

**Norma Nacional, Reglas,
Protocolos y Procedimientos
para la Detección y Control
del Cáncer de Cuello Uterino**

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

**Norma Boliviana de Salud
NB - MSPS - 07 - 2001**

Bolivia. Ministerio de Salud y Previsión Social. Componente de Detección y Control del Cáncer de la Mujer. Unidad Nacional de Atención a las Personas.
"Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva".
La Paz, 2002
ix, 55 p.

NORMA NACIONAL, REGLAS / PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA DETECCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO / SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Segunda Edición Revisada

© 2002 MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL

Depósito Legal: N° 4-1-1236-01

La edición de este documento ha sido posible gracias al apoyo de la Cooperación Técnica Alemana en Bolivia – GTZ, Proyecto Salud Reproductiva Nacional (PN 95.2238.4-001).

La impresión de este documento ha sido posible gracias al apoyo de la Cooperación Técnica Alemana en Bolivia – GTZ, Proyecto Salud Reproductiva Nacional, Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA y de la Agencia Española de Cooperación Internacional - AECI.

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia, siendo autorizada su reproducción total o parcial a condición de citar la fuente y la propiedad.



MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL

AUTORIDADES NACIONALES

Dr. Javier Torres Goitia Caballero
Ministro de Salud y Previsión Social

Dr. Oscar Larraín Sánchez
Viceministro de Salud

Dr. Christian Fuentes Gutiérrez
Director General de Salud y Seguros Públicos

Dr. Carlos Romero Michel
Jefe de la Unidad Nacional de Atención a las Personas

Dr. Víctor Conde Altamirano
Coordinador Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Dr. Oscar Viscarra Zuna
Responsable del Componente de Detección y Control del Cáncer de la Mujer

ELABORACIÓN

Dr. Víctor Conde Altamirano

Coordinador Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
Unidad Nacional de Atención a las Personas - MSPS

Dr. Oscar Viscarra Zuna

Responsable Nacional del Componente de
Detección y Control del Cáncer de la Mujer

Dr. Víctor Cuba Oré

Asesor Principal
Proyecto Salud Reproductiva Nacional - GTZ

EDICIÓN

Cooperación Técnica Alemana en Bolivia – GTZ,
Proyecto Salud Reproductiva Nacional (PN 95.2238.4-001).

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Wilbbor Rodríguez Lazo

FOTOGRAFÍAS

Archivo PSRN - GTZ

COMITÉ REVISOR INTERINSTITUCIONAL

- *Dra. Ruth Calderón Sáinz* - Ex-responsable Nacional Componente de Detección y Control del Cáncer de la Mujer
- *Dra. Edith Claros Mercado* - Sociedad Boliviana de Citología
- *Dr. Willy Mollinedo Martínez* - Servicio de Oncología de la Caja Nacional de Salud
- *Dr. Oscar Viscarra Zuna* - PSRN/GTZ - Sociedad de Ginecología y Obstetricia
- *Dr. Roberto Guardia* - Sociedad Nacional de Patología
- *Dr. Rolando Peñaranda Rojas* - Sociedad Nacional de Cancerología
- *Dr. José Luis Romero* - SEDES La Paz
- *Dra. Gladys Pozo Veizaga* - Pathfinder / Bolivia
- *Dr. Edgar León Nogales* - Hospital Ginecoobstétrico «Jaime Sánchez Pórcel» de Sucre
- *Dr. Víctor Jiménez Álvarez* - Distrito V / SEDES La Paz
- *Lic. Bertha Medrano de Torres* - Distrito V / SEDES La Paz
- *Dra. Martha Barrientos Fernández.* - Distrito I / SEDES La Paz
- *Dr. Alberto De la Gálvez Murillo* - JHPIEGO / MNH

REVISIÓN FINAL

- *Sociedad Boliviana de Obstetricia y Ginecología. Filial La Paz*

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	9
RESOLUCIÓN MINISTERIAL	11
ABREVIATURAS	13
GLOSARIO	13
I. INTRODUCCIÓN	15
II. MARCO CONCEPTUAL	16
III. MARCO DE REFERENCIA	18
IV. NORMATIVA GENERAL	20
1. CARÁCTER DE LA NORMA	20
2. OBJETIVO GENERAL	20
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4. REGLAS	20
4.1 De los derechos de la población y de la obligatoriedad en la prestación de servicios	20
4.2 De las responsabilidades por niveles de gestión	20
4.3 De las responsabilidades por niveles de atención	21
4.4 Del sistema de referencia y contrarreferencia	21
4.5 De la población programática	21
4.6 De la población en riesgo	21
4.7 Del método o técnica principal de detección	21
4.8 De la frecuencia y periodicidad de las pruebas de detección	22
4.9 De la atención integral: detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento	22
4.10 De los sistemas de clasificación en la detección	22
4.11 De los sistemas de clasificación para el estadiaje y tratamiento	22
4.12 Del sistema de registro y notificación	22
4.13 De los indicadores programáticos	22
4.14 Del manejo de casos especiales	22
4.15 Del método de detección "Inspección Visual con Ácido Acético"	22
4.16 De los protocolos y procedimientos	22
5. FUNCIONES DEL PERSONAL DE SALUD	23
5.1 Gestión y gerencia	23
5.2 Logística de suministros	23
5.3 Atención integral	23
5.4 Información y comunicación social	23
5.5 Educación y capacitación	23
5.6 Apoyo a la participación comunitaria	23
5.7 Registro, análisis e investigación	24
V. PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS	25
1. PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN Y DESPISTAJE	25
1.1 Propósito	25
1.2 Métodos y técnicas	25
1.3 Clasificación recomendada	25
1.4 Confiabilidad de las lecturas realizadas en los laboratorios de citología	26
1.5 Resultado esperado	26
1.6 Población beneficiaria	27
1.7 Prestador/proveedor	27
1.8 Equipamiento mínimo	27
1.9 Orientación	27
1.10 Conducta a partir del reporte de laboratorio	27
1.11 Entrega de resultados a las usuarias	27
1.12 Registro	27
1.13 Notificación	27
1.14 Procedimientos	27

INDICE

2.	PROTOCOLO PARA LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA	31
2.1	Propósito	31
2.2	Métodos y técnicas	31
2.3	Clasificación recomendada	31
2.4	Usuaría	31
2.5	Resultado esperado	31
2.6	Prestador/proveedor	31
2.7	Capacidad resolutive mínima	31
2.8	Orientación	31
2.9	Conducta	31
2.10	Registro	31
2.11	Notificación	31
2.12	Procedimientos	32
3	PROTOCOLO PARA LA VALORACIÓN CLÍNICA Y EL ESTADIAJE	34
3.1	Propósito	34
3.2	Métodos y técnicas	34
3.3	Clasificación recomendada	34
3.4	Resultado esperado	34
3.5	Usuaría	34
3.6	Prestador/proveedor	34
3.7	Capacidad resolutive mínima	34
3.8	Conducta	34
3.9	Orientación	34
3.10	Registro	34
3.11	Notificación	34
3.12	Procedimientos	34
4.	PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO	37
4.1	Propósito	37
4.2	Métodos y técnicas	37
4.3	Resultado esperado	37
4.4	Usuaría	37
4.5	Prestador/proveedor	37
4.6	Niveles de resolución	37
4.7	Conducta	37
4.8	Orientación	39
4.9	Registro	39
4.10	Notificación	39
4.11	Procedimientos	39
5.	PROTOCOLO PARA EL SEGUIMIENTO	41
5.1.	Propósito	41
5.2.	Métodos y técnicas (estrategias)	41
5.3.	Usuaría	41
5.4.	Prestador/proveedor	41
5.5.	Capacidad resolutive mínima	41
5.6.	Conducta	41
5.7.	Registro	41
5.8.	Notificación	41
	BIBLIOGRAFÍA	43
	ANEXOS	45

PRESENTACIÓN

Bolivia tiene una de las tasas de cáncer de cuello uterino más altas del mundo y la más alta de América Latina. Aunque existe escasa información, podemos afirmar que el cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte de mujeres adultas en nuestro país; que cada día hay 8 nuevos casos y que diariamente mueren dos mujeres por esta causa. Todas las mujeres están en riesgo, pero más, aquellas que viven en condiciones de pobreza y marginalidad, porque además de tener menor acceso a los servicios, se suman factores de riesgo por sus propias condiciones de vida.

Pese a que se han incluido en el Seguro Básico de Salud, la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones premalignas de cuello uterino, la cobertura en la detección es muy baja, y los diferentes procedimientos que se realizan en los servicios han contribuido muy poco a disminuir la alta prevalencia de los casos de cáncer.

Por ello, en cumplimiento de la estrategia de fortalecimiento de la capacidad resolutive de los servicios de salud del Plan Decenal de Control del Cáncer de Cuello Uterino, que impulsa el Gobierno Nacional, se ha elaborado la presente Norma; con el objeto de estandarizar la actuación del personal de salud en la prevención, detección y tratamiento de las lesiones cancerosas de cuello uterino.

La Norma ha sido elaborada, en su primera edición entre los años 1998 y 2000, y en ella han participado numerosos profesionales especializados y con amplia experiencia en los procedimientos de detección, diagnóstico y tratamiento. La segunda edición revisada, contiene algunos elementos de actualización técnica y fundamentalmente, componentes de apertura programática para mejorar los procesos de detección, en busca de lograr coberturas efectivas que permitan la reducción en la prevalencia del cáncer de cuello uterino.

Esta segunda edición, ha sido revisada por organizaciones que forman parte de la Alianza de Lucha contra el Cáncer de Cuello Uterino, organismos de cooperación internacional, además del Colegio Médico y de Sociedades Científicas afines con la temática.

Esperamos que su utilidad se refleje en el aumento de coberturas y en el mejoramiento de la calidad de la atención de los servicios, hacia las mujeres bolivianas que demanden el cuidado de uno de sus derechos fundamentales en salud, como es la prevención del cáncer de cuello uterino.

Dr. Javier Torres Goitia Caballero
MINISTRO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL



RESOLUCION MINISTERIAL

0448

VISTOS Y CONSIDERANDO: 14 SET. 2001

Que en el marco constitucional se determina como obligación del Estado la defensa del capital humano protegiendo la salud de la población; por lo que el Código de Salud de la República en concordancia con la Ley No. 1788 "Organización del Poder Ejecutivo", asignan al Ministerio de Salud y Previsión Social la facultad normativa para la prevención, control y vigilancia de las enfermedades; Así como realizar y promover el desarrollo de programas preventivos y de tratamiento de enfermedades en el contexto de sus atribuciones y del Plan Estratégico de Salud (PES) que define en su Modelo de Atención la prestación integral de servicios a la mujer y salud sexual y reproductiva.

Que el Seguro Básico de Salud desarrolla un paquete de prestaciones en el que incluye la detección y tratamiento precoz del cáncer en el cuello uterino como pilar en las prestaciones a mujeres comprendidas entre los 25 a 49 años de edad.

Que en razón a lo expuesto, la Unidad de Atención a las Personas del Ministerio de Salud y Previsión Social, ha elaborado la Norma, Protocolos y Procedimientos para la Detección y Control del Cáncer de Cuello Uterino, para su aplicación en la red de servicios del Sistema Nacional de Salud; por lo que solicita su aprobación y aplicación inmediata; a fin de uniformar el desempeño del equipo de salud para mejorar la calidad de atención e iniciar actividades de auditoría médica.

POR TANTO;


En razón a lo expuesto y en base al Informe Legal No. DGAJ/652/01;

SE RESUELVE:

Aprobar y poner en vigencia la "NORMA BOLIVIANA DE SALUD, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA DETECCION Y EL CONTROL DE CANCER DE CUELLO UTERINO, NB-MSPS-07-2001".

