujeres porque pueden ofrecerse en niveles inferiores dentro del sistema de salud.

Documento Derogado

Cuestiones terapéuticas específicas referentes al VIH

Las lesiones cervicales precancerosas tienden a ser más prevalentes, persistentes y tienen mayor probabilidad de recidiva en las mujeres seropositivas para el VIH (Ellerbrock et al. 2003, Tate y Anderson 2002). Por consiguiente, estas mujeres deben recibir orientación especial antes del tratamiento. Se les advertirá que la crioterapia y la LEEP pueden ser menos eficaces como tratamiento de las lesiones en mujeres seropositivas para el VIH y que deberán someterse a seguimiento regular. Hay algunas pruebas de que, después del tratamiento, la diseminación del VIH aumenta sustancialmente —aunque de forma temporal— a partir de la zona del cuello uterino tratada (Wright et al. 2001). Actualmente no existen pruebas concluyentes que relacionen la transmisión del VIH con la crioterapia o la LEEP; es preciso realizar más evaluaciones a este respecto. En cuanto a las mujeres que necesitan tratamiento, es esencial aconsejar a la usuaria y a su pareja sobre la importancia de la abstinencia sexual durante el período de curación (o usar un preservativo si no fuera posible la abstinencia) para proteger a la mujer y a su pareja del posible aumento del riesgo de infección por el VIH.

a. Crioterapia

Es un procedimiento que destruye las células precancerosas al congelar el cuello uterino, usando dióxido de carbono (CO_2) u óxido nitroso (N_2O) comprimido como refrigerante. Para congelar la lesión, la criosonda se coloca en el cuello uterino, asegurándose de que la sonda cubra toda la lesión. El objetivo de este procedimiento es crear una bola de hielo que se extienda 4-5 mm más allá del margen lateral de la criosonda. La crioterapia se realiza usando una técnica de congelación simple o doble. La congelación simple supone la congelación durante tres minutos y la doble implica la congelación durante tres minutos seguida de descongelación durante cinco minutos, y luego una segunda congelación de tres minutos. La crioterapia es un procedimiento ambulatorio que se puede aplicar fácil y rápidamente (en 15 minutos o menos) sin anestesia. La pueden realizar de forma segura y eficaz tanto médicos generales como personal no médico (Jacobs et al., en preparación). Los estudios de la ACCP revelan que la crioterapia es una opción terapéutica aceptable para las mujeres, sus parejas y los proveedores de salud (Real Colegio Tailandés de Obstetricia y Ginecología [RTCOG]/JHPIEGO 2003a). Las mujeres que se someten a crioterapia deben recibir información clara y apoyo para reducir la posible ansiedad respecto a los efectos colaterales. Muchas mujeres presentan malestar leve, como dolor de vientre en los dos o tres días siguientes al procedimiento. También pueden presentar mareo durante el tratamiento o inmediatamente después. El efecto colateral más frecuente de la crioterapia es un flujo vaginal profuso y acuoso que puede persistir hasta cuatro semanas. Aunque sea incómodo, las mujeres pueden lidiar eficazmente con él usando paños limpios o compresas higiénicas para proteger la ropa.

Las complicaciones asociadas a la crioterapia son mínimas. Los datos disponibles indican que la crioterapia es segura, con un riesgo muy pequeño de complicaciones graves (ACCP 2003a). La hemorragia y la enfermedad pélvica inflamatoria grave, dos de las complicaciones potenciales más graves, son

Documento Derogado

sumamente raras en las mujeres tratadas con crioterapia. Tampoco hay pruebas de que la crioterapia se relacione con la estenosis del conducto cervical o que tenga repercusiones a largo plazo sobre la fecundidad de las mujeres o el desenlace del embarazo, cuestiones importantes cuando se trata de mujeres en edad fecunda (ACCP 2003a, RTCOG/JHPIEGO 2003b).

b. Escisión electroquirúrgica con asa (LEEP)

En esta técnica, a veces denominada escisión de la zona de transformación con asa grande (LLETZ), se utiliza un hilo conductor delgado en forma de asa para extraer la zona anormal del cuello uterino. El procedimiento se hace generalmente bajo guía colposcópica, en un marco asistencial secundario o terciario y necesita anestesia local, así como suministro eléctrico continuo. La hemorragia grave es una complicación posible durante el procedimiento y después del mismo, presentándose en el 1-4% de las pacientes (Mitchell 1998, Wright et al. 1992. Sellors y Sankaranarayanan 2002). Es necesario un equipo más complejo en comparación con la crioterapia. En el cuadro 2 se compara la crioterapia y la LEEP en lo que respecta a los criterios clave.

Dos ventajas de la LEEP son que se trata de un procedimiento quirúrgico sencillo y que el tejido extirpado puede enviarse para realizar la confirmación histopatológica, que permite determinar la naturaleza exacta de la lesión y detectar microinvasiones insospechadas. Sin embargo, muchos países en desarrollo carecen de acceso a los servicios de histología.

CUADRO 2. Comparación de la crioterapia y la LEEP

Indicaciones	Crioterapia	LEEP
Eficacia	86-95%*	91-98%*
Posibles efectos colaterales	Flujo acuoso	Sangramiento
Anestesia	No necesaria	Necesita Anestesia local
Muestra tisular para estudio histopatológico	No	Si
Necesidad de suministro eléctrico	No	Si
Costo relativo	Bajo	Alto
Nivel del proveedor	Médicos y no médicos	Principalmente médicos

Fuente: Adaptado de Bishop 1995. * ACCP 2003a, Martin-Hirsch et al. 2004.

9. Vinculación del tamizaje y el tratamiento

Independientemente de la prueba de tamizaje usada, el tamizaje se vinculará al tratamiento para garantizar la eficacia del programa. Esto puede hacerse usando la estrategia tradicional (tamizaje, diagnóstico, confirmación y tratamiento), la intermedia (tamizaje, diagnóstico y tratamiento con confirmación por biopsia posterior al tratamiento), o la estrategia de tamizar y tratar (el tratamiento se basa en los resultados de la prueba de tamizaje solo).

Documento Derogado

II. *ASPECTOS TÉCNICOS*

1. TAMIZAJE

Se recomienda iniciarla a partir de la primera relación sexual en un período no menor de 6 meses posterior a la primera relación sexual de la mujer, independientemente de la edad (Ver flujograma pagina 14).

a. Las recomendaciones previas a la toma de la citología cérvico vaginal serán:

- Preferentemente será tomada en período sin menstruación o sangramiento (aunque no es una contraindicación absoluta)
- Posterior al parto, el momento recomendado es a partir de las ocho semanas.
- No deben efectuarse duchas vaginales ni utilizar medicamentos dentro de la vagina en las 24 horas previas a la toma de la muestra
- El frotis será tomado antes del tacto vaginal y colocación de especulo sin gel.
- No realizar biopsia vaginal, cervical o endometrial ni extirpación de pólipos antes de tomar la muestra
- Para la toma de citología cérvico vaginal se utilizará espátula de Ayre Modificada, deberá tomarse primero muestra del exocervix y posteriormente el endocervix (en este caso se deberá utilizar el hisopo).
- Las instituciones o establecimientos de salud deberán disponer de cepillo endocervical, para ser utilizados en los siguientes casos: cuellos de nulípara, mujeres posmenopáusicas, mujeres posterior a un parto por cesárea y en casos especiales post tratamiento (crioterapia, cerclajes, cono quirúrgicos, leep y otros).

b. Aspectos básicos para su realización:

- La realización del PAP no debe ser una experiencia desagradable o dolorosa para la paciente.
- Asegúrese de explicar claramente la importancia del procedimiento y los pasos a seguir.
- No realice el PAP si la paciente tiene sangramiento significativo u obvia inflamación.
- El Standard de Oro tradicional para que la muestra sea adecuada es la presencia de células endocervicales. Debe recordarse que la Unión Escamocolumnar se localiza más cercanamente al orificio externo en las mujeres jóvenes y dentro del canal endocervical en mujeres de mayor edad.

Documento Derogado

c. Para garantizar la calidad de la muestra se deben realizar los siguientes pasos para su identificación y traslado:

- Previo a la toma de la muestra debe identificarse apropiadamente la laminilla colocando en forma clara y legible el número de registro de la paciente para evitar confusiones o errores de identificación.
- La hoja de reporte citológico estará llenada adecuadamente.
- Las laminillas serán colocadas y transportadas en la caja porta láminas y deberán llegar al laboratorio de procesamiento y lectura de PAP dentro de la primera semana después de la toma de la muestra.
- Las laminillas estarán bien identificadas, íntegras, bien conservadas y la calidad del extendido y fijación será óptimo (extendido fino y aplicación delicada del spray o con alcohol etílico al 90°)

d. Extensión adecuada del material.

El material debe ser extendido de manera rápida en un solo sentido para evitar que se sequen y dañen las células, sobre las 2 superficies de la espátula, y corresponderá cada una a la mitad de la lámina o porta objeto. El extendido o frotis no debe quedar ni muy grueso ni muy fino. La extensión no se hace zig-zag, ni en espiral, ni en remolino**.**

e. Fijación de la lámina.

- Fijación con citospray: Es muy importante que el tiempo transcurrido entre la recogida de la muestra y su fijación sea inmediatamente a la toma, a fin de evitar que se seque el material objeto de estudio.

  La fijación también puede hacerse utilizando citospray. La sustancia fijadora debe cubrir toda la preparación. Si se utiliza citospray debe colocarse el frasco a 15 cm de distancia de la lámina y aplicar la nebulización 2 veces moviendo la mano en ambos sentidos.

  Para evitar que las láminas se peguen, si se utiliza el citospray, deben esperarse unos 10 minutos para su secado antes de juntarlas.

- Fijación con alcohol: Después de obtenido el frotis, la lámina debe fijarse inmediatamente con alcohol etílico al 90%, ya sea sumergidas o con atomizador.

  El tiempo que media entre la fijación de las láminas y su coloración en el laboratorio no debe ser superior a los 10 días, por lo que el envío desde los sitios donde son tomadas debe tener una periodicidad semanal.

Documento Derogado

f. Aspectos generales:

- No lubrique el especulo porque tiende a oscurecer el detalle celular, si fuere necesario utilice agua especialmente en las mujeres de mayor edad.

- Para el resultado citológico se utilizará la nomenclatura del sistema de clasificación Bethesda 2001 (ver anexo III).

- Toda mujer con citología cérvico vaginal satisfactoria / negativa para lesión intraepitelial o malignidad continuará el seguimiento citológico cada dos años.

- En mujeres que han tenido tres citologías negativas consecutivas cada dos años, el intervalo en el tamizaje podrá ser espaciado a discreción del médico pero se recomienda que no exceda los tres años.

- El uso del PAP podrá obviarse en mujeres histerectomizadas, a discreción del médico, si la indicación de la misma no tuvo relación alguna con cáncer de cérvix o sus precursores y si ha tenido 2 citologías negativas previamente de forma consecutiva.

- El tamizaje podrá ser descontinuado a los 65 años de edad a discreción de la paciente y el médico si se cumplen los siguientes requisitos:
  - Las mujeres han sido regularmente tamizadas
  - Ha tenido dos muestras satisfactorias / negativas en forma consecutiva
  - No ha tenido citologías anormales en los seis años previos
  - En mujeres mayores de 65 años que no han sido previamente tamizadas, tres citologías satisfactoria/negativas cada dos años deberán ser documentadas antes de descontinuar el tamizaje.

- Cuando una muestra sea insatisfactoria para evaluación por alguna de las siguientes causas: celularidad inadecuada, fijación o preservación inadecuada, sangre, citólisis, falta de información clínica, entre otras; deberá ser informado el establecimiento de salud donde fue tomada la muestra, para realizar una búsqueda de la usuaria a través del personal comunitario y repetir la prueba a la brevedad posible.

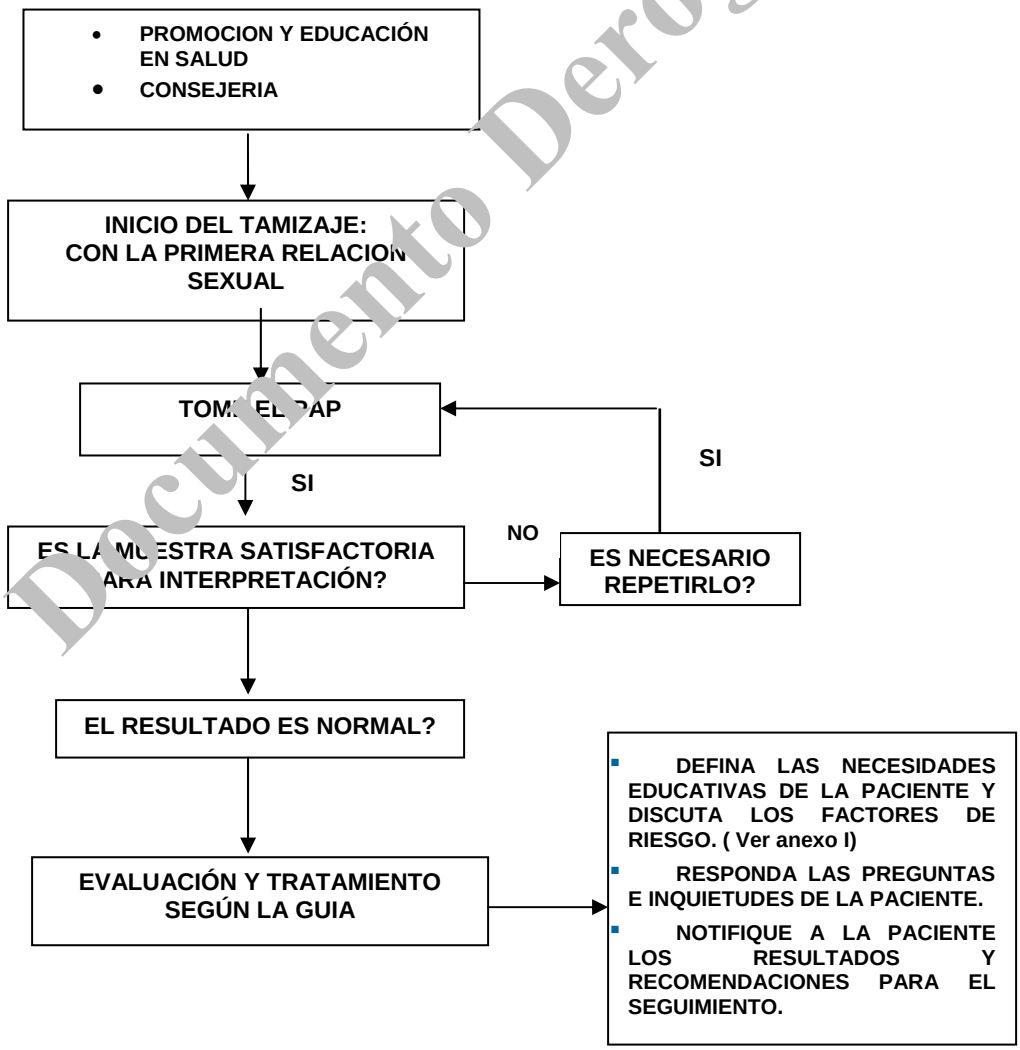
Documento Derogado

g. SITUACIONES ESPECIALES

▪ MUJERES CON ITS-VIH/SIDA

- En las clínicas o servicios de ITS, si a una mujer no se le ha realizado el PAP en los últimos doce meses, éste deberá efectuarse como parte del examen pélvico de rutina. Si el resultado del PAP es anormal, el seguimiento será brindado de acuerdo a las normas de prevención y control de cáncer de cérvix.
- En mujeres VIH (+), el PAP será tomado dos veces en el primer año posterior al diagnóstico de infección con VIH; si los resultados son satisfactoria / negativas la frecuencia será anual, en caso que el primer resultado sea anormal la paciente deberá ser referida a Colposcopía.

TAMIZAJE DEL CANCER DE CERVIX



Documento Derogado

2. *DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO*

a. El **diagnóstico presuntivo** de lesiones preinvasivas o de cáncer de cérvix se podrá establecer por medio de la citología cérvico vaginal y/o Colposcopía. El **diagnóstico definitivo** se establecerá únicamente con el examen histopatológico.

b. Las unidades de patología cervical deberán contar con el personal, equipo, materiales e insumos necesarios, la Región será la responsable de proveer los insumos necesarios que garanticen su funcionamiento óptimo, la Unidad de la Mujer, será la responsable de monitorear su cumplimiento, tal como lo establece la presente guía.

c. Todas las unidades de patología cervical brindarán servicios de diagnóstico y tratamiento ambulatorio de las lesiones preinvasivas.

d. Las pacientes referidas a Colposcopía serán evaluadas y recibirán tratamiento oportunamente.

e. Los casos a ser referidos para evaluación colposcópica son:

- Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado.
- Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado.
- ASC-US
- ASC-H
- Carcinoma de Células Escamosas
- AGC
- Adenocarcinoma
- Sospecha clínica de malignidad.

f. La terminología a utilizar para reportar la impresión colposcópica será de acuerdo al diagnóstico histológico: Condiloma (especificar el tipo), Displasia Leve, Displasia Moderada, Displasia Severa, Carcinoma in Situ, Carcinoma Microinvasor o Carcinoma Invasor, adenocarcinoma in situ, adenocarcinoma invasivo. El reporte deberá incluir cualquier otro tipo de neoplasia.

g. Cuando se tomen diferentes muestras a la paciente ya sea cuello, canal, márgenes, bordes u otros, cada espécimen deberá ser enviado en frascos separados debidamente identificados.

h. En caso de cono quirúrgico, debe identificarse el punto de las 12 según las agujas de reloj, ya que esto es importante para que el patólogo identifique la muestra por cuadrantes.

Documento Derogado

i. La hoja de solicitud de estudio de patología deberá ser llenada por el médico que realiza toma de la biopsia, e incluirá la siguiente información:

- Nombre del establecimiento
- Nombre de la paciente
- Edad.
- No de Registro del expediente clínico.
- Médico que refiere el estudio.
- Fecha de toma de la muestra.
- Diagnóstico presuntivo.
- Datos clínicos y de laboratorio contribuyentes.
- Tipo de muestra: colposcópica, legrado, cono loop, cono quirúrgico, útero.
- Especificar si tiene estudio previo: No de estudio previo, fecha.

j. La hoja de reporte histopatológica deberá incluir los siguientes datos:

- Nombre del Establecimiento.
- Nombre de la paciente.
- Edad.
- No de Registro del expediente clínico.
- Médico que refiere el estudio.
- Fecha de recepción de la muestra
- Fecha de reporte.
- Descripción macroscópica:
  - No de muestras recibidas.
  - Si es cono las medidas del mismo, aclarando si es completo o se envía fragmentado.
  - Deberá especificarse la cantidad de cortes incluidos del cono.

- Descripción microscópica:
  - Número de cortes estudiados.
  - Estado de los límites de resección quirúrgica.
  - Medida de la lesión en caso de microinvasión.
  - Grado de diferenciación.
  - Invasión vascular.

- Diagnóstico histopatológico y respectivo código según CIE-10 oncológica.

k. El **examen colposcópico** comprende los siguientes **pasos**:

- Visualización del cérvix y vagina con el colposcopio, antes y después de la aplicación de ácido acético al 5%
- Identificación del patrón colposcópico y definición si la Colposcopía es satisfactoria o no.

Documento Derogado

- Toma dirigida de biopsias (tres ó más) del / las área/s sospechosa/s de lesión (excepto si la colposcopía es no satisfactoria)
- Legrado endocervical (excepto durante el embarazo y si la colposcopía es no satisfactoria)
- Examen ginecológico bimanual.

l. En las Unidades de Patología Cervical se excluye la toma de citología cervico vaginal de control dentro del procedimiento de evaluación colposcópica.

m. La **Colposcopía satisfactoria** debe cumplir los siguientes requisitos:

- Que se visualice toda la zona de transformación
- Que se visualice la lesión en toda su extensión (identificar los límites)
- Que se puedan tomar biopsias representativas de la lesión
- Que se pueda realizar el legrado endocervical (excepto durante el embarazo)

n. La Colposcopía se catalogará como no satisfactoria si no están presentes todos los requisitos previamente mencionados. En dicha situación no se realizarán biopsias ni legrado endocervical.

o. Posterior a una Colposcopía satisfactoria se citará a la paciente a las cuatro semanas para informarle los resultados de las biopsias y las alternativas de tratamiento. La decisión terapéutica se elegirá de mutuo acuerdo, previa consejería, considerando el diagnóstico histológico, ubicación de la lesión y priorizando las alternativas ambulatorias.

p. La **evaluación colposcópica** se considerará **satisfactoria** cuando:
- La colposcopía haya sido satisfactoria
- No exista más de un grado de discrepancia entre la citología de referencia, la impresión colposcópica y la biopsia
- El legrado endocervical sea negativo

q. La **evaluación colposcópica** se considerará **no satisfactoria** cuando:
- La colposcopía haya sido no satisfactoria
- Exista más de un grado de discrepancia entre la citología de referencia, la impresión colposcópica y la biopsia
- El legrado endocervical sea positivo
- La biopsia no incluya estroma

Documento Derogado

r. Cuando la **evaluación colposcópica** sea catalogada como **no satisfactoria**, se hace necesaria la indicación de una conización (se evaluará la realización de Cono LEEP o frío).

INDICACIONES DE CONIZACIÓN:

- Colposcopía no satisfactoria.
- Hay discrepancia mayor de un grado entre la citología, la impresión colposcópica y la biopsia.
- El legrado endocervical es positivo.
- La lesión es muy extensa.
- El carcinoma de células escamosas diagnosticado inicialmente por la citología o la impresión colposcópica no se confirma con la histología.
- La biopsia reporta sospecha de carcinoma micro-invasivo.

En los centros de diagnóstico y tratamiento de las lesiones preinvasivas (Unidades de Patología Cervical o Clínicas de Colposcopía) los casos confirmados histológicamente como positivos a lesión, se brindara informaciona ala ususerán manejados de la siguiente manera:

Condiloma Plano y sus variantes, sin Displasia se les brindará el siguiente **seguimiento**:

- Se le dará tratamiento con ácido tricloroacético al 85% cada mes en número de dos, o crioterapia 3 ½ minutos.
- PAP 6 meses posterior al tratamiento.
- Evaluación Colposcópica anual.
- Si se evidencia progreso de la lesión, el caso será reevaluado.
- Si la lesión persiste, se dará seguimiento anual en la Unidad de Patología Cervical con citología y colposcopía de control.
- Si el PAP anual resulta satisfactorio / negativo se monitoreará con PAP en 1 año y evaluar alta de colposcopía y referencia al establecimiento de salud.

Displasia Leve

- Se le dará tratamiento con Crioterapia un ciclo de 5 minutos, independientemente del gas utilizado. Se dará un ciclo de 3½ minutos en aquellos equipos que tengan especificado este tiempo por razones de fabricación.
- Posterior a la Crioterapia el seguimiento se hará así:
- PAP a los 6 meses.
- Evaluación Colposcópica anual.
- Si la Evaluación Colposcópica anual es negativa a lesión, se monitoreará con PAP en 1 año evaluar alta de colposcopía y referencia al establecimiento de salud, se retornará al

Documento Derogado

establecimiento de salud que originó la referencia para seguimiento con PAP anual.

- Si el PAP resulta satisfactorio / negativo se monitoreará con PAP cada 2 años en el establecimiento de salud.
- Si el PAP a los 6 meses reporta nuevamente LEI Bajo Grado se dará seguimiento con Evaluación Colposcópica anual. Si en ésta, la lesión no ha progresado y el diagnóstico histológico confirma Displasia Leve se le dará nuevamente Crioterapia (por colposcopista) un ciclo de 5 minutos, Si los hallazgos colposcópicos sugieren enfermedad mayor se le realizará Cono.
- Si el PAP a los 6 meses reporta la existencia de una lesión mayor, el caso se reevaluará colposcópicamente. (Ver flujograma en pagina 23)

NO SE RECOMIENDA UN TERCER CICLO DE CRIOTERAPIA, SINO AMPLIAR ESTUDIO CON CONO

Displasia Moderada / Displasia Severa / Ca in Situ

- Se les brindará tratamiento con Crioterapia o Cono.
- Los casos con patología benigna asociada como mioma o prolapso uterino se referirán a Histerectomía; esta decisión se evaluará conjuntamente con la paciente especialmente en mujeres jóvenes y/o paridad incompleta.
- Si el escoge es Crioterapia se utilizará la técnica de "doble congelamiento": dos aplicaciones de 3½ minutos cada una con un período de descanso de dos minutos entre ella.
- Posterior a la crioterapia el seguimiento se hará así:
    - PAP a los 6 meses.
    - Evaluación Colposcópica anual.

      Si la Evaluación Colposcópica anual es negativa a lesión, se monitoreará con PAP anual, por 2 años en UPC, evaluar alta de colposcopía y referencia al establecimiento de salud que originó la referencia para seguimiento con PAP anual.
    - Si en la Evaluación Colposcópica anual hay evidencia de persistencia o progresión de la lesión se hará la reevaluación del caso.

- Posterior a la conización, cite a la paciente a las cuatro semanas para informarle los resultados del estudio y acordar el manejo a seguir. (Ver flujograma en pagina 24)

Documento Derogado

Manejo del resultado del cono

- Cuando el diagnóstico del cono sea Displasia Leve / Displasia Moderada / Displasia Severa / Ca. In Situ con límites negativos se continuará con el esquema de seguimiento posterior a tratamiento (ver siguiente sección).