Quedan derogadas todas las disposiciones contrarias a la presente resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.


Dra. Wendi Córdova B.
VICEMINISTRO DE SALUD
Mta. de Salud y Previsión Social

JMCA/gg


Dr. Enrique Paz Argandoña
MINISTRO DE SALUD
Y PREVISION SOCIAL


Sr. José M. Coballero Leigue
"DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS"
M. DE SALUD Y PREVISION SOCIAL

ABREVIATURAS

ASCUS:	Atipia de células escamosas de significado indeterminado
CEASS:	Central de abastecimiento y suministros
CIS:	Carcinoma «in situ»
DNA:	Ácido desoxirribonucleico
ENDSA:	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
FDA:	Federación de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos
IEC:	Información, educación y comunicación
ITS:	Infección de transmisión sexual
IVAA:	Inspección visual con ácido acético (del cuello uterino)
LIE:	Lesión intraepitelial escamosa
LIEA:	Lesión intraepitelial escamosa de alto grado
LIEB:	Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado
MSPS:	Ministerio de Salud y Previsión Social
NIC I-II-III:	Neoplasia intraepitelial cervical, que de acuerdo al compromiso del epitelio cervical, puede ser clasificada como I, II o III
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PAP:	Papanicolaou
RM:	Resolución Ministerial
SEDES:	Servicio Departamental de Salud
SAL:	Sistema de Administración Logística
SNIS:	Sistema Nacional de Información en Salud
SSR:	Salud Sexual y Reproductiva
UNAP:	Unidad Nacional de Atención a las Personas
VPH:	Virus del papiloma humano

GLOSARIO

Atención integral: conjunto de actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud, ofrecidas de una sola vez o de forma secuencial y periódica, tanto en el ámbito de los establecimientos de salud que conforman una red de servicios como en el de la familia o colectividad.

Barreras a los servicios: leyes o políticas nacionales o gubernamentales, prácticas o procedimientos profesionales, requisitos administrativos u otros reglamentos oficiales y no oficiales que impiden que la gente reciba los servicios o por factores debidos a su edad, género, estado conyugal, paridad, situación financiera, lugar de residencia, etc.

Calidad de los servicios: se refiere a un número de factores interrelacionados que incluyen el trato a los(as) usuarios(as), el alcance de los servicios en la atención integral y la oferta racional de orientación y servicios en el Componente de Detección y Control del Cáncer de la Mujer, incluida la prueba de Papanicolaou.

Cirugía ambulatoria: procedimiento quirúrgico que no amerita hospitalización.

Componente: área específica de atención que define la estructura de servicios de un programa. Ejemplo: detección del cáncer de cuello uterino.

Consentimiento informado: se refiere al acto por el cual se acuerda recibir atención médica o tratamiento, después de un proceso de elección informada.

Ectopia: sufijo que significa «fuera de su lugar».

Edad fértil o reproductiva: etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.

Especificidad del PAP: se refiere a la capacidad de la prueba para identificar individuos sanos en la población estudiada y expresarse como proporción (porcentaje) de gente sana que cuando se somete a estudio tiene resultados negativos.

Factor de riesgo: característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociada con un aumento en la probabilidad de ocurrencia de un daño.

Infección de transmisión sexual: enfermedad adquirida mediante el coito, intercambio de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales.

Koilocito: célula intermedia-superficial con gran halo claro perinuclear citoplasmático y núcleos hiper cromáticos agrandados.

Lesión escamosa de bajo grado: clasificación según el sistema BETHESDA, de las displasias del cuello uterino, que incluyen las displasias leves y las lesiones debidas al virus del papiloma humano.

Lesión escamosa de alto grado: incluye las displasias moderadas y severas. Conforme se produce la transformación de carcinoma “in situ” a microinvasor y francamente invasor, el cuadro citológico va haciéndose cada vez más abigarrado, con mayores atipias y un fondo de aspecto necrótico.

Metaplasia: es la sustitución del epitelio glandular endocervical por otro de tipo escamoso en respuesta a diversos estímulos (pH, endocrinos, trauma, inflamación, etc.).

Norma: documento, establecido por consenso y aprobado por un organismo reconocido, que provee, para uso común o repetido, reglas, lineamientos o características para actividades o sus resultados, garantizando un óptimo grado de orden en un contexto dado.

Programa: agregación organizada de servicios, actividades, técnicas, instrumentos y proyectos dirigidos al logro de objetivos definidos. Ejemplo: Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Prueba de Papanicolaou (PAP): es un método mediante el cual se realiza la detección de células neoplásicas malignas. En el caso del cuello uterino, consiste en extraer una muestra de células, de la unión escamo-columnar, y examinarla en el laboratorio para determinar la presencia de células anormales. El procedimiento también se llama citología exfoliativa o cervical.

Reglas: Directrices que regulan el accionar de las personas de los diferentes niveles de gestión y operativos (oferta) así como de la población objetivo (demanda). Asigna funciones y responsabilidades de acción. Define las características de la población objetivo.

Seguridad: estado en el cual el riesgo de daños a personas o daños materiales está limitado a un nivel aceptable.

Sensibilidad del PAP: se refiere a la capacidad de detectar mujeres con neoplasia cérvico-uterina (en quienes se realiza la prueba del Papanicolaou) y se expresa como la proporción (porcentaje) de mujeres con neoplasia cérvico-uterina que tiene un frotis de Papanicolaou “positivo”.

Técnica: sistema, pericia, conjunto de procedimientos de que se sirve una ciencia o arte. Habilidad para usar esos procedimientos.

Zona de transformación: es la zona de metaplasia entre el epitelio original escamoso y el endocervical, sitio donde se origina la mayoría de los carcinomas escamosos. Hay que tener en cuenta que la localización de la zona de transformación cambia gradualmente según la edad, avanzando cada vez más hacia endocervix. Durante la edad reproductiva esta zona es distal al orificio cervical, por lo que es fácil obtener muestra. En la perimenopausia, en cambio, se retrae hacia el canal endocervical, siendo difícil obtener material representativo. La metaplasia, es tan común, que se considera un proceso fisiológico normal.

I. INTRODUCCIÓN

El cuello uterino es una frontera de epitelios, uno plano (poliestratificado) y otro cilíndrico, que cambian a lo largo de la vida: con el desarrollo, con el ciclo menstrual, con el embarazo, con el parto y con el posparto. Además, es una zona donde aun llegan gérmenes del exterior y está sujeta a noxas e inflamación.

Y por si esto fuera poco, el papiloma virus, que junto a otros factores, es capaz de desencadenar una importante patología, el cáncer de cuello uterino.

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad asociada a muchos factores etiológicos, pero quizá los más importantes son el virus del papiloma humano (VPH) y la acumulación de múltiples defectos del sistema inmune en el sitio del tumor.

Bolivia tiene una de las tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino más altas del mundo y la más alta de América Latina.

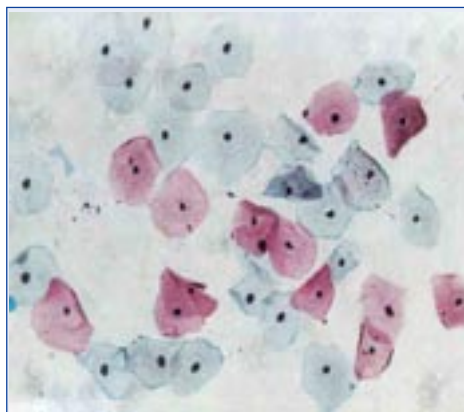
El cáncer de cuello uterino es una de las causas principales de muerte de mujeres en el país. Cada día se presentan 8 casos nuevos. Su incidencia es mayor en mujeres pobres en edad productiva, afectando la calidad de vida de sus familias y frenando el desarrollo social de nuestro país.

Dada la magnitud que tiene la alta incidencia del cáncer de cuello uterino en la salud de las mujeres, su familia y la comunidad, su atención sea constituido en una prioridad de las políticas de salud.

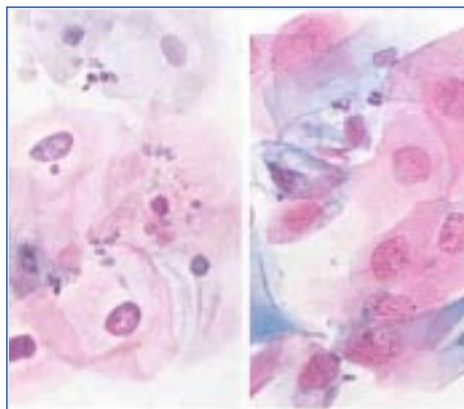
Es indudable que la detección, el diagnóstico y la erradicación de las lesiones precursoras previenen el desarrollo del cáncer invasor de cuello uterino, por lo que es necesaria la realización de pruebas de Papanicolaou en servicio, en forma sostenible, con coberturas por encima del 80% para detectar y tratar el padecimiento en etapas iniciales. Esto generaría un importante impacto en la morbimortalidad de la mujer.

El diagnóstico está ya clásicamente establecido hace muchos años y se basa en la citología, colposcopia, biopsia e histología.

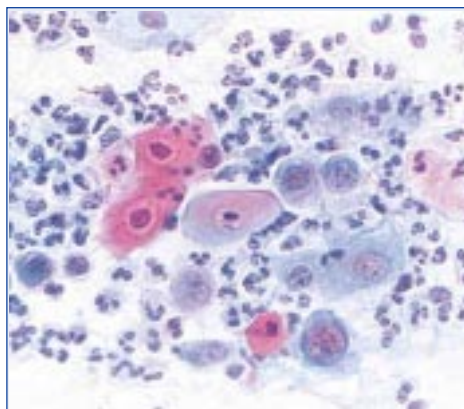
Corresponde a este documento normalizar la aplicación de actividades, procesos, protocolos y procedimientos en la red de servicios, con el fin de estandarizar el proceso de detección y control del cáncer de cuello uterino, con calidad y oportunidad.



Distintas células cervicales de aspecto normal (Un gran número de células son de tipo intermedio y superficial grande; la mayor parte son eosinófilos)



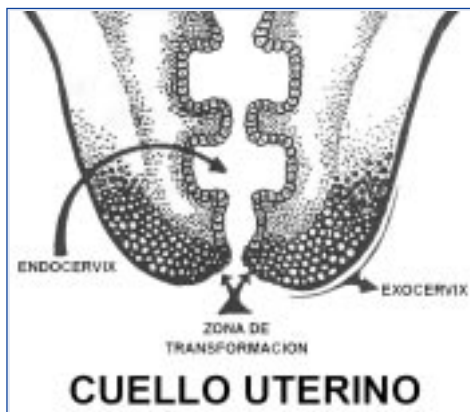
Displasia leve. Algunas células de las capas superiores del epitelio escamoso son núcleos voluminosos, si bien existe sólo una discreta desviación de la relación núcleo-citoplasma.



Displasia severa. Células de tipo parabasal son núcleos aumentados de tamaño y notable desviación de la relación núcleo-citoplasma. La cromatina nuclear es muy laxa y se encuentra distribuida de forma irregular.

II. MARCO CONCEPTUAL

El cáncer de cuello uterino se inicia con la multiplicación anárquica de células con tendencia invasora. Su etiología aún no ha sido claramente establecida, aunque hay evidencias de que la acción del Virus del Papiloma Humano tiene un importante rol etiológico, a través de algunas cepas o tipos cancerígenos (16, 18, 31 y 45). Las alteraciones, en un alto porcentaje, se desarrollan a nivel de la unión escamo-columnar o zona de transformación (Ver figura 1).



En la historia natural del cáncer del cuello uterino, éste pasa por alteraciones que van desde la Lesión intraepitelial (LIE) hasta el cáncer invasor, en un período que dura entre 10 y 20 años. De ahí que la prevención secundaria, a través de la citología cervical, comúnmente conocida como "PAP", cobra un importante rol, sobre todo por su sensibilidad y especificidad.