- Cuando el diagnóstico del cono sea Displasia Leve / Displasia Moderada / Displasia Severa / Ca. In Situ con limites positivos se reevaluará el caso en la Unidad de Patología Cervical, individualizando y considerando cada caso en particular.

- Todo caso con diagnóstico histológico de microinvasión o invasión será referido a Oncología Ginecológica para su manejo ulterior.

Seguimiento posterior a tratamiento

- Posterior al cono, toda paciente que haya sido manejada por alguna patología preinvasiva del cérvix, se le tomará su primer PAP de control a los seis meses en la unidad de patología cervical correspondiente, seguido de colposcopía anual pos tratamiento durante dos años, si no hay evidencia de patología, se le dará alta de la clínica y se enviará al establecimiento de salud con ginecólogo(a), con su hoja de contrarreferencia debidamente completada, para su ulterior control con citología al año y luego cada dos años.
- Si el PAP es reportado anormal en cualquier momento, debe revalorarse el caso en la unidad de patología cervical correspondiente ((Ver flujogramas en pagina 22,23 y 24).

- Los resultados del estudio y seguimiento realizado deberán ser notificados al establecimiento de salud o médico que originó la referencia.

- Situaciones Especiales:

  - Mujeres con ITS-VIH/SIDA

    - En mujeres con verrugas cervicales exofíticas, antes de administrar algún tratamiento debe descartarse la presencia de Neoplasia Cervical.

    - La infección por VIH no es una indicación para Colposcopía en mujeres con PAP normal.

Documento Derogado

- Embarazo

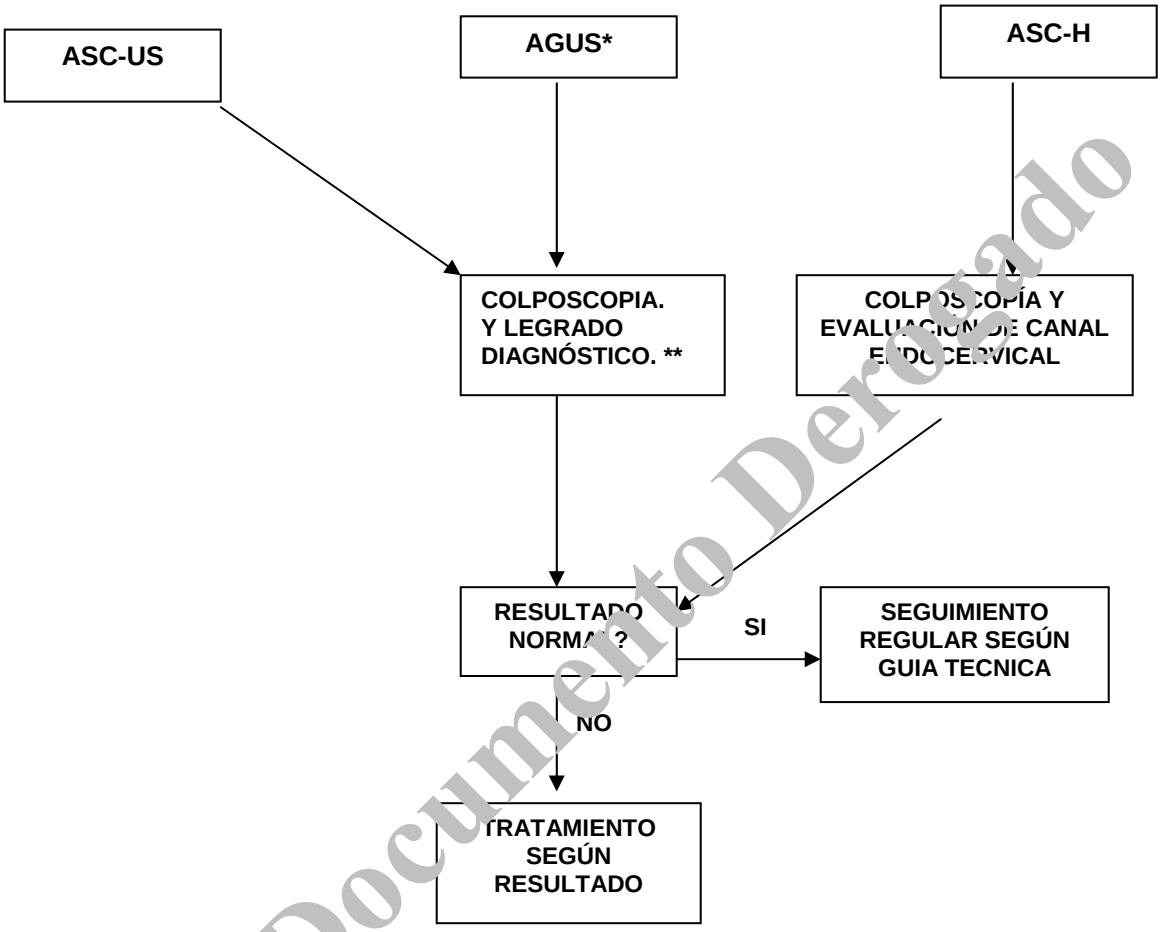
Toda paciente embarazada con diagnóstico citológico de LEI de Bajo Grado persistente o LEI de Alto Grado, será referida a Colposcopía para una evaluación para descartar invasión. Como regla general, no se realizará biopsia ni legrado endocervical; en los casos que se sospeche invasión únicamente se tomará biopsia por personal experimentado. Si se descarta la presencia de invasión, se dará seguimiento del caso con PAP cada cuatro meses durante el resto del embarazo y se programará una evaluación colposcópica de control ocho semanas después del parto.

- Cáncer de Cérvix

- A las pacientes con lesión macroscópica visible de malignidad, **no** se les tomará citología y será referida inmediatamente a Oncología Ginecológica.
- Donde no se cuente con Oncólogo Ginecológico, será referido a la Unidad de Patología Cervical.
- A toda paciente con diagnóstico de cáncer cervical invasor se le proporcionará tratamiento adecuado, seguimiento y cuidados paliativos.

Documento Derogado

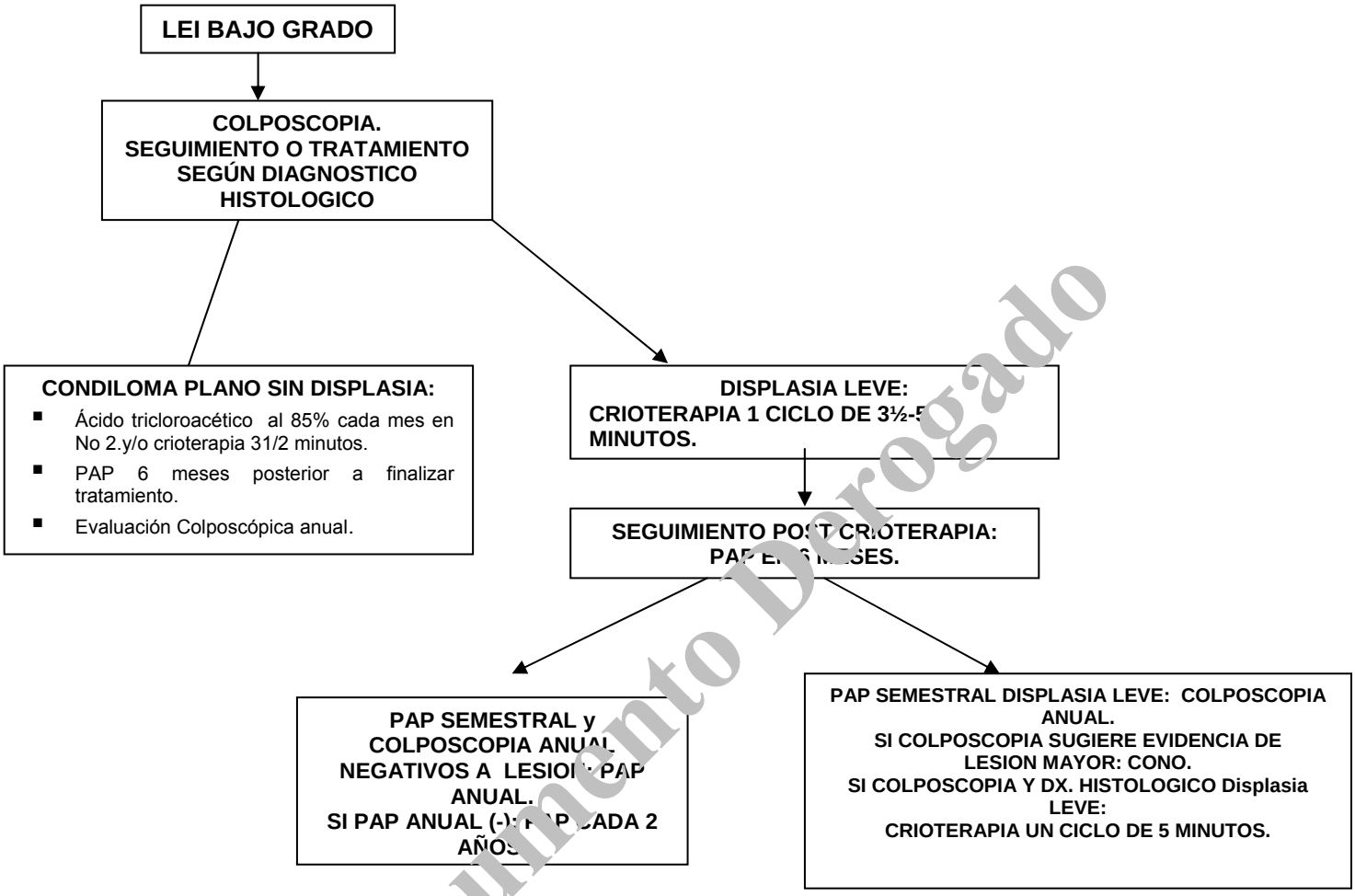
CELULAS GLANDULARES ATÍPICAS DE SIGNIFICADO NO DETERMINADO (AGUS)
CELULAS ESCAMOSAS ATÌPICAS DE SIGNIFICADO NO DETERMINADO (ASC-US)
CÉLULAS ESCAMOSAS ATÍPICAS DONDE NO SE PUEDE DESCARTAR LESIÓN DE ALTO GRADO (ASC-H)



Documento Derogado

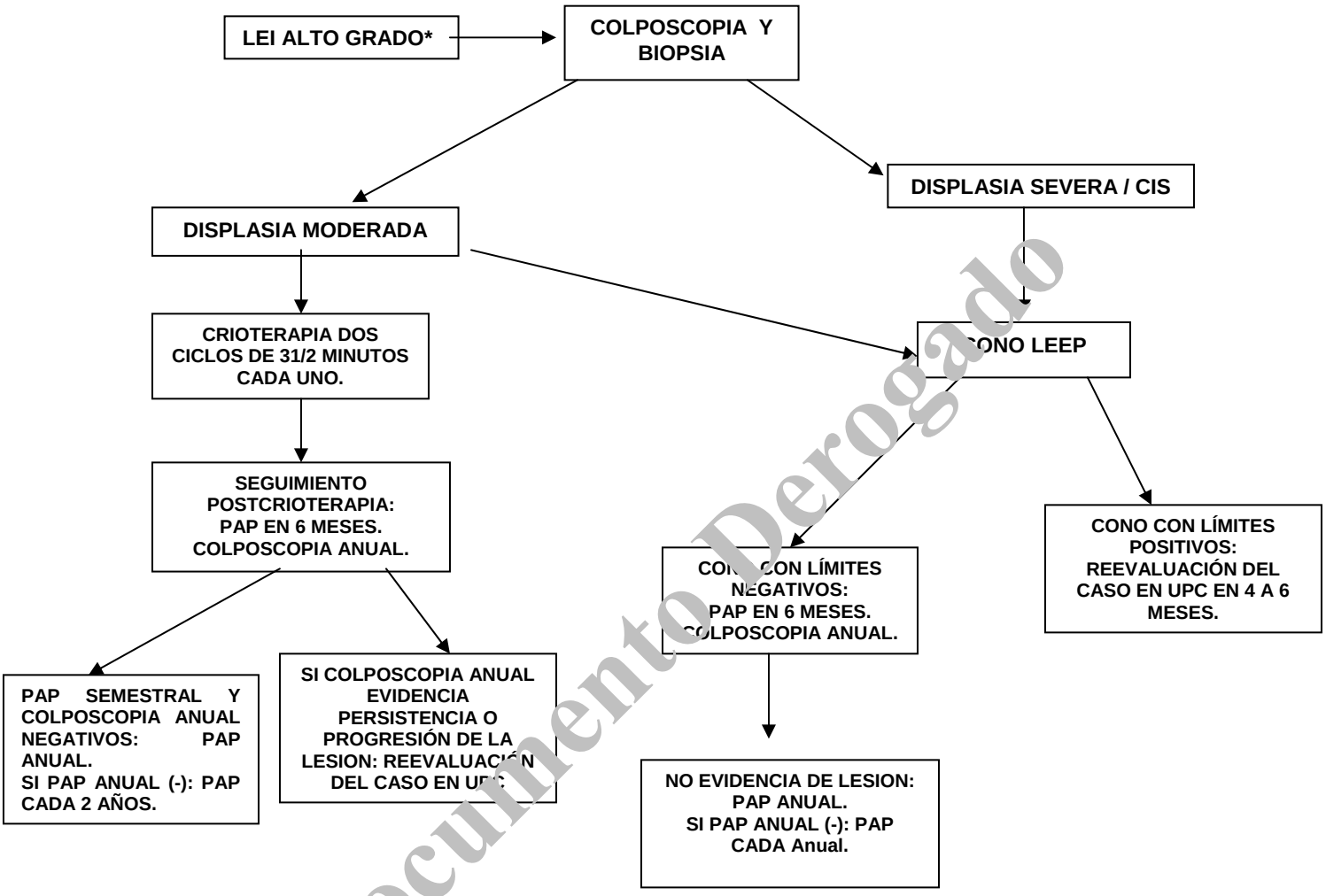
* Indica la presencia en la muestra de células glandulares posiblemente provenientes del endometrio o endocervix, pudiendo ser representativas de una lesión premaligna o maligna de dichas áreas.
** Particularmente en mujeres mayores de 40 años.

LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO (LEIBG)



Documento Derogado

LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO (LEIAG)



Documento Derogado

III. *VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA*

- Es un sistema activo que comprende la búsqueda de los casos en los establecimientos de salud, en las áreas de elevado riesgo epidemiológico y a través de los certificados de defunción.

- Serán objeto de estudio epidemiológico los casos diagnosticados citológicamente de ASC-US, ASC-H, AGC, LEI de Bajo Grado, LEI de Alto Grado, Carcinoma de Células Escamosas (invasivo), Adenocarcinoma y Maligno no especificado, así como los confirmados histológicamente de Displasia Leve, Moderada y Severa, Cáncer in Situ y Cáncer Microinvasor e Invasor.

- El estudio epidemiológico del cáncer cervico uterino implica el llenado de los siguientes instrumentos en todas las instituciones de salud: Hoja de Solicitud y Reporte Citológico, Reporte Epidemiológico Semanal y el Reporte Mensual de Lesiones Preinvasivas e Invasivas.

- La vigilancia epidemiológica del Virus del Papiloma Humano, como factor importante de riesgo identificado en el desarrollo de cáncer de cérvix, se hará por medio del registro de efectos citopáticos del Virus del Papiloma Humano en los estudios citológicos e histológicos o su tipificación serológica.

- Los Laboratorios de Citología, públicos y privados, certificados que procesen y lean muestras cervico vaginales enviarán mensualmente vía Región al Laboratorio Central y Unidad de Monitoreo y Evaluación del Ministerio de Salud Pública el reporte mensual del tamizaje con Papanicolaou. El Laboratorio Central enviará trimestralmente al personal técnico responsable del Componente de Prevención y Control de Cáncer Cervicouterino ubicado en la Unidad de Atención en Salud a la Mujer, la información correspondiente a la Evaluación Trimestral relacionada con la prueba de tamizaje.

- Como parte de la vigilancia epidemiológica se recabará información acerca de los factores de riesgo, los tratamientos brindados, el seguimiento a las pacientes y sus resultados con el objetivo de contribuir al conocimiento del comportamiento epidemiológico de la enfermedad y a la evaluación de las acciones desarrolladas para su control.

- Dicha información se elaborará a partir de los datos generados por las unidades de patología cervical o clínicas de Colposcopía en el informe mensual de actividades desarrolladas y será enviado mensualmente vía Región y a la Unidad de Monitoreo y Evaluación del Ministerio de Salud Pública con copia al Componente de

Documento Derogado

Prevención y Control de Cáncer Cervicouterino ubicado en la Unidad de Atención en Salud a la Mujer.

- Los Laboratorios de Anatomía Patológica, públicos y privados, certificados que procesen y lean especimenes relacionados con patología cervical enviarán mensualmente vía Región a las Unidades de Epidemiología y Monitoreo y Evaluación del Ministerio de Salud Pública con copia al Componente de Prevención y Control de Cáncer Cervicouterino ubicado en la Unidad de Atención en Salud a la Mujer el reporte de casos nuevos confirmados histológicamente de cáncer cervical microinvasivo e invasor.

El seguimiento de los casos será realizado por el Ministerio de Salud y analizado en el Comité Interinstitucional con una periodicidad trimestral.

Documento Derogado

IV. *EDUCACIÓN CONTINUA Y ACTUALIZACION AL PERSONAL DE SALUD*

- Para la educación al personal de salud se tomará en cuenta el perfil de riesgo, cultural y social de la población, las necesidades institucionales, las características y responsabilidades del personal.

- La formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requiera se hará de acuerdo a las necesidades del país.

- Las instituciones formadoras debidamente acreditadas y legalizadas desarrollaran un plan único de capacitación y actualización para citotecnólogos, citólogos, médicos patólogos y colposcopistas conforme a lineamientos elaborados por el Comite Interinstitucional y avalados por el Ministerio de Salud Pública.

- Para la formación de citotecnólogos, médicos citólogos, médicos patólogos y médicos colposcopistas en las instituciones del sector salud reconocidas para tal fin, se deberá aplicar el plan único de capacitación y actualización aprobado por el Comité Interinstitucional.

- Las instituciones de salud del nivel público, privado, autónomo y no gubernamental que desarrollan actividades de prevención y control de cáncer de cérvix, efectuarán las capacitaciones necesarias derivadas del plan nacional, así como la adecuación respectiva a su ámbito de acción.

- A nivel público, los establecimientos de salud deben solicitar al nivel central la asesoría necesaria para el desarrollo de las actividades; asimismo, el nivel Regional coordinará y supervisará, el SIBASI dará seguimiento las acciones que se realicen dentro del marco de esta normativa.

- La consejeria y educación se brindara para que la usuaria conozca comprenda el examen o procedimiento a realizar, los beneficios para la salud y los posibles riesgos y efectos secundarios participen en la elección basada en la información. (ver anexo I).

Documento Derogado

V. *CONTROL DE CALIDAD*

- Se hará control de calidad de los laboratorios de citopatología (citología, patología) y de las unidades de patología cervical (clínicas de Colposcopía) del sector salud.

- Para el control de calidad adecuado se necesita implementar mecanismos de control interno y externo.

- En el sector público, los procedimientos para el control de calidad interno y externo serán homogéneos.

- Para evaluar la calidad de la citología cervico vaginal deben considerarse todas las etapas del proceso de detección del cáncer de cérvix.

Laboratorios de Citopatología/ Citología:

- Los laboratorios de citopatología deberán contar con instalaciones seguras y confortables así como con el personal, equipo, reactivos, materiales e insumos necesarios que garanticen su funcionamiento óptimo.

- Los laboratorios que dispongan de tres citotecnólogas/os deben procesar e interpretar más de 25,000 muestras anualmente.

- En cada laboratorio se aplicará en forma regular el control de calidad interno, mediante el cual la/el médico patólogo o citólogo revisará el 100% de las muestras positivas, atípicas y dudosas junto con la/el citóloga/o o citotecnóloga/o que las leyó. Además, revisará el 10% de las laminas negativas.

- Asimismo, el control de calidad interno incluirá el informe que reporte la calidad de la muestra (falta de datos, transporte inadecuado, ausencia de componente de la zona de transformación, entre otras), este será enviado a la Región que corresponda, con copia Componente de Prevención y Control de Cáncer Cervicouterino ubicado en la Unidad de Atención en Salud a la Mujer, la correlación histológica y el monitoreo del personal técnico.

- Debe realizarse correlación citohistológica en todos los casos con resultado citológico de LEI de Bajo Grado, LEI de Alto Grado y positivos a cáncer.

Documento Derogado

- Cada laboratorio llevará un registro de productividad del desempeño de su personal técnico, basado en la producción de 50-60 laminillas leídas por día.

- El resultado citológico e histológico debe ser entregado por el laboratorio en un plazo máximo de 15 días después de haber sido recibido.

- Cada institución debe realizar visitas periódicas de supervisión para verificar el desarrollo y calidad del control interno, evaluar periódicamente las acciones de los laboratorios, asesorar al personal e informar al nivel respectivo. En el sector público, el control de calidad interno será brindado a través del Laboratorio Central de Citología.

- El control de calidad externo se realizará a través de un grupo interinstitucional de expertos nacionales integrado por representantes de las instituciones del sector salud que realizan actividades de procesamiento y lectura de PAP y será coordinado por el Comité Interinstitucional de Cáncer de Cérvix.

- El grupo interinstitucional (Panel de Expertos) asesorará en la implementación del sistema de control de calidad interno, en la uniformidad de criterios de diagnóstico citológico e histopatológico de lesiones cervicales intraepiteliales e invasoras, en la organización y coordinación de pruebas de eficiencia mediante la preparación de colecciones estandarizadas de laminillas correspondientes a las diferentes categorías diagnósticas (cajas de evaluación) para ser enviadas a los laboratorios de citología.

Unidades de Patología Cervical (UPC):

- En las unidades de patología cervical, cada una de ellas deberá contar con la correlación citológica, colposcópica e histopatológica del 100% de los casos atendidos con diagnóstico positivo a lesión (LEI de Bajo Grado, LEI de Alto Grado y Cáncer Invasor).

- Se mantendrá un registro del seguimiento brindado a todos los casos atendidos, colposcopías y biopsias realizadas y tratamientos brindados.

- Se mantendrá también un registro del número de lesiones residuales después de tratamiento.

- Cada unidad llevará un registro de productividad del desempeño de su personal técnico, basado en la producción de 4 consultas de

Documento Derogado

Colposcopía por hora o su equivalente a 2 Conos por hora y/o 3 Crioterapias por hora. Debe garantizarse una distribución equitativa de las atenciones dentro de cada UPC.

- Para el control de calidad en las unidades de patología cervical se integrará un grupo interinstitucional de expertos nacionales, el cual será coordinado por el comité interinstitucional de cáncer de cérvix.

Documento Derogado

VI. *MONITOREO Y EVALUACIÓN*

El programa se evaluara en base a indicadores de cobertura, proceso y resultado

Indicadores de Cobertura:

- Porcentaje de Mujeres tamizadas con Papanicolaou de primera vez de 30-59 años

  No de mujeres tamizadas de 30 a 59 años por primera vez en la vida/ Población de Mujeres de 30 a 59 años. **X100**

- Porcentaje de mujeres de 30 a 59 años que se sometieron a tamizaje en los ultimos dos años.

  No de mujeres de 30 a 59 años con citología subsecuente vigente/ Población de Mujeres de 30 a 59 años. **X100**

  No de mujeres de 30 a 59 años con citología subsecuente atrasada/ Población de Mujeres de 30 a 59 años. **X100**

Indicadores de Proceso:

Información y Comunicación

Tamizaje y Laboratorio

- Porcentaje de positividad de citología de LEI de alto grado:

  No de mujeres con lesión escamosa intraepitelial de alto grado/Total de citologías leídas positivas (primera vez más subsecuentes). X100

- Porcentaje de positividad de citología de LEI de bajo grado:

  No de mujeres con lesión escamosa intraepitelial de bajo grado/Total de citologías leídas positivas (primera vez más subsecuentes). X 100

Documento Derogado

- Porcentaje de positividad de citología con cáncer invasor cervicouterino:

  Número de citología con cáncer cervicouterino invasor/total de citologías leídas positivas X 100

- Porcentaje de muestras enviadas oportunamente al Laboratorio de citología

  No de citologías tomadas enviadas en un período menor de 10 días/ Total de citologías recibidas X100

- Porcentaje de resultados de citología entregados oportunamente al establecimiento de salud.

  No de citologías leídas en un periodo máximo de 15 días/Total de citologías recibidas X100

- Proporción de mujeres que recibieron el resultado oportunamente.

  No de mujeres que recibieron su citología en un periodo máximo de 6 semanas/Total de Mujeres con citología tomada X100

- Número de laminillas leídas diariamente por citotecnólogo según normativa.

Servicios

- Porcentaje de muestras satisfactorias para evaluación

  No de citologías tomadas satisfactorias/ total de citologías recibidas X100

- Porcentaje de muestras insatisfactorias para evaluación
  No de citologías tomadas insatisfactorias/ total de citologías recibidas X100

- Porcentaje de consultas por hora brindadas por medico Colposcopista según normativa

Tratamiento

- Porcentaje de mujeres con resultado LEI alto grado por tamizaje y fue diagnosticado en un periodo de 3 meses.