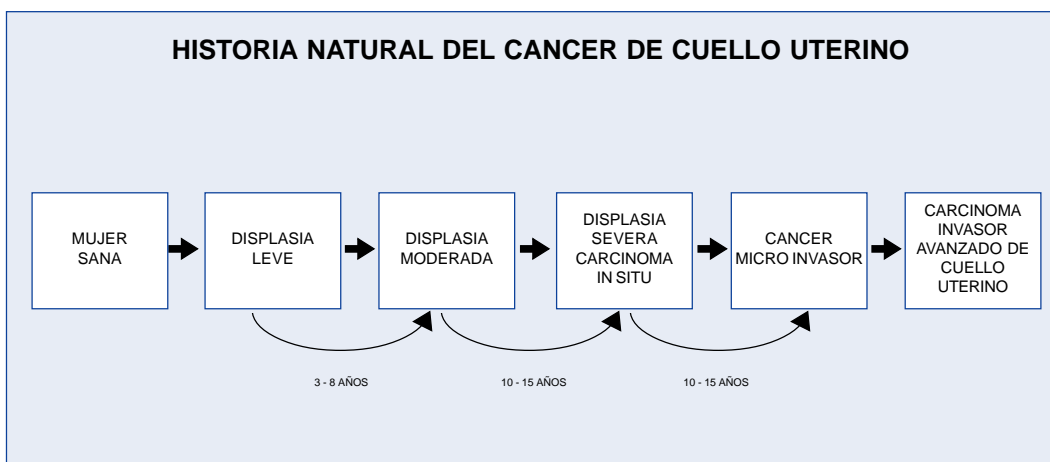
La "sensibilidad" de la citología cervical se refiere a la capacidad de detectar mujeres con neoplasia cérvico-uterina en el procedimiento de detección y se expresa como proporción (porcentaje) de mujeres con neoplasia cérvico-uterina que tienen un frotis de Papanicolaou "positivo".

La sensibilidad del PAP es (de acuerdo a diferentes estudios) de 80 - 87%, lo que sugiere que 13 - 20% de las mujeres objeto de estudio con citología cervical y frotis interpretados como negativos, de hecho, tienen alteraciones celulares.

La "especificidad" de la citología cervical se refiere a la capacidad de la prueba para identificar individuos sanos en la población estudiada y expresarse como proporción (porcentaje) de gente sana que cuando se somete a estudio tiene resultados negativos.

La especificidad de la citología cervical es de casi 99.8%, lo que sugiere que menos del 0.2% de las veces, la prueba da un informe "falso positivo". Son causa de informes falsos positivos de frotis cervicales el error de interpretación en presencia de cervicitis severa, reparación, radiación o quimioterapia, así como interpretación de la metaplasia como LIE o carcinoma, embarazo o el uso de algunos medicamentos.

La excelente especificidad es el argumento que apoya al Papanicolaou como método ideal de rastreo o detección.



Sucesión típica de los fenómenos en la historia natural del carcinoma de cuello uterino.

FUENTE: La detección citológica en la lucha contra el cáncer cérvico uterino: directivas técnicas. OMS, Ginebra, 1988

Debe tenerse en cuenta que en un 60 a 70% las lesiones de bajo grado regresan a su estado normal sin tratamiento alguno, en especial en mujeres menores de 30 años. Por otro lado, debe mencionarse que, en mujeres posmenopáusicas, el Papanicolaou tiene una sensibilidad menor que en mujeres en edad fértil, debido a los cambios hormonales que se producen en el tejido y anatomía del cuello uterino.

Dadas las características epidemiológicas del cáncer de cuello uterino y la escasa cobertura en la detección y tamizaje, como primera fase, se realizará la prueba citológica de detección a todas las mujeres desde el inicio de sus relaciones sexuales con especial énfasis en aquellas que nunca se han realizado una prueba o las que presentan factores de riesgo. En una segunda fase se considerarán criterios de costo/beneficio para restringir la población programática. (Ver cuadro No. 1)

CUADRO No. 1

Entre los factores de riesgo más importantes están:
<ul style="list-style-type: none"> ❑ Edad temprana de inicio de relaciones sexuales, ❑ Múltiples parejas sexuales (femeninas o masculinas), ❑ Infecciones ginecológicas a repetición especialmente de tipo viral, ❑ Nivel socio económico bajo, ❑ Multiparidad, ❑ Tabaquismo, ❑ Malnutrición, ❑ Estados de inmuno-depresión, y ❑ Mujeres que nunca se han realizado una citología.

El antecedente de no haberse realizado nunca una prueba citológica, o los factores de riesgo mencionados, son los que deben orientar en la focalización del programa de prevención.

Un elemento importante a tomar en cuenta es el espaciamiento de las citologías. De acuerdo con investigaciones realizadas por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC), la reducción de mortalidad es muy similar con una citología anual, como cada tres años. (Ver cuadro No. 2)

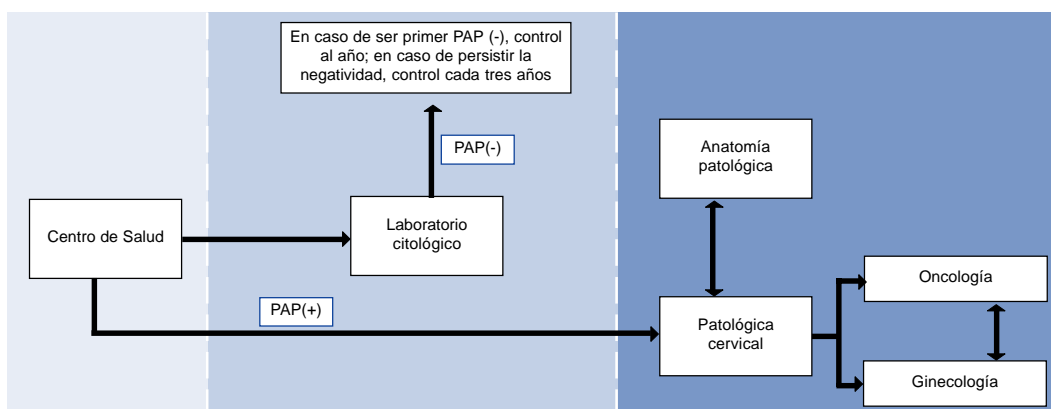
CUADRO No. 2

Disminución potencial de la tasa acumulativa de cáncer cervical de acuerdo a la frecuencia de las pruebas de detección	
Frecuencia de la prueba de detección	Disminución potencial de la tasa acumulativa
1 año	93%
2 años	93%
3 años	91%
5 años	84%
10 años	64%

Detección de todas las mujeres entre 35 y 64 años a las que previamente se las haya sometido al menos a un examen de detección con un resultado negativo. Adaptado de IARC, 1986.

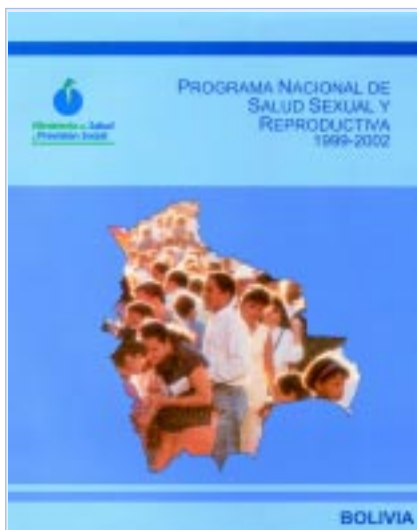
La salud y el bienestar de las personas constituyen elementos centrales en la calidad de vida a la que la sociedad moderna aspira. Representan la mejor de las inversiones productivas y constituyen uno de los derechos fundamentales reconocidos por nuestra Carta Magna y por la Carta de los Derechos Humanos. Ambas condiciones necesitan de la responsabilidad compartida entre las personas, la familia, la comunidad, la sociedad y el Estado. ■

FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES



III. MARCO DE REFERENCIA

El Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 1999 - 2002, que fuera oficialmente aprobado mediante Resolución Ministerial N° 0134 del 31 de marzo de 1999, recoge los acuerdos y compromisos asumidos en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. En el marco de este documento se desarrolla el Componente de Detección y Control del Cáncer de la Mujer, que busca mejorar el grado de información y educación de la población, en especial de las mujeres, para promover la detección precoz y el tratamiento oportuno de las lesiones premalignas y el cáncer.

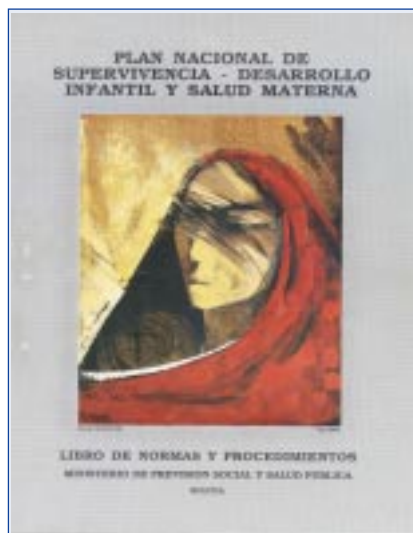


El cáncer del cuello uterino ocupa el primer lugar entre todos los tipos de cáncer que afectan a la mujer boliviana; el segundo lugar está ocupado por el cáncer de mama.

Los datos del Registro de Cáncer de La Paz y El Alto, muestran tasas de incidencia de morbilidad por cáncer de cuello uterino de 151.4/100.000 mujeres comprendidas entre los 35 y 64 años de edad. Estos datos fueron publicados para el quinquenio 1988 - 1992, aunque un informe del quinquenio 1978 - 1982 mostraba tasas de incidencia similares (154 por 100.000 mujeres del mismo grupo etáreo).

En el año 1984 se iniciaron las actividades de detección temprana del cáncer de cuello uterino en el país. En aquel entonces, el programa se inició en áreas urbanas extendiéndose posteriormente a áreas rurales, con excepción de Cobija. Si bien en

aquel entonces se contó con normas y procedimientos para regular toda la actividad de prevención, tanto el conocimiento como su aplicación fueron siempre muy limitados a nivel operativo; la imprecisión del denominador poblacional, al realizarse las pruebas, no permitió establecer coberturas.



En 1992, en el contexto de las *Normas Nacionales para la Atención al Niño, al Escolar, al Adolescente y a la Mujer*, se formularon importantes orientaciones normativas relacionadas con la detección y control del cáncer de cuello uterino y mamario. En 1996, dentro del esfuerzo normativo de la Norma Boliviana de Salud NB-SNS-01-96, se instruyó el procedimiento para la «recolección de citología cérvico-uterina (PAP)».



Recientemente, el Seguro Básico de Salud, que fuera creado por Decreto Supremo No.

25265 del 31 de diciembre de 1998, ha incorporado la detección y tratamiento del cáncer de cuello uterino como parte de las prestaciones para la población. Este hecho permitirá mejorar la detección y tratamiento de lesiones precancerosas o cáncer "in situ". Con el paso del tiempo las nuevas cohortes de mujeres en riesgo disminuirán, lo que favorecerá la reducción en la incidencia de la enfermedad. ■



IV. NORMATIVA GENERAL

1. CARÁCTER DE LA NORMA

El presente documento constituye un cuerpo normativo de aplicación obligatoria en el Sistema Nacional de Salud para las actividades de detección y tratamiento del cáncer de cuello uterino.

Este documento normativo contiene un conjunto de reglas, lineamientos y características destinadas a uniformar el desempeño del equipo de salud para mejorar la calidad de atención y hacer comparables los resultados, a establecer bases técnicas y legales de respaldo, tanto para el desempeño del equipo de salud, como para garantizar a las personas una atención segura y de calidad, a asignar responsabilidades por niveles de atención, e identificar los parámetros para dar inicio a las actividades de auditoría médica y formulación de políticas.

2. OBJETIVO GENERAL

Contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer de cuello uterino, a través de la detección precoz y el tratamiento de lesiones premalignas y cáncer en mujeres bolivianas.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.1 Fortalecer la capacidad de respuesta y garantizar los estándares de calidad de la red de servicios mejorando la capacidad técnica del recurso humano e implementando equipamiento suficiente para realizar la detección, diagnóstico y tratamiento.
- 3.2 Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica activa del cáncer de cuello uterino, disminuyendo el tiempo de latencia entre la toma y entrega de resultados de citología y realizando la búsqueda activa de casos positivos.
- 3.3 Disminuir las oportunidades perdidas para la detección de cáncer informando y ofertando servicios de detección a toda mujer que asiste a cualquier servicio de salud.
- 3.4 Informar y promover en la población el ejercicio de sus derechos de salud y derechos sexuales reproductivos, especialmente los referidos a la detección del cán-

cer del cuello uterino y el tratamiento de las lesiones preneoplásicas, en el marco del Seguro Básico de Salud.

4. REGLAS

4.1 De los derechos de la población y de la obligatoriedad en la prestación de servicios

Las mujeres de Bolivia tienen el derecho a prestaciones de salud que permitan la detección precoz del cáncer de cuello uterino.

El Sistema Nacional de Salud tiene la obligación de asegurar la aplicación de la presente Norma y garantizar la prestación de servicios de calidad para la detección y control de esta patología, a través del Seguro Básico de Salud.

4.2 De las responsabilidades por niveles de gestión

El Ministerio de Salud y Previsión Social, en el marco de la descentralización, define los siguientes niveles de gestión responsables de efectivizar los derechos de las usuarias en relación con la detección y control del cáncer de cuello uterino:

- La Unidad Nacional de Atención a las Personas, a través del Componente de Detección y Control del Cáncer de la Mujer, responsable de:
 - La aplicación de la política y norma a nivel nacional.
 - La programación nacional.
 - El apoyo técnico a demandas de los Servicios Departamentales de Salud.
 - La supervisión en la utilización y cumplimiento de la Norma.
 - La sistematización de la información nacional.
 - La investigación.
- Los Servicios Departamentales de Salud, a través de los Responsables Regionales de SSR, responsables de:
 - La programación departamental.
 - La existencia y funcionamiento de los recursos humanos especializados.
 - La logística de insumos para el Componente.

- La adecuación de la red departamental para asegurar el flujo de actividades.
 - La agilización del reporte radial de los casos de citología positivos a los establecimientos de salud.
 - El funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia
 - La sistematización de la información.
 - El control de calidad de los procesos, en aplicación de la política y norma.
- Las Redes de Servicios y los DILOS, responsables de:
- La programación local.
 - La operacionalización de los planes de detección y control a través de la red de establecimientos de salud.
 - La agilización del reporte radial de los casos de citología positivos a los establecimientos de salud.

4.3 De las responsabilidades por niveles de atención

En el sector salud, en correspondencia con su nivel de complejidad y capacidad resolutoria, asumen responsabilidades en la atención a la población programática:

- El primer nivel, a través de la red de establecimientos de salud (puestos, centros y hospitales), responsable de:
- La toma de muestras.
 - Referencia de casos sospechosos.
 - Seguimiento y atención a usuarias tratadas (contrarreferidas).
 - La búsqueda activa de casos positivos
- El segundo nivel, a través de los hospitales de segundo nivel o que albergan Centros de patología cervical, responsable de:
- Colposcopia (pacientes referidas).
 - Biopsia (en caso necesario).
 - El tratamiento de casos no complicados (LIE).
- El tercer nivel, a través de los hospitales especializados y laboratorios de citopatología, responsable de:
- La lectura citológica de las muestras
 - La confirmación diagnóstica de casos sospechosos.

- El control de calidad del segundo nivel
- El estadiaje clínico-quirúrgico de casos confirmados.
- El tratamiento especializado en servicios de ginecología (hasta el cáncer «in situ») y en servicios de oncología (en caso de lesiones mayores).

4.4 Del sistema de referencia y contrarreferencia

La detección y control del cáncer de cuello uterino será posible mediante un eficaz sistema de referencia y contrarreferencia al interior de los diferentes departamentos del país.

Éste tendrá en consideración lo siguiente:

- Para la lectura de las muestras:

La red de establecimientos del primer nivel refiere las muestras a los laboratorios de citología de referencia. Éstos envían los informes o resultados citológicos al primer nivel.

- Para la confirmación diagnóstica y tratamiento:

La red de establecimientos de primer nivel refiere a las usuarias con resultado sospechoso a los servicios de ginecología y patología cervical en los hospitales de segundo o tercer nivel (ginecología u oncología). Una vez que el diagnóstico sea confirmado, se realizará el tratamiento o estadiaje clínico (lo que corresponda). Una vez tratada la usuaria será contrarreferida al servicio de salud de origen, para seguimiento.

- Para el seguimiento de las usuarias:

El primer nivel de atención realizará el control de usuarias tratadas o en control, siguiendo las recomendaciones del servicio de salud que realizó el tratamiento.

Inmediatamente se conoce sobre un caso positivo, el laboratorio de citología informará al establecimiento y al responsable del programa de salud sexual y reproductiva del SEDES por radio para iniciar la búsqueda activa. El informe escrito seguirá el curso regular.

4.5 De la población programática

Dadas las escasas coberturas y el lento avance realizado para disminuir la alta incidencia del cáncer de cuello uterino, en la primera fase se considerará como población objetivo a todas las mujeres, con especial énfasis a quienes tengan otros factores de riesgo.

4.6 De la población con mayor riesgo

Constituyen población con mayor riesgo, las usuarias con los siguientes antecedentes:

- Inicio de relaciones sexuales a edad temprana.
- Múltiples parejas sexuales (de la mujer o de su pareja).
- Infecciones ginecológicas a repetición, especialmente de tipo viral.
- Nivel socio-económico bajo.
- Multiparidad.
- Tabaquismo.
- Malnutrición.
- Estados de inmunodepresión.

4.7 Del método o técnica principal de detección

La principal prueba de detección del cáncer de cuello uterino será la Prueba del Papanicolaou.

4.8 De la frecuencia y periodicidad de las pruebas de detección

En usuarias con citología normal (dos citologías negativas anuales), la periodicidad de la prueba de detección será cada tres años.

4.9 De la reducción de oportunidades perdidas

El personal de salud deberá preguntar, informar y realizar la prueba de PAP a toda mujer que consulta en los servicios de cualquier nivel de atención, ya sea por causa ginecológica, obstétrica o cualquier otra.

4.10 De la atención integral: detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento

Se debe enfatizar la búsqueda de mujeres que nunca antes se realizaron una citología.

4.11 De los sistemas de clasificación en la detección

El laboratorio de citología deberá estructurar el Informe Citológico de las muestras de Papanicolaou, de acuerdo a los siguientes parámetros principales de la Clasificación de Bethesda:

- Calidad de la muestra o frotis (satisfactorio, subóptimo, insatisfactorio).
- Presencia de infección/inflamación.
- Anormalidades de las células epiteliales: lesiones de bajo grado (condiloma y NIC I); lesiones de alto grado (NIC II, III y CIS)
- Diagnóstico de cáncer.
- Miscelánea.

4.12 De la calidad del citodiagnóstico

Todas las citologías informadas como positivas deben ser revisadas por el citopatólogo. Diariamente debe realizarse una relectura del 5% de citopatologías negativas tomadas al azar.

4.13 De los sistemas de clasificación para el estadiaje y tratamiento

En el manejo de los casos con confirmación diagnóstica se utilizará la Clasificación UICC/FIGO/TNM para el estadiaje clínico quirúrgico, previo al tratamiento.

4.14 Del sistema de registro y notificación (ver los anexos 3,4,5 y 6)

- Del sistema de registro nacional

Bajo la coordinación del Componente, se desarrollará un sistema de información que recolecte información relevante sobre la aplicación de la presente Norma a nivel nacional, complementando la información obtenida a través del SNIS.

- Del sistema de registro departamental

Los responsables regionales de SSR de los SEDES llevarán un registro consolidado de los Informes de Resultados de Papanicolaou procesados por los laboratorios de citología y registrarán los casos diagnosticados de los diferentes servicios especializados, en el ámbito de su competencia (cruzando información con aquella reportada por el SNIS).

- Del sistema de registro distrital

Los equipos de gestión de los Distritos de Salud consolidarán la información de las citologías positivas y los casos diagnosticados de las respectivas áreas y sectores.

4.15 De las líneas programáticas

- Detección.
- Diagnóstico.
- Tratamiento.
- Seguimiento.
- Impacto.

4.16 Del manejo de casos especiales

En los servicios especializados en los que se realice el diagnóstico y manejo, se pondrá especial atención a casos de usuarias embarazadas, usuarias sin paridad satisfecha y usuarias perimenopáusicas.

4.17 Del método de detección “Inspección Visual con Ácido Acético”

El método de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) podrá ser aplicado bajo condiciones de investigaciones operativas, complementario al desarrollo del programa regular mediante la Prueba del Papanicolaou.

Se realizará como prueba de detección por personal de salud capacitado, en servicios con bajas condiciones de accesibilidad a laboratorios de citodiagnóstico, previa autorización de los Niveles Nacional Departamental.

4.18 De los protocolos y procedimientos

Los protocolos de la presente Norma tendrán la siguiente estructura:

- Propósito.
- Métodos y técnicas.
- Clasificación.
- Resultado esperado.
- Paciente/usuario.
- Prestador/proveedor.
- Capacidad resolutive mínima.
- Orientación.
- Registro.
- Notificación.
- Procedimientos.

5. FUNCIONES DEL PERSONAL DE SALUD

Las funciones del personal de salud se precisarán en correspondencia con el nivel profesional y cargo: gestión y gerencia, logística de suministros, atención integral, información y comunicación social, educación y capacitación, apoyo a la participación, y registro, análisis e investigación.

5.1 Gestión y gerencia

- Identificar población programática.
- Establecer convenios con instituciones de otros sectores para asegurar la remisión, monitoreo y seguimiento de pacientes.
- Establecer convenios con establecimientos de mayor complejidad y capacidad resolutive para la referencia de casos cuyo daño así lo requiera.
- Programar la dotación de formularios de registro y material de IEC del Componente a la red de servicios.
- Programar el desarrollo de actividades preventivo-promocionales en correspondencia con las reglas y protocolos contenidos en el presente documento.
- Programar la capacitación y reciclaje del personal institucional para garantizar una atención de calidad.
- Programar actividades de comunicación social para optimizar la información, educación y comunicación.
- Supervisar, hacer seguimiento y evaluar el desarrollo de las actividades y el cumplimiento de la programación y de los planes, en el marco del Seguro Básico de Salud.

5.2 Logística de suministros

- Programar anualmente la dotación de insumos y reactivos para el Componente.
- Apoyar la programación y adquisición de insumos y reactivos para el Componente, en el marco del SBS.
- Organizar la recepción, almacenamiento, reempaque y procesamiento de pedidos (requisición/asignación).
- Organizar la distribución de reactivos e insumos del Componente dentro de la red de laboratorios y establecimientos de salud.
- Realizar seguimiento y mantenimiento garantizado de los stocks adecuados de insumos y reactivos del Componente.