Documento Derogado

No de mujeres con LEI alto grado/ Total de mujeres con Colposcopía de 1ª vez en 3 meses X100

- Porcentaje de mujeres con displasia severa que ha iniciado tratamiento en un periodo menor de 3 meses.

No de mujeres con displasia de alto grado/ Total de mujeres tratadas en un periodo de 3 meses X100.

- Porcentaje de casos manejados con crioterapia sin lesión visible al año de tratamiento

- Proporción de LEEP con límites quirúrgicos negativos
- Proporción de Conos Fríos con límites quirúrgicos negativos

Calidad

- Porcentaje de muestras positivas, atípicas y dudosas revisadas
- Porcentaje de muestras negativas revisadas
- Porcentaje de muestras revisadas con certeza diagnostica
- Porcentaje de mujeres con resultado positivo con seguimiento según intervalo normado
- Porcentaje de casos positivos a lesión con correlación cito-colpo-histológica
- Proporción de casos positivos a lesión con certeza diagnóstica

Indicadores de Resultado

- Porcentaje de mujeres entre los 30 a 59 años con actitud positiva hacia los servicios de tamizaje.

  No de mujeres entre los 30 a 59 años con actitud positiva hacia los servicios de tamizaje/ total de mujeres entre los 30 a 59 años

Indicadores de Impacto

- Incidencia de casos de cáncer invasor de cérvix

No de mujeres de con diagnóstico de cáncer invasor (por biopsia)/ Total de mujeres entre 10 a 59 años

- Total de mujeres que fallecen por cáncer de cérvix/ Población de mujeres entre los 10-70 años.

El programa será evaluado anualmente a nivel del comité interinstitucional, en cada institución de salud participante y en el nivel operativo respectivo.

Documento Derogado

Cada institución, de acuerdo a su estructura organizativa, podrá realizar evaluaciones de procesos trimestrales o semestrales y de resultado en forma semestral o anual.

Para la evaluación se tomará como base la información emanada del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Cérvix.

La evaluación del programa nacional será responsabilidad del Ministerio de Salud Pública a través de la Gerencia en Atención Integral en Salud a la Mujer en coordinación con el comité interinstitucional de cáncer cervico uterino.

Se realizarán investigaciones para evaluar la sensibilidad y especificidad de la citología cervico vaginal, el lapso de entrega de los resultados, la calidad de la toma de la muestra y otros estudios que se consideren necesarios en situaciones particulares.

Documento Derogado

VII. *GLOSARIO.*

Para efectos de la presente Guía Técnica, se utilizarán los siguientes conceptos básicos:

1. **Biopsia:** a la extracción de tejido de un organismo vivo para examen microscópico con fines diagnósticos.

2. **Caso de Cáncer Cervical:** Toda mujer con diagnóstico histológico de carcinoma cervical microinvasivo e invasor en un período de tiempo determinado.

3. **Carcinoma in situ (CIS):** Son los cambios Celulares en el epitelio escamoso estratificado asociado con el cáncer invasivo pero no extendiendo a estructuras adyacentes. El CIS es generalmente un precursor reconocible del cáncer escamoso invasivo de la célula.

4. **Citología de Primera Vez:** Toda mujer que por primera vez en la vida se le toma su citología cervico vaginal dentro del Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer Cervico Uterino.

5. **Citología Subsecuente:** Toda mujer a la cual se le haya realizado previamente citología cervico vaginal dentro del Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer Cervico Uterino, la cual puede ser:

   - **Citología Vigente:** Toda mujer a la cual se le ha practicado citología cervico vaginal y ésta no tiene más de dos años de realizada.

   - **Citología Atrasada:** Toda mujer a la cual se le ha practicado citología cervico vaginal y ésta tiene más de dos años de realizada

6. **Consejería,** al proceso de comunicación interpersonal, entre el prestador del servicio de salud y usuarias, mediante el cual se proporcionan elementos para apoyar su decisión voluntaria, consciente e informada acerca de las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento según sea el caso.

7. **Displasia de cérvix:** Anormalidad epitelial que implica el epitelio cervical, este es uno los términos utilizados para describir este proceso de la enfermedad, otros términos incluyen neoplasia cervical de intraepitelial (NIC) o lesión escamosa de intraepitelial (LEI).

Documento Derogado

8. **Educación para la salud:** al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud, individual, familiar y colectiva.

9. **Especificidad** representa la proporción de personas identificadas correctamente como las que NO tienen la enfermedad. Especifidad más alta serán más "positivos falsos".

10. **Factores de riesgo:** al conjunto de características, hechos o circunstancias que determinan la probabilidad de que ocurra un daño.

11. **Inspeccion visual con acido acético (IVAA):** Es una prueba de tamizaje que se utiliza para la visualización de celulas anormales del cérvix (detección de lesiones precancerosas), las cuales adoptan temporalmente un tono blanco después de aplicar ácido acético 3-5% (vinagre). También es conocida como inspeccion visual directa (IVD).

12. **Morbilidad,** es la presentación de una enfermedad o daño que ocurre sobre una población específica en un lugar y tiempo determinado.

13. **Mortalidad,** son las defunciones que ocurren en una población en un lugar específico y tiempo determinado.

14. **Neoplasia,** a la formación de tejido nuevo de carácter tumoral.

15. **Prevención primaria,** a todas aquellas actividades o acciones de promoción, educación o fomento de la salud, así como las de protección específica para la prevención de las enfermedades.

16. **Prevención secundaria,** a todas aquellas actividades o acciones que están encaminadas a lograr el diagnóstico y tratamiento temprano con el fin de limitar los daños a la salud.

17. **Prevención terciaria,** a las actividades que se dirigen a la rehabilitación reconstructiva, estética y psicológica de la paciente, o a evitar complicaciones.

18. **Promoción de la salud,** al proceso que permite fortalecer los conocimientos, prácticas y actitudes de las personas para participar responsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo mediante actividades de Participación Social, Comunicación Educativa y Educación para la Salud.

19. **Sensibilidad** representa la proporción de personas identificadas correctamente como las que tienen la enfermedad. Sensibilidad más alta

Documento Derogado

significa que la prueba no detectará a menos lesiones (serán menos casos de “negativos falsos”).

20. **Sistema de Clasificación de Bethesta:** Sistema propuesto de 1988 por los EEUU, en el Instituto Nacional del Cáncer, el cual utiliza dos grados para informar las condiciones cervicales de los precursores de cáncer: lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG), que incluye VPH y displasia leve, lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG), que incluye Displasia moderada, severa y cáncer in situ.

21. **Unión escamo columnar:** Es el punto donde las células columnares del endocervix se unen con las células escamosas del endocervix. Esta unión se localiza en el centro de la zona de la transformación y es muy vulnerable a cambios anormales en células cervicales.

22. **Valor predictivo negativo:** Es el valor de mujeres que no tienen la enfermedad y que presentaron con un resultado negativo de la prueba.

23. **Valor predictivo positivo:** Es el valor de mujeres que tienen la enfermedad y que resultaron con un resultado positivo de la prueba.

24. **Zona de la transformación:** Localizada en la superficie de la cérvix, la zona de la transformación se compone de epitelio glandular (columnar) hasta el comienzo de la pubertad, cuando el epitelio columnar se reemplazada gradualmente por epitelio escamoso (semejante al epitelio de la vagina). El cáncer cervical se origina generalmente en la zona de la transformación.

Documento Derogado

VIII. *SIGLAS.*

1. **AGUS:** Celulas glandulares atípicas de significado no determinado.
2. **ASC-H:** celulas glandulares atípicas donde no se puede descartar lesión de alto grado.
3. **ASC-US:** Celulas glandulares atípicas de significado no determinado
4. **Ca:** Cáncer
5. **IVAA:** Inspección visual con ácido acético
6. **IVSL:** Inspección visual con solución yodo yodurada de Lugol.
7. **LEIAG:** Lesión escamosa intraepitelial de alto grado.
8. **LEIBG:** Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.
9. **LEC:** Legrado endocervical
10. **LEEP:** Asa Electroquirúrgica.
11. **LLETZ:** Escisión de la zona de transformación con asa grande.
12. **PAP:** Papanicolau
13. **VPH:** Virus del Papiloma Humano

Documento Derogado

BIBLIOGRAFÍA

1. Parkin DM. *Comunicación personal*, CIIC (julio de 2000).
2. World Health Organization (WHO). Primary prevention of cervical cancer. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 3 de octubre a 2 de noviembre, CAN/85.1 (1985).
3. Pisani P, Parkin DM, Bray F, et al. Estimates of the worldwide mortality from 25 cancers in 1990. *International Journal of Cancer* 24;83(1):18–29 (September 1999).
4. Miller AB. *Cervical Cancer Screening Programmes: Managerial Guidelines.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud (1992).
5. Maggwa B, Hunter D, Mbugua S, et al. The relationship between HIV infection and cervical intraepithelial neoplasia among women attending two family planning clinics in Nairobi,Kenya. *AIDS* 7(5):733–738 (May 1993).
6. Motti P, Dallabetta G, Daniel R, et al. Cervical abnormalities, human papillomavirus, and human immunodeficiency virus infections in women in Malawi. *Journal of Infectious Disease* 173(3):714–7 (March 1996).
7. Eddy DM. Secondary prevention of cancer: an overview. Bulletin of the World HealthOrganization 64(3):421–428 (1986).
8. Nanda K, McCrory DC, Myers ER, et al. Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. Annals of Internal Medicine 16;132(10):810–819 (May 2000).
9. Fahey MT, Irwig L, Macaskill P. Meta-analysis of Pap test accuracy. American Journal of Epidemiology 141:680–689 (April 1995).
10. Evaluation of Cervical Cytology. Summary, Evidence Report/Technology Assessment: Number 5. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD (January 1999). http://www.ahrq.gov/clinic/cervsumm.htm.
11. Alonso, Lazcano, Hernández, Cáncer CervicoUterino Diagnóstico, Prevención y Control, Panamericana, 2000.
12. American Society of Colposcopy and Cervical Pathology, Management Issues Related to Quality of the Smear, Journal Lower Genital Tract Disease 1997; 1 (2), 100-6.
13. Annekathryn Goodman, Management of the Abnormal Papanicolaou Smear, Harvard Medical School, Up To Date 2000.
14. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, Human Papillomavirus and Cervical Cancer: where are we now?, December 2001, Vol. 108, pp. 1204-1213.
15. Roberto Alvarez Sintes, Clarivel Presno Labrador y Lourdes Iliana Marín Valdés Revista Cubana de Medicina General Integral:Toma de la muestra citológica, Octubre-diciembre, 1995
16. Centro para Programas de Comunicación, Facultad de Salud Pública, Universidad de Johns Hopkins, Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva, Capitulo 3 La Consejería, 1999.

Documento Derogado

17. Comité Interinstitucional de Ginecología Oncológica, Normas y Procedimientos para el Manejo de la Lesión Intraepitelial (LEI), El Salvador, 1994.
18. Flisser Ana y Grupo Interinstitucional del Laboratorio de Citología del CONAVE, México, D.F., Julio 1999.
19. Franco, Duarte-Franco, Ferenczy, Cervical Cancer: Epidemiology, Prevention and the Role of Human Papillomavirus Infection, Canadian Medical Association, April 3, 2001; 164 (7).
20. Hatcher, Trussell, Stewart, Cates Jr., Stewart G., Guest, Kowal, Contraceptive Technology, 17 Revised Edition, 1998.
21. Hospital Nacional de Maternidad, Normas de Funcionamiento de la Unidad de Patología Cervical, San Salvador, 1996.
22. HPV 2000, 18th. International Papillomavirus Conference, Barcelona.
23. Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Normas y Procedimientos para la Toma y Seguimiento de Citología Vaginal y para el Manejo de Lesión Intraepitelial Cervical (LEI), San Salvador, Marzo 1996.
24. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), Health Care Guideline, Cervical Cancer Screening, January 2000.
25. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), Health Care Guideline, Management of Initial Abnormal Pap Smear, July 2000.
26. International Union Against Cancer (UICC), Report on Consensus Conference on Cervical Cancer Screening and Management, International Journal Cancer: 86, 440-447 (2000).
27. Jackson, Pfenninger, Electrosurgery for Cervical Intraepithelial Neoplasia, The Female Patient, August 1992.
28. JHPIEGO, Cervical Cancer Prevention A New Approach, 19 July 2000.
29. JHPIEGO, Human Papillomavirus and Cervical Cancer, Paper No. 8, May 2000.
30. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Normas Integradas de la Atención Materno Infantil, El Salvador, C.A, 1991.
31. Ministerio de Salud de Perú, Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino, Abril 2000.
32. Ministerio de Salud de Chile, Orientaciones para la Pesquisa y Control del Cáncer CervicoUterino, 1998.
33. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Infecciones de Transmisión Sexual, Normas y Procedimientos de Atención, El Salvador, Agosto 2000.
34. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Protocolos de Atención de Personas Infectadas VIH/SIDA, El Salvador, Agosto 2000.
35. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Manual de Capacitación para Facilitadores en Consejería y Educación sobre VIH/SIDA.
36. Moisa, Carlos, El Impacto del Tamizaje con Citología sobre la Incidencia del Cáncer Invasivo del Cuello Uterino en El Salvador, Un Estudio en Dos Fases: 1978-1982 y 1995-1999, Octubre 2000.
37. Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cervico Uterino, México, Marzo 1998.