5.3 Atención integral

- Desarrollar actividades preventivo-promocionales en correspondencia con las orientaciones del presente documento.
- Organizar y adecuar las instalaciones físicas, mobiliario y equipos para asegurar una atención de calidad.
- Organizar los establecimientos haciéndolos amigables para mejorar las coberturas de Papanicolaou en el grupo etéreo priorizado por el Componente.
- Organizar sistemas de referencia y contrarreferencia en función del nivel de complejidad y capacidad resolutive del establecimiento.
- Apoyar estrategias resolutivas para aquellos casos que no tuvieran la cobertura del SBS.

5.4 Información y comunicación social

- Seleccionar y organizar los contenidos para información y comunicación social, en correspondencia con las reglas y protocolos contenidos en el presente documento.
- Promover estrategias innovadoras de información, orientación y comunicación social.

5.5 Educación y capacitación

- Capacitar al personal de salud para una adecuada comprensión y manejo de las políticas y normas en relación con el Componente.
- Capacitar al personal de salud para la correcta aplicación de las reglas y protocolos de detección y control del cáncer de cuello uterino.
- Capacitar al recurso humano comunitario y municipal (responsables populares de salud, profesores, funcionarios municipales y comunales) en la promoción y sensibilización a la población sobre las medidas de detección temprana, y control del cáncer de cuello uterino.

5.6 Apoyo a la participación comunitaria

- Desarrollar iniciativas para promover la participación organizada de la comunidad para mejorar la información, promoción y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- Promover la participación de la población de mujeres, buscando mejorar la deman-

da de servicios de tamizaje del cáncer de cuello uterino.

5.7 Registro, análisis e investigación

- Asegurar la adecuada dotación y uso de formularios de registro y tarjetas de seguimiento de casos sospechosos y formularios del sistema de administración logística (SAL), para establecimientos de primer, segundo y tercer nivel.
- Asegurar el funcionamiento del sistema de información y administración logística, a través de registros (de existencia, consumo y movimiento) y los informes de (consumo, movimiento y reabastecimiento de insumos).
- Asegurar actividades de control de calidad del uso de los instrumentos de registro y seguimiento del Componente.
- Asegurar la dotación y la utilización adecuada de los formularios del SNIS y del Seguro Básico de Salud.
- Desarrollar investigaciones operativas para mejorar la oferta y atención en el Componente.
- Analizar regularmente la información sobre coberturas, producción y calidad en la prestación de servicios de tamizaje, diagnóstico, tratamiento (en pacientes) y procesamiento de muestras citológicas (laboratorios). ■

V. PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS

1. PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN Y DESPISTAJE

1.1 Propósito

Detectar lo más tempranamente posible la enfermedad, antes de la aparición de manifestaciones clínicas.

1.2 Métodos y técnicas

□ Técnica de Papanicolaou (PAP)

El test de Papanicolaou es una técnica de detección citológica que permite identificar lesiones precancerosas y cáncer de cuello uterino, mediante la recolección de células descamadas del epitelio cervical, para la realización de un estudio microscópico. La toma de muestra se realizará con una espátula de Ayre, escobilla o hisopo de algodón no reabsorbible, en la zona escamo-columnar del cervix.

□ Técnica de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

La IVAA consiste en la observación del cervix para detectar anomalías después de aplicar ácido acético al 5%. El ácido acético se utiliza para aumentar e

identificar epitelio anormal a través del cambio “acetoblanco” de una lesión preneoplásica o cancerosa.

Es una prueba no invasiva, fácil de realizar y económica. Puede ser realizada (previa capacitación) por los(as) trabajadores(as) de salud en todos los niveles de atención. Los resultados están disponibles inmediatamente. En un método apropiado para instalaciones de bajos recursos.

1.3 Clasificación recomendada

Se recomienda el Sistema Bethesda (con la revisión de 2001). Suplementariamente se utilizarán las otras nomenclaturas a fin de facilitar al médico tratante la decisión del manejo posterior.

El laboratorio de citopatología deberá estructurar el Informe Citológico de acuerdo a los siguientes parámetros principales:

- Calidad de la muestra o frotis (satisfactorio, subóptimo, insatisfactorio).
- Presencia de infección/inflamación.
- Anormalidades de las células epiteliales: lesiones de bajo grado (condiloma y NIC I); lesiones de alto grado (NIC II, III y CIS).
- Diagnóstico de cáncer.
- Miscelánea.

Para mayores detalles ver cuadros No. 3 y 4.

CUADRO No. 3 DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL “BETHESDA SYSTEM”

I. Informe de adecuación	II. Diagnóstico descriptivo
A. Satisfactorio. B. No satisfactorio.	A. Infección. B. Inflamación. C. Miscelánea.
III. Anomalías de células epiteliales	
A. Células escamosas <ol style="list-style-type: none"> 1. Células escamosas atípicas de significado incierto (ASCUS). 2. Lesión intraepitelial escamosa (LIE). <ul style="list-style-type: none"> - de bajo grado: NIC I, VPH. - de alto grado: NIC II-III. 3. Carcinoma escamoso celular. 	B. Células glandulares: endometriales o endocervicales <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentes/ausentes. 2. Atípicas. 3. Carcinoma (adenocarcinoma).

FUENTE: Fernández, E; Herraiz, M; Guadalix, F.: Diagnóstico precoz del carcinoma cervical uterino. En: «El útero, fisiología y patología», dirigida por J. Botella Llusia. Ediciones Diaz de Santos, SA. Madrid 1997; página 272

CUADRO No. 4
TERMINOLOGÍA DEL FROTIS DE PAPANICOLAOU
DIFERENTES CLASIFICACIONES

SISTEMA BETHESDA CLASIFICACIÓN (ACTUAL)	CLASIFICACIÓN DESCRIPTIVA (OMS)	NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)	CLASE PAP
Frotis inadecuado	-	-	-
Normal y variantes	Normal (negativo para células malignas)	-	Clase I
Cambios reactivos	Cambios reactivos	-	Clase II
Frotis atípico	Atipia	-	
Frotis sugerente de Lesión Intraepitelial de Bajo Grado	Displasia leve	NIC I	Clase III
Frotis sugerente de Lesión Intraepitelial de Alto Grado.	Displasia moderada	NIC II	
	Displasia severa	NIC III	Clase IV
Sospecha de carcinoma in situ			
Frotis sugerente de Carcinoma invasor	Frotis sugerente de Carcinoma invasor	-	Clase V

FUENTE: Elaboración propia

1.4 Confiabilidad de las lecturas realizadas en los laboratorios de citología

La confiabilidad de lecturas de muestras de PAP en la red de laboratorios está sujeta a los controles de calidad.

□ Respecto al control interno:

Debe anexarse al laboratorio de anatomía patológica:

- Todas las citologías informadas como positivas en la jornada deben ser revisadas por el citopatólogo.
- Debe realizarse una relectura (al final de cada jornada) de muestras de PAP informadas como negativas por el personal, en forma cruzada; idealmente del 5% de muestras, escogidas al azar.
- Debe realizarse la correlación citohistológica, siendo éste uno de los aspectos más importantes para

controles de calidad, es decir, el resultado del estudio histológico debe coincidir con el resultado de la citología. Para tal fin, se requiere contar con un buen sistema de registro.

□ Respecto al control externo:

- En el marco de la incorporación del país a la Red Panamericana de Citología, se hará el control externo de muestras citológicas e histológicas en el laboratorio de histología de la Universidad de Chile, con apoyo de OPS/OMS.
- Los laboratorios de La Paz y Santa Cruz enviarán trimestralmente las muestras de PAP para su relectura.

1.5 Resultado esperado

Frotis satisfactorio (adecuadamente obtenido), sometido a lectura citológica y clasificado de acuerdo a nomenclatura convenida.

1.6 Población beneficiaria

Toda mujer deberá ser informada sobre la importancia de realizar una prueba de citología. El personal de salud deberá desarrollar un enfoque integral de atención a la mujer para disminuir oportunidades perdidas en la detección oportuna del cáncer de cuello uterino

1.7 Prestador/proveedor

La toma de PAP la hace todo el personal de salud (médicos y/o enfermeras entrenadas) en la red de establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención.

1.8 Equipamiento mínimo

Establecimientos con ambientes que garanticen privacidad, mobiliario y equipamiento adecuado, instrumental estéril, personal entrenado e insumos para la detección (guantes, portaobjetos, espátulas de Ayre, fijador, etc.)

1.9 Orientación

- Información general mediante campañas de información.
- Información mediante carteles (“posters”) ubicados en los establecimientos.
- Orientación interpersonal en consulta, sobre todo a usuarias con factores de riesgo. Utilizando medios de apoyo, como rotafolios, carteles otros materiales de IEC adecuados

1.10 Conducta a partir del reporte de laboratorio

- Frotis inadecuado para informe citológico: repetir la muestra.
- Frotis negativo a células neoplásicas: en caso de ser 1er. PAP, control al año. En caso de ser 2do. negativo, control a los 3 años y así sucesivamente.
- Frotis atípico sin características definidas, frotis sugerente de “Lesión Intraepitelial de Bajo Grado” (LIE de bajo grado), frotis sugerente de “Lesión Intraepitelial de Alto Grado” (LIE de alto grado) y, frotis sugerente de carcinoma invasor: referir a la usuaria a Hospital de 2do o 3er nivel de atención, donde existan consultorios de patología cervi-

cal y la mujer pueda ser tratada (ginecología u oncología), de acuerdo a diagnóstico.

1.11 Entrega de resultados a las usuarias

- Luego de cumplir con el flujo correspondiente y una vez se disponga del reporte laboratorial, se debe dar el resultado a la usuaria, adoptando la mejor actitud de apoyo y solidaridad con los casos sospechosos y positivos. En estos casos, la usuaria debe ser orientada y, previa consejería, comunicarle el resultado de PAP, recomendando la confirmación diagnóstica. Ninguna usuaria con resultado de PAP sospechoso o positivo debe abandonar el establecimiento de salud sin información precisa.
- Deberá esperar un máximo de 7 días para reclamar al laboratorio de citología el reporte radial de casos positivos para iniciara la búsqueda activa
- El laboratorio de citología deberá informar por radio, en el día, los casos positivos previamente verificados a los establecimientos de salud de origen y al responsable de salud sexual y reproductiva del SEDES.
- Las usuarias con PAP positivo que no retornen, deben ser buscadas activamente, encontradas y citadas. De no lograrse el acceso de la usuaria a confirmación diagnóstica, deberá (esta última) firmar un documento de rechazo.

1.12 Registro

- Historia Clínica No Gestacional.
- Carnet de Salud para la Mujer No Gestante.
- Formularios:
 - Informe de actividades generales de detección y control del cáncer de cuello uterino.
 - Consolidado mensual de casos sospechosos.
 - Consolidado anual de actividades.

1.13 Notificación

Los casos positivos serán notificados al Distrito de Salud

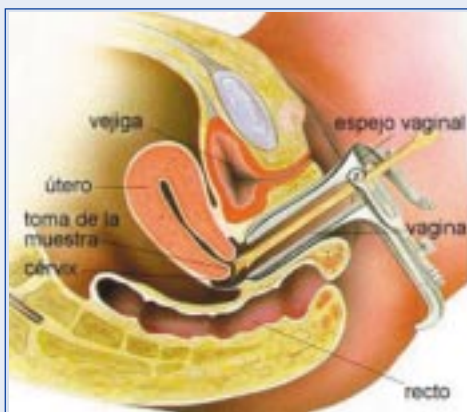
1.14 Procedimientos

□ Procedimiento para la Técnica del Papanicolaou

- Método de obtención de muestras y técnica de la toma

La toma de muestra se debe realizar con una espátula de Ayre, con cepillo endocervical o hisopo de algodón no absorbente.

Deberá recomendarse a la usuaria, que 48 horas antes del examen, evite: aseo o ducha vaginal, el empleo de óvulos vaginales y las relaciones sexuales.