Documento Derogado

38. Normas Nacionales para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Temprano del Cáncer Cervico Uterino, República Dominicana, 1999.
39. PATH, OutLook, Mejorar la Interacción con los/las Clientes: Clave para Lograr Servicios de Alta Calidad, Volumen 17, Número 2, Diciembre 1999.
40. PATH, OutLook, Prevención del Cáncer Cervical en las Comunidades de Escasos Recursos, Volumen 18, Número 1, Octubre 2000.
41. PATH, Historia Natural del Cáncer Cervico-uterino, Prevención del Cáncer Cervico-uterino, Ficha Descriptiva, Marzo 2001.
42. PATH, Pasos Fundamentales para Atender las Necesidades de la Mujer, Prevención del Cáncer Cervico-uterino, Ficha Descriptiva, Noviembre 2000.
43. PATH, Pruebas de Papanicolaou: Un Método de Tamizaje Importante pero imperfecto, Prevención del Cáncer Cervico-uterino, Ficha Descriptiva, Junio 2001.
44. Shingleton, Orr Jr., Cancer of the Cervix, Lippincott, 1995.
45. The Association of Reproductive Health Professionals, Human Papillomavirus (HPV) and Cervical Cancer, Electronic Edition, March 2001.
46. The Interactive Journal of Female Healthcare, Obstetrics and Gynaecology Communications, Ca Cervix Special, Volume 2, Issue 3, May-Jun 2000.
47. U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Preventive Services Task Force, Guide to Clinical Preventive Services, Second Edition, Screening for Cervical Cancer.
48. U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, HIV/AIDS Bureau, Abnorma PAP Smear, A Guide to the Clinical Care of Women with HIV.
49. U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Preventive Services Task Force, Guide to Clinical Preventive Services, Second Edition, Counseling to Prevent Gynecologic Cancers.
50. Bethesta 2001.

Documento Derogado

ANEXOS

Documento Derogado

ANEXO I

LA CONSEJERIA

La consejería es un elemento crucial. Mediante la consejería los proveedores de la atención ayudan a que sus clientas tomen sus propias decisiones acerca de su salud reproductiva y que las pongan en práctica. La buena consejería tiene como resultado mujeres más satisfechas y contribuye a que utilicen los servicios de detección precoz de cáncer de cérvix
por más tiempo y con mayor éxito.

Para una buena consejería y particularmente en el caso de usuarias nuevas se necesita cumplir con seis principios básicos, los cuales durante las sesiones de consejería todos ellos se encuentran interrelacionados.

No es necesario que la buena consejería tome mucho tiempo, especialmente si la información se ajusta a sus necesidades. Una buena consejería también requiere de una persona adiestrada que mantenga una actitud respetuosa y considerada hacia ellas.

Principios Básicos

1. **Trate bien a todas las usuarias**. La/el proveedor es cortés y debe tratarlas con respeto, creando un ambiente de confianza. Asimismo, le demuestra que puede hablar abiertamente, incluso sobre temas delicados. También, la/el proveedor habla abiertamente y contesta las preguntas completamente con paciencia. Además, le da la seguridad de que nada de lo que ella diga se discutirá con otras personas dentro o fuera del establecimiento.

2. **Interactúe**. La/el proveedor debe saber escucharla y responderle adecuadamente. Cada mujer es una persona diferente. La mejor manera que la/el proveedor puede brindar ayuda es comprendiendo las necesidades, las preocupaciones y la situación de dicha persona. Le corresponde a la/el proveedor alentarla a conversar y hacer preguntas.

3. **Adapte la información**. Al escuchar cuidadosa y atentamente, la/el proveedor conoce que tipo de información que necesita la usuaria. Dicha información debe ser proporcionada en forma precisa y en lenguaje comprensible. Además ayúdela a comprender de que manera la información se ajusta a su propia situación personal y vida diaria. Esto ayuda a reducir la brecha entre lo que la/el proveedor conoce y lo que la usuaria comprende.

4. **Evite el exceso de información**. Las mujeres necesitan información para hacer elecciones informadas. El exceso de información hace más difícil recordar la información realmente importante, propiciando una

Documento Derogado

"sobrecarga de información". Por otra parte, cuando la/el proveedor utiliza todo el tiempo disponible para brindar información deja muy poco tiempo para la discusión o para sus preguntas, preocupaciones y opiniones.

5. **Involucre a la usuaria en el manejo que necesita**. La/el proveedor ayuda a que la mujer participen en la elección basada en la información y la/el proveedor respeta esa elección, inclusive si ella decide no optar o continuar con el tratamiento o posterga su decisión. También, en el curso de la consejería, la/el proveedor verifica si comprende el examen o procedimiento a realizar, los beneficios para la salud y los posibles riesgos y efectos secundarios. Asimismo, la/el proveedor la ayuda a que reflexione y considere la postergación o negativa de su decisión. De esta manera la/el proveedor se asegura de que la clienta haga una elección informada. La/el proveedor no puede presionarla a una determinada elección. Debe utilizarse un manejo que sea efectivo y no signifique riesgo para la usuaria. Cuando participan en las decisiones, las mujeres utilizan los servicios de salud preventiva por más tiempo y en forma más efectiva.

6. **Ayúdela para que comprenda y recuerde**. La/el proveedor enseña a la usuaria los materiales que se utilizan en la toma del PAP indicándole como se utilizan durante el examen. Además, la/el proveedor muestra y explica el contenido de los rotafolios, mantas, posters, folletos u otros impresos con dibujos. Cuando lo considere necesario, la/el proveedor comprueba si ha comprendido la información. Si puede, entréguele material educativo para que se lo lleve a su casa, éste le servirá de ayuda para recordar que es lo que debe hacer. Este material puede también compartirse con otras personas.

¿Qué significa **"elección informada"**?

Una mujer hace una elección informada cuando después de pensar y analizar toda la información útil y precisa que se le ha brindado, participa libremente en la decisión. Precisamente uno de los propósitos importantes de la consejería es ayudar a la mujer a que realice elecciones informadas sobre su salud reproductiva.

"Informada" significa:

- Que las mujeres tienen la información específica, clara y precisa que necesitan
- Que comprenden bien sus propias necesidades

Documento Derogado

“Elección” significa:

- Que las usuarias conocen las alternativas diagnósticas y de tratamiento entre las cuales pueden decidir
- Que participan en las decisiones terapéuticas

La consejería debe adaptarse a cada mujer en particular. Debe haber información básica sobre prevención y control de cáncer de cérvix que debe ser abordada durante la consejería. Dicha información debe también llegarle a través de otros medios: radio, televisión, posters, folletos, visitas domiciliarias, reuniones comunitarias, etc. Cuando las mujeres tienen información previa les ayuda y facilita la toma de decisiones así como también le facilita el trabajo a la/el proveedor. Por supuesto es importante que la información proveniente de las diferentes fuentes sea lo más consistente posible.

Información básica:

- Conocimiento de la enfermedad
- Factores de riesgo
- Interacción y mecanismos de transmisión de ITS
- Medidas preventivas
- Beneficios de la detección temprana
- Beneficios y efectos secundarios del diagnóstico y tratamiento
- Participación activa de la pareja

Pasos durante la consejería de usuarias nuevas:

Llegar a una decisión sobre prevención y control de cáncer de cérvix y la continuidad en el uso implica ir paso a paso. Este proceso incluye conocimiento, información, sopesar las opciones, tomar decisiones y llevarlas a cabo. El proceso puede constar de seis pasos, los cuales pueden recordarse con la palabra **ACCEDA**.
Sin embargo, una buena consejería debe ser flexible, debe ser capaz de cambiar para satisfacer sus necesidades especiales y de la situación. No todas las usuarias nuevas necesitarán seguir cada uno de los seis pasos.

Los pasos de ACCEDA:

A **Atender a la mujer** de una manera respetuosa, atenta y abierta prestándole toda atención y asegurándole una completa privacidad y confidencialidad.

C **Conversar sobre su situación**. Ayúdela para que cuente de sus experiencias en cuanto a salud reproductiva, sus intenciones, preocupaciones, deseos y sobre su vida familiar y salud actual. Preste atención a lo que expresa con sus palabras, gestos y expresiones. Trate de ponerse en el lugar de ella y manifieste su comprensión.

Documento Derogado

Averigüe que conocimientos, necesidades y preocupaciones tiene para poder responderle en forma útil.

C **Comunicarle cuál es el manejo a seguir**. Dependiendo de las necesidades de cada una, menciónele cuáles son las alternativas para su situación en particular.

E **Elegir la alternativa terapéutica más apropiada**. Ayude a reflexionar sobre que curso de acción responde mejor a su situación y planes futuros. Aliéntela a que exprese sus opiniones y haga preguntas. Responda a sus preguntas con naturalidad y en forma entendible y completa . Pregúntele también si su pareja estará de acuerdo y apoyará sus decisiones. Si es posible discuta las opciones con ambos. Al final asegúrese que se ha tomado una decisión clara.

D **Describir el examen o procedimiento elegido**. Después de acordar el curso de acción a seguir o la alternativa terapéutica, explique como se realizará el examen y el procedimiento. Nuevamente aliéntele a hacer preguntas y contéstelas con naturalidad y en forma entendible y completa. Si es necesario, proporciónele condones si se encuentran a riesgo de contraer o transmitir alguna Infección Transmisible Sexualmente (ITS). Verifique que haya entendido como usar el método de barrera.

A **Acordar la visita de seguimiento**. Converse y acuerde con la usuaria la fecha en que debe regresar para su visita de seguimiento o inmediatamente cuando experimente algún efecto secundario. Además, siempre invítela a regresar en cualquier momento por alguna duda o inquietud relacionada con su situación de salud reproductiva.

Consejería para usuarias en seguimiento

Las mujeres en seguimiento son tan importantes como las de primera vez y merecen la misma atención. La consejería comúnmente se enfoca en conversar sobre sus experiencias y necesidades.

Al igual que con las usuarias de primera vez, la consejería puede ser flexible. Debe poder efectuar cambios para adecuarse a sus necesidades . Por ejemplo, es posible que una mujer que regresa al establecimiento enfoque sus preguntas, a otros problemas reproductivos tales como las ITS, sangrado vaginal, síntomas perimenopáusicos, etc.

Por lo general, la consejería continua implica averiguar que es lo que desea la mujer y responder a ello de la siguiente forma:

- Si tiene problemas, resuélvalos. Esto puede implicar referirla a otro proveedor en caso necesario.
- Si tiene preguntas, contéstelas.

Documento Derogado

- Asegúrese que está cumpliendo su esquema de seguimiento en forma correcta, si no es así, ayúdele.

Consejería Pre-examen

- Presentarse con nombre y función dentro del equipo de salud
- Motivos por los cuales desea hacerse la prueba de detección o por los cuales fue referida
- Significado de la prueba o del procedimiento
- Posibles resultados de la prueba o del procedimiento
- Necesidad de repetir la prueba o el procedimiento
- Estado actual de salud
- Explicación de vías de transmisión
- Situaciones de riesgo
- Situaciones que no presentan riesgo
- Mecanismos de prevención
- Riesgos actuales respecto a conductas
- Acordar con la usuaria la fecha y hora de la próxima cita

Consejería Post-examen

- Mirar al consultante a los ojos al momento de entregar los resultados
- Brindar el tiempo necesario para que la clienta asimile el resultado, respete su silencio si es necesario
- Apoyarla a que comparta sus reacciones iniciales
- Aclarar el significado de los resultados a ella y su pareja si fuere factible
- Desarrollar un plan de seguimiento

En caso de ser negativo, determinar cuando se repetirá la prueba de detección, orientar hacia como mantenerse libre de o con menor riesgo y referir a otros servicios si fuere necesario.

En caso de ser positivo a lesión, discutir la necesidad de seguimiento médico-psicológico, de un plan de reducción de riesgo, apoyo emocional, como evitar reinfectarse, reducción de stress.