Pasos

Luego de explicar a la usuaria sobre las características de la citología cervical y el procedimiento que se va a realizar, invítela para que se coloque en posición ginecológica y cúbrala con campos.

Observe la vulva, separe los labios delicadamente, introduzca el espéculo vaginal limpio y seco a la cavidad vaginal en forma paralela al eje anatómico, y realice las maniobras respectivas para visualizar y “centralizar” el orificio cervical externo.

Toma de muestra (depende del método empleado):

- Con espátula de Ayre: introducir la porción más larga de la espátula al conducto endocervical y posteriormente rotarla 360°, ejerciendo una leve presión.

- Con cepillo endocervical: introducir la misma en el canal endocervical y rotarla 360°, para que con esta maniobra sea posible recoger células (aplicar una presión muy leve sobre el cervix ya que sangra con facilidad).
- Con hisopo: introducir un hisopo de algodón no reabsorbible en el canal endocervical y rotarlo 360° (en caso de mujeres posmenopáusicas).

Para evitar errores en este paso, debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- Realizar la toma de muestra previamente al tacto ginecológico.
- No utilizar un espéculo lubricado.
- La toma de muestra no debe ser traumática.
- La muestra no debe tener contenido hemático.
- Extendido de la muestra

Con espátula de Ayre: la técnica consiste en rotar la espátula sobre el portaobjetos varias veces, con múltiples movimientos en dirección de las manecillas del reloj, sin perder contacto. Otra técnica es la de aplicar una vez (sobre el portaobjetos) la parte de la espátula conteniendo la muestra; luego, con la parte central del mango realizar un segundo pase para afinar el extendido, obteniendo un extendido fino y regular de células.

Con cepillo endocervical: se debe extender la muestra haciendo rotar una sola vez la escobilla sobre el portaobjetos, en sentido longitudinal, sin perder contacto con el portaobjetos.

Con hisopo: hacerlo rotar 360° en contacto con el portaobjetos.

- Fijación de la muestra

La fijación de la muestra se realiza con spray o laca común para el cabello. Agitar el frasco y luego enviar un chorro sobre la lámina, a una distancia de 20 a 30 cm, evitando de esta manera un barrido de las células de la misma.

También es posible fijar la muestra introduciéndola en un recipiente que

contenga alcohol de 96°, por un tiempo de 30 minutos como mínimo.

Otro procedimiento de fijación es con cytospray, agitando el frasco y emitiendo un chorro a una distancia de 20 a 30 cm.

Para evitar errores en este paso, debe fijarse la muestra en forma inmediata evitando de esta manera alteraciones celulares por desecación que impidan una lectura adecuada.

- Identificación de la lámina o placa

Se debe registrar el nombre completo y apellidos de la usuaria y el número correspondiente de la lámina con lápiz de grafito (en caso de existir una porción esmerilada del portaobjetos) o adjuntando un pedazo de papel o tarjeta con los datos pertinentes, adhiriéndolo a la lámina con un clip.

La usuaria debe ser informada del tiempo que demorará el reporte laboratorial, citándola en la fecha correcta.

- Llenado de formularios

Para el registro de los casos atendidos, debe realizarse el seguimiento y reporte mensual, vía SNIS, con el cuidado de incorporar datos correctos y el llenado de formularios específicos.

- Remisión de placas al laboratorio de referencia

El envío de las placas al laboratorio se realizará, semanal o quincenalmente, según modalidad regional. Para evitar "cuellos de botella" o retrasos en el flujo se recomienda que el traslado de las muestras se realice en forma directa del establecimiento de salud al laboratorio, salvo casos excepcionales. (Ver anexo 7).

En este paso, deben evitarse errores de técnica, por ejemplo:

- Registro de identificación equivocado o cambiado. Deben ir nombres y apellidos completos.

- Extendido deficiente, insuficiente o "grosso".
- Extendido sucio o únicamente sangre.
- Toma de muestra de la pared o fondos de saco vaginales.
- Toma de muestra que no compromete la zona escamo-columnar.
- Extendido en portaobjetos sucio.
- Muestra desecada, o mala fijación.
- Confusión en la identificación de las muestras o extravío de las mismas (en el almacenaje).
- No coincidencia entre el número de mujeres registradas y el número de muestras de PAP almacenadas.

- Procedimiento para el método de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

- Explicar a la usuaria el procedimiento y una vez se obtenga el consentimiento por escrito, colocarla en posición ginecológica.
- Introducir un espéculo en la vagina, acomodándolo de tal manera que se pueda visualizar el cuello uterino.
- Acomodar una fuente de luz que permita una adecuada inspección de las características anatómicas del cervix e identificación de alteraciones. En caso necesario, limpiar el cervix, muy suavemente, con una torunda, removiendo secreciones o moco cervical.
- Identificar la zona de transformación (zona T), orificio cervical y unión escamo-columnar.
- Aplicar una torunda empapada con ácido acético al 5% hasta empapar el cervix. Esperar un minuto hasta que el ácido acético se absorba y aparezcan áreas blancas, por reacción al ácido (reacción acetoblanca).
- Durante el procedimiento, identificar la zona T, debiendo registrar sus características.
- De ser necesario, repetir el procedimiento. Posteriormente, limpiar cualquier remanente de ácido acético.
- Retirar cuidadosamente el espéculo (evitar molestias o dolor a la paciente).
- Registrar los hallazgos en el formulario de informe.
- En caso de observar áreas blanquecinas durante el examen, la prueba deberá ser registrada como anormal.

□ Técnica del “ver y tratar” (detección y tratamiento)

Esta técnica se desarrollará en centros de atención donde exista personal médico capacitado tanto en IVAA como en crioterapia y que no cuentan con laboratorio de citopatología.

Las usuarias que presenten lesiones acetoblancas en la Inspección Visual con Ácido Acético, deben ser enviadas al hospital de referencia correspondiente. Los centros de salud que cuenten con unidades de crioterapia y personal médico capacitado en esta técnica (y no tengan laboratorios de citopatología) podrán tratar las lesiones bien localizadas, las mismas que no presenten imágenes sospechosas de invasión y no sean muy extensas. Se explicará el procedimiento a la usuaria y se solicitará su autorización. En el proceso previo, se tomará una biopsia de la zona acetoblanca (sospechosa) y se viabilizará el correspondiente estudio histopatológico.



Inspección visual con ácido acético

2. PROTOCOLO PARA LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

2.1 Propósito

La confirmación diagnóstica constituye un paso necesario en el estudio de los frotis sospechosos; su propósito es confirmar las sospechas diagnósticas detectadas mediante el despistaje. (ver flujograma, pág. 33)

2.2 Métodos y técnicas

- Colposcopia.
- Biopsia dirigida.
- Curetaje endocervical.
- Biopsia en cono.
- Biopsia endometrial.



Colposcopio

2.3 Clasificación recomendada

Clasificación histopatológica

- Carcinoma escamocelular (epidermoide): compromete el epitelio escamoso, plano, poliestratificado del exocervix; comprende aproximadamente el 90% de los cánceres cervicales.
- Adenocarcinoma: compromete el epitelio cilíndrico del conducto endocervical y comprende aproximadamente el 8% o menos del mismo.
- Carcinomas adenoescamosos y carcinomas de células pequeñas, sarcomas, melanomas u otros (sarcomas y melanomas) son relativamente poco frecuentes.

2.4 Usuaria

Usuaris con diagnóstico histopatológico.

2.5 Resultado esperado

Usuaris con muestra o pieza anatómica sometida a estudio histológico e informada de acuerdo a clasificación (nomenclatura convenida).

2.6 Prestador/proveedor

Médico especialista (ginecólogo, oncólogo).

2.7 Capacidad resolutive mínima

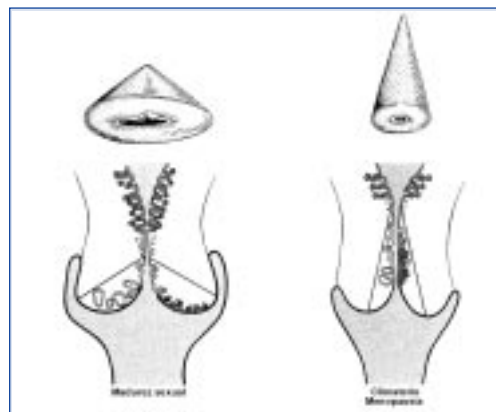
Servicio de ginecología u oncología en hospital de segundo y de tercer nivel.

2.8 Orientación

Usuaris con frotis sospechoso deberán recibir información precisa respecto de la importancia de los estudios diagnósticos y de los riesgos implícitos.

2.9 Conducta

- Colposcopia.
- Biopsia dirigida.
- Curetaje endocervical.
- Biopsia en cono.
- Biopsia endometrial.



Conización

2.10 Registro

- Historia Clínica No Gestacional.
- Hoja de consentimiento informado.
- Carnet de control.
- Formulario de anatomía patológica.

2.11 Notificación

- Distritos de Salud.
- Responsables Departamentales de SSR en los SEDES.

2.12 Procedimientos

- Procedimientos para la técnica de biopsia

La biopsia de cuello uterino es el procedimiento de diagnóstico definitivo de malignidad o benignidad y constituye la técnica más exacta para establecer el diagnóstico de NIC.

- Biopsia dirigida

La biopsia dirigida permite tomar una muestra de zonas de cuello uterino francamente neoplásicas o sospechosas, respetando zonas no sospechosas. Puede realizarse ambulatoriamente y está indicada en toda lesión sospechosa, independientemente del resultado de la citología. Este procedimiento puede realizarse a través de una colposcopia.

Debe realizarse con una pinza de "sacabocado" a fin de obtener pequeños fragmentos de 2 - 3 mm de diámetro en los que, aparte del epitelio escamoso, se obtenga suficiente estroma como para valorar la incipiente invasión.

- Legrado del canal endocervical

El legrado de canal endocervical se realiza fundamentalmente en toda usuaria con diagnóstico de NIC III o cuando la lesión asciende por el mencionado canal. Se utiliza una cureta fina y delgada para la recolección de tejido endocervical. Por lo general puede realizarse en forma ambulatoria y sin anestesia. En raras ocasiones, en usuarias con orificio cervical estenótico, se requiere de anestesia local y dilatación con tallos de Hegar, para posteriormente efectuar el legrado endocervical sin problemas técnicos.

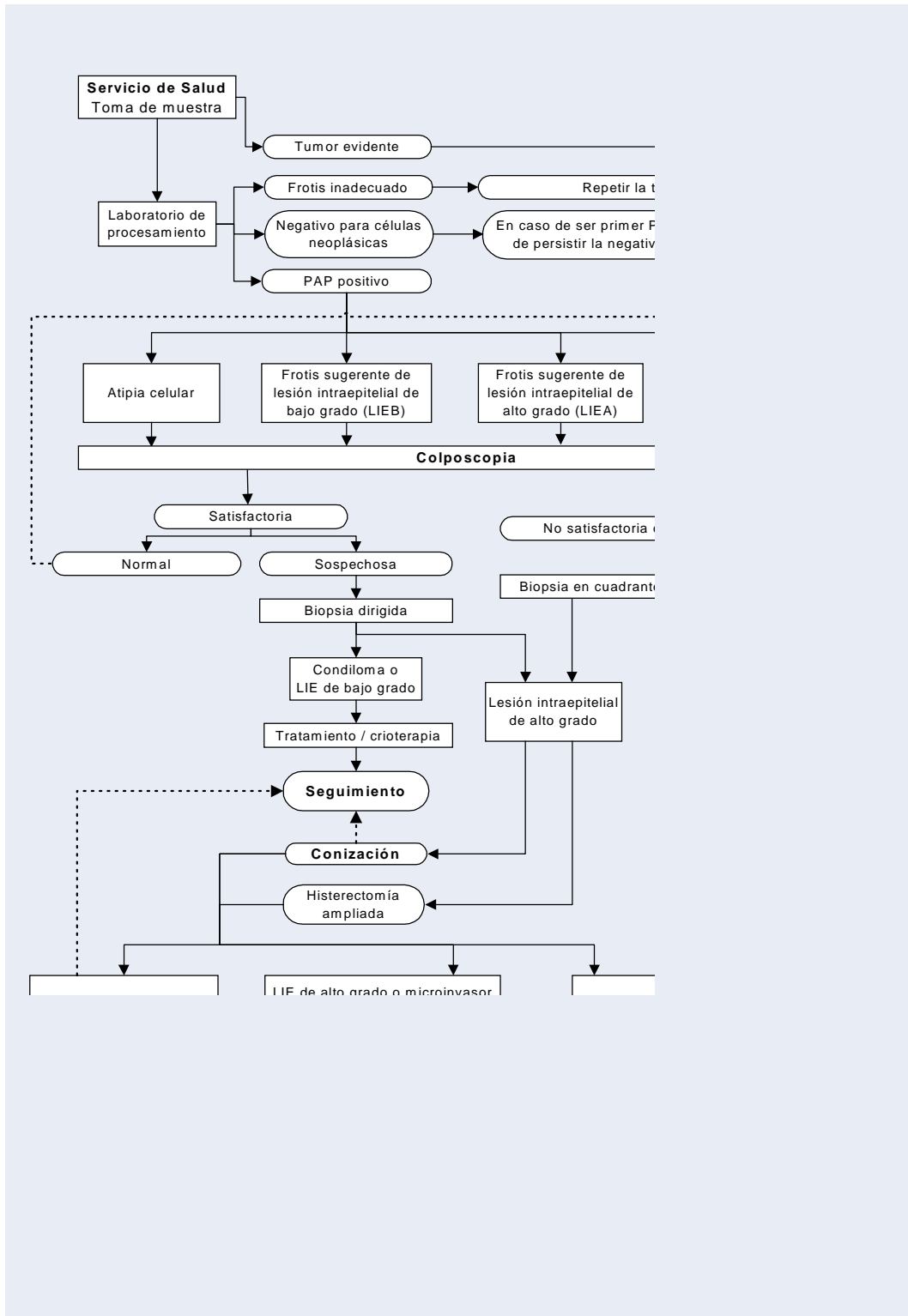
- Conización cervical

La conización cervical es la técnica más segura para el diagnóstico del NIC y fundamentalmente del carcinoma *in situ*. Debido a que estas lesiones son a menudo multicéntricas, la conización ofrece una mayor seguridad en el diagnóstico. Por otra parte permite

valorar la invasión incipiente o la existencia de un verdadero carcinoma invasor al lado de un NIC III.

El examen histológico correcto de la pieza quirúrgica es fundamental para valorar acciones terapéuticas posteriores. Si se realiza correctamente con toda la lesión incluida dentro del cono y con márgenes de seguridad, puede considerarse también como tratamiento definitivo. Deben realizarse múltiples secciones (cortes) que incluyan epitelio escamoso, círculo escamoso-columnar y canal endocervical. Se debe incluir el cono en su totalidad para estudio histopatológico. Las complicaciones según la técnica utilizada son escasas. ■

FLUJOGRAMA DE MANEJO EN MUJERES CON CITOLOGÍA CERVICAL (Papanicolaou)



FUENTE: Elaboración propia

3. PROTOCOLO PARA LA VALORACIÓN CLÍNICA Y EL ESTADIAJE

3.1 Propósito

Determinar el nivel de avance, invasión y diseminación de la enfermedad para establecer estrategias adecuadas de tratamiento.

Establecer el estado o nivel de invasión o diseminación de la enfermedad en base al sistema de clasificación.

3.2 Métodos y técnicas

- Procedimientos clínicos.
- Diagnóstico por imágenes.
- Procedimientos quirúrgicos (biopsia, laparoscopia, resecciones).

3.3 Clasificación recomendada

- Tumor Nódulos Metástasis (TNM), (ver cuadro No. 5).
- Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC/FIGO), (ver cuadro No. 6).

3.4 Resultado esperado

Historia clínica de la usuaria con estudios que descartan o confirman invasión y diseminación de la enfermedad, de acuerdo a clasificación convenida.

3.5 Usuaria

Paciente con diagnóstico confirmado.

3.6 Prestador/proveedor

Equipo médico especializado (ginecólogo, oncólogo, radiólogo, patólogo, etc.)

3.7 Capacidad resolutive mínima

Servicio de ginecología u oncología en hospital de tercer nivel o especializado.

3.8 Conducta

- Procedimientos clínicos.
- Diagnóstico por imágenes.
- Procedimientos quirúrgicos (biopsia, laparoscopia, resección).

3.9 Orientación

La usuaria con diagnóstico confirmado deberá ser informada sobre la importancia de completar estudios de estadiaje para determinar tratamiento. Se informará sobre los requerimientos de manejo especializado, tiempo de estudio, hospitalización, costos, etc.



3.10 Registro

- Historia Clínica No Gestacional.
- Hoja de consentimiento informado.
- Carnet de Control.
- Formularios de registro de los diferentes procedimientos.

3.11 Notificación

- Dirección de Distrito.
- Responsable del Componente en los SEDES.

3.12 Procedimientos

- Clínicos.
- Diagnóstico por imágenes.
- Quirúrgicos (biopsias, laparoscopia, resecciones). ■

CUADRO No. 5
DEFINICIÓN DE LAS ETAPAS CLÍNICAS PARA EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO,
SEGÚN LA UNIÓN INTERNACIONAL CONTRA EL CÁNCER (UICC) Y TUMOR
NÓDULOS METÁSTASIS (TNM)

UICC	TNM	DESCRIPCIÓN
Etapa 0	CIS	Carcinoma "in situ"
I	T1	Carcinoma limitado al cervix
IA	T1a	Carcinoma microinvasor
IB	T1b	Todas las otras etapas I
Etapa II	T2	Carcinoma que se extiende más allá del cervix pero no alcanza la pared pélvica o el tercio inferior de la vagina
IIA	T2a	Sin invasión de los parametrios
IIB	T2b	Compromiso de los parametrios
Etapa III	T3	El cáncer se extiende a la pared pélvica, al tercio inferior de la vagina o hay obstrucción ureteral
IIIA	T3a	Invasión al tercio inferior de la vagina solamente
IIIB	T3b	Extensión a una o ambas paredes pélvicas u obstrucción ureteral
Etapa IV	T4	El cáncer se extiende más allá de la pelvis verdadera o invade la vejiga o el recto
IVA	T4a	Extensión a los órganos adyacentes
IVB	T4b	Extensión a órganos distantes

FUENTE: OPS/OMS: Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud No. 6. Washington, D.C.,1990

**CUADRO No. 6
ESTADIOS TNM DEL CARCINOMA CERVICAL**

TNM	FIGO*	DESCRIPCIÓN
Tumor primario (T)		
TX	-	El tumor primario no puede ser valorado
TO	-	Sin signos de tumor primario
Tis	-	Carcinoma in situ
T1	I	Carcinoma cervical limitado al útero (la extensión al corpus debe ser excluida)
T1a	IA	Carcinoma infiltrante preclínico diagnosticado sólo microscópicamente
T1a1	IA1	Mínima infiltración microscópica del estroma
T1a2	IA2	Tumor con un componente infiltrante de 5 mm o menos de profundidad tomado desde la base del epitelio y de 7 mm o menos en su propagación horizontal
T1b	IB	Tumor mayor que T1a2
T2	II	El carcinoma cervical se propaga más allá del útero pero no a la pared pelviana ni al tercio inferior de la vagina
T2a	IIA	Tumor sin infiltración parametrial
T2b	IIB	Tumor con afectación parametrial
T3	III	El carcinoma cervical se extiende a la pared pelviana y/o al tercio inferior de la vagina y/o produce hidronefrosis o riñón no funcionante
T3a	IIIA	El tumor se extiende al tercio inferior de la vagina pero no a la pared pelviana
T3b	IIIB	El tumor se extiende a la pared pelviana, y/o causa hidronefrosis o riñón no funcionante
T4**	IVA	El tumor infiltra la mucosa de la vejiga o el recto y/o se extiende más allá de la verdadera pelvis
M1	IVB	Metástasis a distancia
Ganglios linfáticos regionales (N)		
NX		Los ganglios linfáticos regionales no pueden valorarse
NO		Sin metástasis a los ganglios linfáticos regionales
N1		Metástasis a los ganglios linfáticos regionales
Metástasis a distancia (M)		
MX		La metástasis a distancia no puede valorarse
MO		Sin metástasis a distancia
M1	IVB	Metástasis a distancia

FUENTE: OPS/OMS: Oncología Clínica. Murphy, Lawrence y Lenhard (Editores). 2da Edición. Publicación científica No. 559. Washington, D.C., 1996

*FIGO: Federation Internationale de Gynecologie et d'Obstetrique.

**Nota: La presencia de edema ampollar no proporciona pruebas suficientes para clasificar a un tumor como T4.

4. PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO

4.1 Propósito

Seleccionar el tratamiento o la combinación de tratamientos de acuerdo al estadije clínico y la valoración clínica de la paciente.

4.2 Métodos y técnicas

- Conización mediante resección electroquirúrgica o fría.
- Crioterapia.
- Amputación ampliada con legrado endometrial.
- Histerectomía simple.
- Histerectomía Radical (extrafascial con adenomectomía pélvica selectiva).
- Exenteración pélvica.
- Radioterapia intracavitaria.
- Radioterapia externa.
- Radioterapia paliativa.
- Quimioterapia.
- Tratamiento mixto.



4.3 Resultado esperado

Usuaría bajo tratamiento especializado, en correspondencia con estadije.

4.4 Usuaría

Mujeres con diagnóstico confirmado y con estadije clínico realizado.

4.5 Prestador/proveedor

Equipo de médicos especializados (ginecólogo, oncólogo).

4.6 Niveles de resolución

- Capacidad resolutoria mínima

Servicios de ginecología y oncología de hospitales de tercer nivel o especializados.

- Desde lesiones premalignas hasta lesión intraepitelial de alto grado (LIE) podrán ser manejadas en hospitales donde exista personal médico con especialidad en ginecología u oncología.
- Lesiones de micro invasión o mayor deberán ser manejadas por médicos especialistas en oncología.

4.7 Conducta

- Estadio "O" o Carcinoma "in situ" (NIC III)
 - Conización del cuello uterino - resección electroquirúrgica.
 - Amputación ampliada con legrado endometrial.
 - Histerectomía simple.
 - Braquiterapia en caso de contraindicación clínica.

Considerar:

- La conización o reconización en mujeres jóvenes con deseos de maternidad, como tratamiento conservador.
- Histerectomía en mujeres mayores que no deseen hijos o de difícil seguimiento, o con márgenes positivos.

- Estadio I-A-1:

- Conización - resección electroquirúrgica
- Histerectomía extrafascial más adenomectomía pélvica selectiva.
- Radioterapia intracavitaria en 1 o 2 tiempos de braquiterapia (hasta 7,000 cGy en punto A).

Considerar:

- Si la profundidad de invasión es inferior a 3 mm, no hay invasión del canal vascular y linfático y los márgenes del cono son negativos, la conización sola puede ser apropiada en pacientes que desean preservar su

fertilidad. De lo contrario, pasa a histerectomía como tratamiento definitivo. Si se encuentran ganglios pélvicos positivos, pasa a cirugía radical de Wertheim Meiggs.