Documento Derogado

ANEXO II

Aspectos Básicos de la Crioterapia

- La realización de la crioterapia no debe ser una experiencia desagradable o dolorosa para la paciente
- Asegúrese de explicar claramente la importancia del procedimiento y los pasos a seguir

- La unidad aplicadora (tipo pistola) deberá estar equipada con una variedad de puntas intercambiables de diferentes formas que se adapten correctamente a las diferentes formas del cérvix y la lesión.
- Para la crioterapia se pueden utilizar dióxido de carbono (CO2) u óxido nitroso (N2O) como refrigerantes. El CO2 es un gas común, seguro y más barato; se recomienda usar preferentemente el tipo "grado hospitalario" o "para uso médico" ya que la presencia de contaminantes afectan la capacidad congelante del equipo.
- En cada procedimiento debe vigilarse que la presión del gas en el cilindro sea adecuada para garantizar el desplazamiento del gas dentro de la cámara de expansión/congelamiento de la pistola, y así permitir que el gas enfríe a las temperaturas criogénicas necesarias (entre –20° y –89° C) para que ocurra necrosis de la lesión cervical.
- La bola de hielo formada en el cérvix deberá ser de 4 milímetros de grosor y tener una extensión por fuera de la lesión de 3-5 milímetros para garantizar el éxito del tratamiento.
- Al finalizar el procedimiento, la pistola debe ser retirada en forma gentil para evitar sangramientos innecesarios.
- Oriente a la paciente que posterior al procedimiento experimentará una secreción acuosa y profusa vía vaginal que puede durar aproximadamente dos semanas; si ésta se torna mal oliente debe consultar inmediatamente.

Aspectos Básicos del Cono Electroquirúrgico de Asa

- La realización del cono electroquirúrgico no debe ser una experiencia desagradable o dolorosa para la paciente
- Asegúrese de explicar claramente la importancia del procedimiento, los pasos a seguir, los beneficios y los posibles riesgos y complicaciones
- Descarte siempre la presencia de embarazo
- El mejor momento para realizarlo es cuando no haya menstruación. Se consideran como momentos óptimos: 7 días posterior a la finalización de la regla o al menos 4 días previos al siguiente período menstrual
- Asegúrese antes de cada procedimiento que la unidad electroquirúrgica está preparada, que cumple los requisitos técnicos, de seguridad y operatividad y que dispone de todo el equipo necesario.

Documento Derogado

- Vista siempre anteojos protectores, mascarilla y guantes descartables
- Use siempre especulos no conductivos y de tamaño adecuado
- Posterior a la administración del anestésico local, espere al menos tres minutos antes de realizar el procedimiento
- Debe disponer de electrodos de asa de diferente ancho y profundidad
- El electrodo de asa a utilizar debe seleccionarse de acuerdo al tamaño y ubicación de la lesión
- Seleccione apropiadamente el electrodo de asa para que la electrocirugía permita resecar la lesión y la zona de transformación completamente
- Por regla general, no se recomienda utilizar electrodos de asa de más de un centímetro de profundidad
- Cerciórese de realizar una adecuada hemostasia de todos los puntos sangrantes
- Si coloca tapón vaginal, lubríquelo primero antes de introducirlo
- Si deja tapón vaginal, recuérdele a la paciente que debe retirarlo a las 24 horas
- Oriente a la paciente que posterior al procedimiento podrá experimentar algún sangramiento o secreción; si estos se vuelven intensos, abundantes o mal olientes debe consultar inmediatamente

Documento Derogado

ANEXO III

SISTEMA DE CLASIFICACION BETHESDA 2001

CALIDAD ADECUADA

- Satisfactoria para evaluación.
- Insatisfactoria para evaluación (especificar razón)

CATEGORÍA GENERAL (OPCIONAL)

- Negativo para lesión intraepitelial o malignidad
- Anormalidades de células epiteliales, especificar si es de células escamosas o glandular
- Otros: ver interpretación según resultados(células endometriales en mujeres de 40 años o mayores)

INTERPRETACION DE RESULTADOS:

Negativo para lesión intraepitelial o malignidad cuando no hay evidencia celular de neoplasia, ya sea que haya o no microorganismo u otros hallazgos no neoplásicos.

- Organismos
  Tricomonas Vaginales
  Organismos micòticos morfológicamente consistente con Candida sp
  Cambio en la flora vaginal sugestivos de vaginósis bacteriana
  Bacteria morfológicamente consistente con Actinomyces sp
  Cambios celulares consistentes con Virus del Herpes Simplex
  Otros

- Otros hallazgos no neoplásicos:
  - Cambios celulares reactivos asociados con:
    Inflamación
    Radiación
    Dispositivo Intrauterino (DIU)
  - Otros: Células glandulares pos histerectomía
    Atrofia

- Anormalidades de células epiteliales
  - Células escamosas
  - Células escamosas atípicas de significado no determinado (ASC-US)*
  - Células escamosas atípicas de lo que no se puede excluir lesión de alto grado (ASC-H)
  - Lesión escamosa Intraepitelial de bajo grado (LEIBG), (comprende VPH**, Displasia leve/NIC 1)
  - Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG), (comprende Displasia Moderada, Displasia Severa, CIS, NIC 2, NIC 3)
    - Lesión escamosa intraepitelial de alto grado con hallazgos sospechosos de invasión.
  - Carcinoma de células escamosas
  - Células glandulares
    - Células glandulares atípicas:
      Endocervicales
      Endometriales
      Glandulares
    - Células glandulares atípicas que favorecen neoplasia:
      Endocervicales
      Glandulares
      - Adenocarcinoma endocervical in situ
        Adenocarcinoma:
        Endocervical
      Endometrial
      Extrauterino
      No especificado
- Otras neoplasias malignas: especificar
- Notas educativas y sugerencias.

* Las células escamosas atípicas de significado no determinado deberán ser evaluadas cuidadosamente para verificar si están asociadas a una lesión de bajo grado.
** Los cambios celulares del VPH (previamente "atipia coilocitotica o condilomatosa") son incluidos dentro de la categoría LEI de Bajo Grado.

ANEXO IV

Documento Derogado

CONDUCTA A SEGUIR EN BASE AL REPORTE CITOLOGICO

SISTEMA BETHESDA	CONDUCTA A SEGUIR
Insatisfactoria para evaluación por calidad de muestra	**Repetir PAP inmediatamente***
Satisfactoria para evaluación/ Negativa para lesión intraepitelial o malignidad	**Repetir PAP en dos años**
Tres satisfactorias para evaluación/ Negativa para lesión intraepitelial o malignidad en forma consecutiva	**Repetir PAP en tres años**
Satisfactoria para evaluación /Negativa para lesión intraepitelial o malignidad con cambios asociados a Inflamación	**Dar tratamiento según el caso, repetir PAP en 1 año.**
Satisfactoria para evaluación/ Negativa para lesión intraepitelial o malignidad con presencia de microorganismos	**Tratamiento específico según normas de ITS y repetir PAP en dos años**
Células escamosas atípicas de significado No determinado(ASC-US)	**Referir a Colposcopía**
Células escamosas atípicas donde no se puede descartar lesión de alto grado.(ASC-H)	**Referir a Colposcopía**
Células glandulares atípicas de significado No determinado(Todas las categorías)	**Colposcopía y legrado diagnóstico.**
LEI de Bajo Grado	**Referir a Colposcopía.**
LEI de Alto Grado	**Referir a Colposcopía**
Carcinoma de células escamosas	**Referir a Colposcopía**
Adenocarcinoma (Todas las categorías)	**Referir a colposcopía**

*Si hay evidencia clínica de cervicitis o vaginitis dar tratamiento específico y repetir PAP en un mes.

Documento Derogado

ANEXO V

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER CERVICO UTERINO. EL SALVADOR, C.A
CARNET UNIFICADO DE
CITOLOGÍA CERVICO VAGINAL

_____

Primer Apellido **Segundo Apellido**

_____

Nombres

Edad: _____**años** **Estado Civil:**_____ **No de DUI/ CDM:**_____

Profesión u Oficio: _____

Institución: _____

Establecimiento: _____

No. Expediente: _____

"Lleve siempre este carnet a sus controles"

Fecha Toma Pap	No. Pap	Establecimiento	Resultado PAP	Fecha de Notificación de Resultado	Tratamiento	Referido A	Fecha Próxima Cita

Documento Derogado

ANEXO VI

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER CERVICO UTERINO. EL SALVADOR, C.A
FORMULARIO DE REFERENCIA Y RETORNO

_____
Primer Apellido Segundo Apellido Nombres

No. Registro:_____ Edad:_____años
Domicilio:_____

No de DUI/CDM:_____

Departamento:_____
Municipio:_____

Establecimiento / Institución que refiere:_____
Referido a:_____

Motivo de Referencia:_____

Fecha de Referencia:_____

Nombre, Firma y Sello de Persona que Refiere:_____

Sello de Establecimiento / Institución:

INFORME DE ESTABLECIMIENTO / INSTITUCIÓN QUE ATENDIÓ:

No. Registro:_____

	Si	**No**	**Fecha**	**Resultado/observaciones:**
Colposcopía:				
Evaluación Colposcópica				**Normal** **Anormal**
Legrado Endocervical				
Biopsia				
Tratamiento practicado:				
CRIOTERAPIA				
CONO				

Recomendaciones para seguimiento:
_____
_____
_____

Fecha de Contrarreferencia:_____
Nombre, Firma y Sello de Persona que Refiere:_____
Sello de Establecimiento / Institución:_____

Documento Derogado

ANEXO VII

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCION Y CONTROL DE CANCER CERVICO UTERINO
EL SALVADOR, C.A.
SOLICITUD Y REPORTE DE CITOLOGIA CERVICO VAGINAL

NIP _____

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

DUI _____

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRES

URBANO ☐ RURAL ☐ OTRO _____

DIRECCION

FECHA DE NACIMIENTO ___/___/___ EDAD ___ No.EXPEDIENTE _____ No.CITOLOGIA _____ FECHA TOMA MUESTRA ___/___/___

DATOS CLINICOS

G___P___P___A___V___ FUR ___/___/___ FUP ___/___/___

LACTANCIA SI☐ NO☐ ANTICONCEPTIVOS SI☐ NO☐ TIPO AOC☐ INY ☐ DIU ☐ OTRO☐

LEUCORREA SI☐ NO☐ SANGRADO SI☐ NO☐ CERVICITIS SI☐ NO☐

Tto.: CRIO ☐ LEEP ☐ CONO ☐ HISTERECTOMIA ☐ RADIACION ☐ HORMONAL ☐

FECHA ___/___/___

BIOPSIA SI☐ NO☐ FECHA ___/___/___

RESULTADO _____

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE TOMA PAP:

PAP PREVIO SI☐ NO☐

NUMERO _____ FECHA ___/___/___

RESULTADO _____

PAP 1ªVEZ ☐

PAP SUBSECUENTE VIGENTE ☐

PAP SUBSECUENTE ATRASADO ☐

CALIDAD DE LA MUESTRA

☐ SATISFACTORIA PARA EVALUACION
☐ INSATISFACTORIA PARA EVALUACION (ESPECIFICAR)
☐ PROCESADA ☐ NO PROCESADA POR:

☐ CELULARIDAD ADECUADA
☐ FIJACION O PRESERVACION INADECUADA
☐ MATERIAL EXTRAÑO

☐ INFLAMACION
☐ SANGRE
☐ CITOLISIS

☐ AUSENCIA COMPONENTE ZONA TRANSFORMACION
☐ LAMINA QUEBRADA
☐ FALTA DE INFORMACION CLINICA
☐ IDENTIFICACION INADECUADA

☐ NEGATIVA PARA LESION INTRAPITELIAL O MALIGNIDAD

ORGANISMOS

☐ TRICHOMONAS VAGINALIS
☐ MICROORGANISMOS MICOTICOS CONSISTENTES CON CANDIDA SP
☐ MICROORGANISMOS MICOTICOS CONSISTENTES CON TORULOPSIS SP
☐ CAMBIOS DE LA FLORA SUGESTIVOS DE VAGINOSIS BACTERIANA
☐ CAMBIOS CELULARES ASOCIADOS A HERPES SIMPLEX
☐ OTROS _____

CAMBIOS CELULARES REACTIVOS ASOCIADOS A

☐ RADIACION
☐ INFLAMACION
☐ DIU

OTROS

☐ ATROFIA
☐ CELULAS GLANDULARES POST HISTERECTOMIA
☐ CELULAS ENDOMETRIALES EN IGUAL O MAYOR A 40 AÑOS

ANORMALIDADES DE LA CELULA ESCAMOSA

CELULAS ESCAMOSAS ATIPICAS ☐ ASC - US ☐ ASC - H

☐ LEI DE BAJO GRADO
☐ LEI DE ALTO GRADO
☐ CON HALLAZGOS SOSPECHOSOS DE INVASION
☐ CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS

OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS

ANORMALIDADES DE LA CELULA GLANDULAR

CELULAS GLANDULARES ATIPICAS
☐ ENDOCERVICALES
☐ ENDOMETRIALES
☐ ORIGEN NO DETERMINADO
☐ ENDOCERVICALES FAVORECEN NEOPLASIA
☐ GLANDULARES FAVORECEN NEOPLASIA

☐ ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL IN SITU

ADENOCARCINOMA ☐ ENDOCERVICAL ☐ EXTRAUTERINO ☐ ENDOMETRIAL ☐ SIN ESPECIFICAR

OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS

OBSERVACIONES _____

FIRMA Y SELLO CITOTECNOLOGA FIRMA Y SELLO CONTROL DE CALIDAD SELLO LABORATORIO

FECHA RECEPCION ___/___/___ FECHA REPORTE ___/___/___

Documento Derogado

PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER CERVICO UTERINO EL SALVADOR, CA
UNIDAD DE PATOLOGIA CERVICAL

ANEXO VIII

HOJA DE INSCRIPCION DE COLPOSCOPIA

EVALUACION COLPOSCOPICA

APELLIDOS_____ ***NOMBRE***_____

EDAD_____ MENARQUIA_____FUR _____PARIDAD_____ FUP_____ EMBARAZO **NO** ▫ **SI** ▫ SEMANAS_____ _

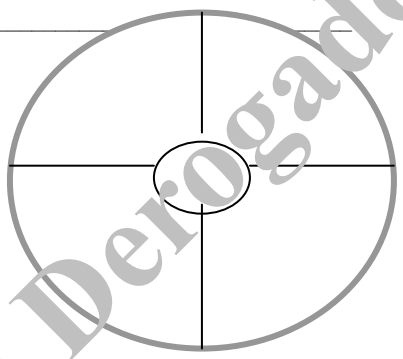
I. DE R. SEXUALES_____ No. DE COMP. SEXUALES_____ M. DE PF ACTUAL ***NO*** ▫ ***SI*** ▫ ESPECIFICAR_____

TABAQUISMO **SI** ▫ **NO** ▫

Estudio Previo de referencia Especifique_____

▪ **LEUCOPLASIA**	**DELGADA**	**GRUESA**
▪ **ASPERITES**	**POCOS**	**MUCHOS**
▪ **EPITELIO BLANCO**	**TENUE**	**DENSO**
▪ **PUNTEADO**	**FINO**	**GRUESO**
▪ **MOSAICO**	**FINO**	**GRUESO**
▪ **VASOS ANORMALES**	**PRESENTES**	**AUSENTES**

BIOPSIA ▫ **LEGRADO** ▫

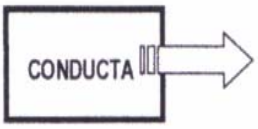


EPITELIO BLANCO
////
PUNTEADO
: :
MOSAICO
✣
E. ENDOCERVICAL
^

SATISFACTORIA SI ▫ NO ▫ especificar_____

BETHESDA	CIR	DIAGNOSTICO	COLP.	BX	LEC	CONO	HIST
ASCUS		**NEG**					
AGUS							
LEI DE BAJO GRADO		**CONDILOMA** VPH					
		DL					
LEI DE ALTO GRADO		**DM**					
		DS					
		C					
CA. CEL ESCAMOSAS		**MI**					
		INV					

OBSERVACIONES_____
_____



1 ▫ **NINGUNA** **2** ▫ **ATCA** **3** ▫ **ELECTRODIATERMIA** **4** ▫ **ELECTROCAUTERIZACION**

5 ▫ **CRIOTERAPIA** **6** ▫ **CONO LEEP** ▫ **QX** **7** ▫ **HISTERECTOMIA** **8** ▫ **TROS**_____

Próxima cita Colposcopía_____ **FIRMA** _____ **SELLO**

FECHA:_____/_ ____/____

Documento Derogado

ANEXO IX

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER CERVICO UTERINO.
EL SALVADOR, C.A
UNIDAD DE PATOLOGÍA CERVICAL
HOJA SUBSECUENTE DE COLPOSCOPIA

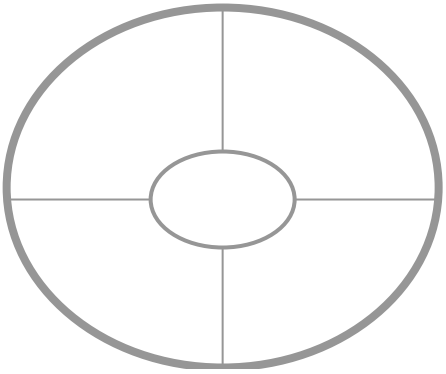
RESUMEN DE CASO. / FECHA

_____

_____

_____

_____



_____

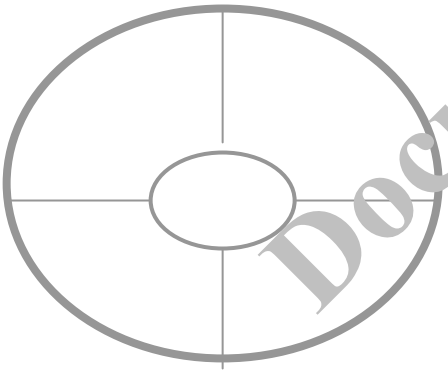
_____

_____

_____

Firma _____

Fecha _____



_____

_____

_____

_____

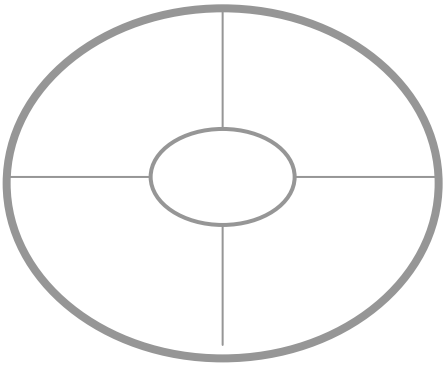
_____

_____

_____

Firma _____

Fecha _____



_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma _____

Fecha _____

Documento Derogado

ANEXO X

Características de las pruebas de tamizaje.

Características	Citología cervical	Pruebas de tamizaje más recientes		
		Prueba del ADN del VPH	Examen de inspección visual	
			Inspección visual con ácido acético* (IVAA)	Inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol (IVSL)
Sensibilidad y especificidad respecto a las lesiones de alto grado y los cánceres invasores	Sensibilidad=47-62%** Especificidad=60-95%** La citología se ha evaluado durante los últimos 50 años en una gama amplia de entornos tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.	Sensibilidad=66-100%** Especificidad=62-96%** La prueba de ADN del VPH se ha evaluado durante la ultima década en muchos ámbitos en los países desarrollados y en relativamente pocos entornos en los países en desarrollo.	Sensibilidad=67-79%** Especificidad=49-86%** La prueba de inspección visual con ácido acético se ha evaluado durante la ultima década en muchos ámbitos en los países en desarrollo.	Sensibilidad=78-98%** Especificidad=73-91%** La prueba de inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol ha sido evaluada por el CIIC durante los últimos 3 años en la India y en 3 países africanos. Debe evaluarse en otros ámbitos para confirmar que los resultados anteriores se pueden reproducir.
Número de visitas requeridas para el tamizaje y tratamiento	Dos o más visitas.	Dos o más visitas.	Puede usarse en una estrategia de visita única en entornos donde se disponga de tratamiento ambulatorio.	Puede usarse en una estrategia de visita única en entornos donde se disponga de tratamiento ambulatorio.
Tipo de proveedor	Médico, enfermera u otro proveedor de salud, competentemente formados para obtener y fijar la muestra. Técnico de laboratorio competentemente formado para procesar y evaluar la muestra.	Médico, enfermera u otro proveedor de salud, competentemente formados para obtener y fijar la muestra. Técnico de laboratorio competentemente formado para procesar y evaluar la muestra.	Médico, enfermera u otro proveedor de salud, competentemente formados para obtener y fijar la muestra.	Médico, enfermera u otro proveedor de salud, competentemente formados para obtener y fijar la muestra.

* También se refiere a la IVAA como inspección directa(IVD).
Fuente: Sankaranarayanan et al. en preparación. La ***sensibilidad* representa la proporción de personas identificadas correctamente como las que tienen la enfermedad. Sensibilidad más alta significa que la prueba no detectará a menos lesiones (serán menos casos de "negativos falsos"). La ***especificidad*** representa la proporción de personas identificadas correctamente como las que NO tienen la enfermedad. Especifidad más alta serán más "positivos falsos".

Documento Derogado

Características	Citología cervical	Pruebas de tamizaje más recientes		
		Prueba del ADN del VPH	Examen de inspección visual	
			Inspección visual con ácido acético* (IVAA)	Inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol (IVSL)
Puntos fuertes	Ampliamente aceptada y utilizada durante más de 50 años, con pruebas de que en programas de gran calidad se puede lograr una reducción de la incidencia de cáncer cervicouterino y de la mortalidad. En entornos con recursos suficientes, reúne la mayoría de los criterios para ser considerada una buena prueba de tamizaje. Registro permanente de la prueba en forma de portaobjetos. Gran especificidad.	La prueba detecta 13 tipos del VPH oncógenos (sin distinguir que tipo o tipos están presentes). Prueba objetiva. Identifica a las mujeres con lesiones precursoras y a las mujeres con el mayor riesgo de desarrollar en el futuro un cáncer cervicouterino. Un resultado negativo en la prueba casi confirma que no existe infección por el VPH ni lesiones relacionadas. No esta afectada por la presencia de infecciones cervicouterinas o vaginales. Especificidad alta en mujeres mayores de 35ª.	Procedimiento sencillo que precisa recursos mínimos. Resultados inmediatos, de manera que se puedan realizar tratamiento inmediato. Se necesitan equipos y suministros sencillos.	Procedimiento sencillo que precisa recursos mínimos. Resultados inmediatos, de manera que se puedan realizar tratamiento inmediato. Se necesitan equipos y suministros sencillos. Es más fácil detectar cambios de color producidos mediante la tinción de yodo que con el ácido acético.

Documento Derogado

Características	Citología cervical	Pruebas de tamizaje más recientes		
		Prueba del ADN del VPH	Examen de inspección visual	
			Inspección visual con ácido acético* (IVAA)	Inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol (IVSL)
Limitaciones	Prueba subjetiva porque el resultado depende de la interpretación del técnico. Se necesitan sistemas para velar por que los resultados de laboratorio sean devueltos al consultorio y que las mujeres con resultados anormales reciban tratamiento apropiado. Requisitos de infraestructura y costos significativos, incluidos técnicos de laboratorio formados. Posibilidad de rotular erróneamente las muestras y de que se produzcan daños o pérdida durante el transporte. Pueden ocurrir errores de obtención de muestras y de laboratorio. Requiere un sistema de garantía de la calidad de laboratorio.	Se necesiten sistemas para velar por que los resultados de laboratorio sean devueltos de laboratorio sean devueltos al consultorio y que las mujeres con resultado anormales reciban tratamiento apropiado. Requisitos de infraestructura y costos significativos, incluidos técnicos de laboratorio formados. Posibilidad de rotular erróneamente las muestras y de que se produzcan daños o pérdida durante el transporte. Solo moderadamente específico en mujeres menores de 35 años. Si se proporciona tratamiento basándose solo en los resultados de la prueba, muchas mujeres son tratadas innecesariamente porque presentan un resultado positivo, pero en realidad no tiene lesiones preinvasivas. Esto puede sobrecargar el centro asistencial donde se ofrece el tratamiento.	Prueba subjetiva porque el resultado depende de la interpretación del clínico de lo que se observa en el cuello uterino. No apropiada para someter a tamizaje a las mujeres posmenopáusicas. Las lesiones positivas en la IVAA no son únicas a las lesiones preinvasivas. Si se proporciona tratamiento basándose solo en los resultados de la prueba, muchas mujeres son tratadas innecesariamente porque presentan un resultado positivo, pero en realidad no tiene lesiones preinvasivas. Esto puede sobrecargar el centro asistencial donde se ofrece el tratamiento.	Prueba subjetiva porque el resultado depende de la interpretación del clínico de lo que se observa en el cuello uterino. Datos limitados sobre la validez de la IVSL como prueba de tamizaje primario. Se precisan evaluaciones adicionales. La tinción puede persistir de 30 a 45 minutos. Por consiguiente se retrasa la evaluación clínica adicional, si fuera necesaria. IVSL-positivo lesiones no son únicas al precáncer. No son apropiados para someter a tamizaje a las mujeres posmenopáusicas. Si se proporciona tratamiento basándose solo en los resultados de la prueba, muchas mujeres son tratadas innecesariamente porque presentan un resultado positivo, pero en realidad no tiene lesiones preinvasivas. Esto puede sobrecargar el centro asistencial donde se ofrece el tratamiento.

Documento Derogado

Documento Derogado