- Para usuarias que no son candidatas quirúrgicas, se reserva la radioterapia (RT) intracavitaria hasta 10,000 cGy de superficie vaginal.

□ Estadío I-A-2, I-B, II-A:

- Histerectomía radical tipo Wertheim Meiggs.
- Radioterapia intracavitaria 1 - 2 tiempos.
- Después de 6 - 8 semanas se realiza histerectomía radical.
- Si la usuaria presenta: ganglios pélvicos positivos, márgenes quirúrgicos positivos, enfermedad parametrial residual y ganglios paraórticos negativos, se considera paciente de alto riesgo y deberá ser candidata para:

Radioterapia externa en pelvis, 5,500 cGy más quimioterapia semanal con Cis-platino 40 mg./m² de 4 - 6 ciclos, durante la Radioterapia. (según disponibilidad).

- Si se encuentran ganglios paraórticos positivos:

Radioterapia en pelvis, técnica del cajón 5,000 cGy, más 4,500 cGy en campos paraórticos.

□ Estadío I-B-2: "Tumores Bulky" mayor o igual a 4 cm.:

Radioterapia externa en pelvis, técnica del cajón 4,500 cGy más braquiterapia 1 - 2 tiempos en punto "A" 5,000 cGy y punto "B" 3,000 cGy en forma simultánea con Cisplatino semanal 40 mg/m² por 6 semanas, según disponibilidad, seguido de histerectomía radical (Wertheim Meiggs).

□ Estadío II-B, III, IV-A: enfermedad localmente avanzada.

- Usuarías seleccionadas deberán ser candidatas a un estadiaje quirúrgico, (laparotomía o laparoscopia) para muestreo de ganglios paraórticos.

- Usuarías con ganglios P.A. (-) deberán ser candidatas para radioterapia exclusiva más quimioterapia.

□ Estadío IIB:

- Radioterapia externa, técnica del cajón, 4 campos en pelvis 5,000 cGy. 1 - 2 tiempos, punto "A" 5,500 cGy, y punto "B" 4,000 cGy.

□ Estadío III –IV-A:

- Radioterapia externa en pelvis 5,000 cGy. 1 - 2 tiempos en punto "A" 5,000 cGy y punto "B" 3,000 cGy.
- Deberá recibir quimioterapia simultánea a la radioterapia con Cisplatino semanal por 6 semanas.

□ Estadío IV:

- Radioterapia paliativa (enfermedad central o metástasis distante).
- Quimioterapia de rescate en fase I y II CDDP, Ifosfamida más CDDP más Bleomicina paclitaxel, Iricotecán, de ser posible.
- Terapia de alivio del dolor.

□ Cáncer cervical recurrente y casos especiales:

- No hay tratamiento estandarizado si el tumor se ha extendido más allá de los límites de un campo radioterápico o quirúrgico. Las pacientes son candidatas a pruebas clínicas en combinación de fármacos o nuevos agentes anticancerígenos.
- En caso de enfermedad localmente recurrente (limitado a la pelvis), la exenteración pélvica está indicada en usuarias seleccionadas.
- En casos de recurrencia pélvica (después de cirugía radical) considerar:
 - Radioterapia más quimioterapia (diferentes combinaciones).
 - Quimioterapia de rescate, sola o en diferentes combinaciones, como tratamiento paliativo.
 - El manejo paliativo del dolor deberá realizarse de acuerdo a normas específicas.

4.8 Orientación

La usuaria deberá ser informada sobre la naturaleza del tratamiento seleccionado, requerimiento de hospitalización, duración, costos, etc.

4.9 Registro

- Historia Clínica No Gestacional.
- Hoja de consentimiento informado.

4.10 Notificación

- Dirección de Distrito.
- Responsable del Componente en el SEDES.

4.11 Procedimientos

- Procedimientos para la resección electroquirúrgica
 - Antes de iniciar cualquier procedimiento se debe explicar a la usuaria la metodología a la que será sometida, haciéndole firmar su consentimiento en lo posible con un testigo.
 - Preparar previamente la unidad electroquirúrgica, cumpliendo los requisitos de seguridad, así como tener dispuesto todo el equipo necesario para el procedimiento.
 - Colocar a la usuaria en posición ginecológica (en la mesa de examen), descubierta, de la cintura para abajo. Antes de iniciar el procedimiento, controlar y registrar la presión arterial.
 - Adherir el electrodo de retorno o "tierra" en la parte interna del muslo.
 - Seguir los siguientes pasos:
 - Colocar el espéculo no conductivo, que viene con el equipo, debiendo ser suficientemente largo para no obstruir la visualización del cuello uterino con el aditamento para la aspiración del humo, el mismo que debe ser conectado al aspirador de humo. En caso de que las paredes vaginales dificulten la visibilidad, debe utilizarse un separador vaginal no conductivo.

- Aplicar ácido acético al 5% sobre el cuello uterino y proceder al examen colposcópico para identificar la presencia y distribución de la lesión intraepitelial escamosa (LIE).
- Aplicar la solución de lugol al cervix para delinear los márgenes de la lesión.
- Anestesiarse el cuello uterino inyectando xilocaína al 2% sin epinefrina en el pliegue cérvico-vaginal, con 1 centímetro de profundidad en horas 2, 5, 8, y 11, con jeringa dental y aguja No. 27, o con extensor de aguja.
- Controlar la presión arterial.
- Para proceder a la resección mediante electrocirugía, seleccionar el electrodo adecuado, que permita resecar la lesión totalmente, de acuerdo a las características de la misma.
- En caso de lesiones pequeñas y mujeres nulíparas, se debe utilizar un electrodo de asa de 1.5 cm de ancho por 0.5 cm de profundidad. En caso de lesiones más grandes, en mujeres multíparas se debe usar un asa de 2.0 cm de ancho por 0.8 cm de profundidad. No se recomienda usar electrodos de más de 1 cm de profundidad.
- Para el canal endocervical, utilizar un asa de 1.0 cm de ancho por 1.0 cm de profundidad.
- Para proceder a la resección se debe seleccionar la potencia de corte y coagulación, probar con el electrodo, conectar el aspirador de humo y activar la unidad electroquirúrgica.
- Para mejorar el contacto con el tejido, debe humedecerse el cuello y el asa. Con todos los cuidados antes mencionados se pasa a resecar la lesión identificada, teniendo en cuenta que es muy importante tomar toda la zona de transformación; para el endocervix se cambia el asa.
- Los puntos sangrantes y el lecho cruento residual serán fulgurados usando el electrodo de bola y la corriente de coagulación. Una vez controlado el sangrado, colocar un tapón de gasa con crema antiséptica en la base del cráter fulgurado; fina-

lizando de esta manera el procedimiento.

- Dejar reposar a la usuaria por espacio de 2 horas, tiempo en el que se controlará el sangrado. En caso de no presentar tal, proceder a entregar -por escrito- las indicaciones posoperatorias.

- Indicaciones para la usuaria

- Puede existir un flujo vaginal marrón oscuro por unos días o persistir durante 1 a 2 semanas. Pero si el flujo persiste por mayor tiempo del señalado o presenta sangrado profuso, o el flujo se hace maloliente y/ o acompaña de cólico, debe ir a la brevedad posible al centro donde fue atendida.
- Retirar el tapón al día siguiente.
- No realizar duchas vaginales, ni usar tampones vaginales; tampoco sumergirse en agua por 4 semanas
- No tener relaciones sexuales por 6 semanas.
- No levantar objetos pesados, por lo menos durante un mes.
- Retornar a control al día siguiente y luego cada 3 meses.

- Complicaciones

Quemaduras accidentales en el sitio de aplicación del electrodo, por falla del operador o debido a movimientos inesperados de la usuaria durante la aplicación del procedimiento. Quemaduras en otros sitios, producidas cuando se desarrolla una vía alternativa entre la paciente y "tierra"; en estas condiciones la corriente eléctrica no fluye entre el electrodo activo y el electrodo de retorno, sino que, además, sigue una vía alternativa al electrodo activo a "tierra".

La mayoría de las unidades electroquirúrgicas del mercado incluyen un tipo de circuito denominado "circuito aislado" el cual reduce significativamente el riesgo de "sitios alternativos de quemaduras".

- Procedimientos para la crioterapia

Este procedimiento no es un método de elección en el tratamiento de las lesiones premalignas. En caso de elegirse, deberá realizarse por personal médico entrenado.

Entre las contraindicaciones debe tomarse en cuenta:

- Sospecha de invasión.
- Gestación.
- Lesión extensa (se extiende dentro del canal o a la pared vaginal)
- Cervicitis severa.
- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Malformaciones u otras anomalías anatómicas. ■

5. PROTOCOLO PARA EL SEGUIMIENTO

5.1. Propósito

En relación con el cáncer de cuello uterino, el seguimiento de usuarias en alto riesgo, con sospecha, con diagnóstico o con tratamiento, es fundamental para asegurar la detección oportuna y un control eficaz en cada uno de los casos. El seguimiento constituye una medida de control orientada a prevenir la enfermedad y asegurar una calidad de vida digna para las mujeres en riesgo.

5.2. Métodos y técnicas (estrategias)

- Organización interna del establecimiento y adecuación del equipo de salud para actividades de seguimiento.
- Organización del sistema de referencia - contrarreferencia y de los equipos de soporte para asegurar seguimiento a usuarias.
- Coordinación con diversas organizaciones para asegurar apoyo externo a actividades de seguimiento.

5.3. Usuaria

- Usuarias con alto riesgo (sin PAP).
- Usuarias con frotis sospechoso (PAP).
- Usuarias con confirmación diagnóstica (histopatológico).
- Usuarias con estadiaje clínico - quirúrgico
- Usuarias con tratamiento (quirúrgico, quimioterapia, radioterapia).

5.4. Prestador/proveedor

- Médico general, licenciada en enfermería, trabajadora social y auxiliar de enfermería en centros, puestos y hospitales municipales.
- Médicos especialistas tratantes y trabajadoras sociales en hospitales de segundo nivel.
- Médicos especialistas tratantes y trabajadoras sociales en hospitales de tercer nivel.

5.5. Capacidad resolutive mínima

- En establecimientos de primer nivel:

Equipo de salud, organizado y motivado, con convenios con hospitales de referencia y con presupuesto para soporte logístico a usuarias y actividades de seguimiento.

- En establecimientos de segundo y tercer nivel:

Servicios especializados con apoyo de trabajadoras sociales, con potencial para contra referir y con presupuesto para soporte logístico a usuarias y para actividades de seguimiento.

5.6. Conducta

- En establecimientos de primer nivel:
 - En todos los niveles se debe promover los sistemas de vigilancia epidemiológica comunitaria para fortalecer la detección a través del PAP y reforzar el seguimiento de las personas con PAP positivo o postratamiento.
 - Identificar, orientar a usuarias en alto riesgo y facilitar pruebas de despistaje PAP.
 - Coordinar con laboratorios de citología para retomo oportuno de reportes de PAP.
 - Ubicar, orientar a usuarias, apoyar logísticamente y coordinar con establecimientos de referencia para manejo de usuarias con frotis sospechoso.
 - Orientar a usuarias y sus familias y coordinar con establecimientos de referencia para manejo de usuarias con confirmación diagnóstica.

- En establecimientos de segundo y tercer nivel:

- Orientar a usuarias respecto de la importancia del estadiaje clínico - quirúrgico y hacer seguimiento al cumplimiento del programa de estudios.
- Orientar a usuarias respecto del tipo de tratamiento, de las posibles complicaciones y de la frecuencia de controles y hacer seguimiento a la evolución de la enfermedad.

5.7. Registro

- Historia Clínica No Gestacional.
- Boleta de referencia y contrarreferencia.
- Libro de visitas a la Comunidad.

5.8. Notificación

- Distritos de Salud.
- Jefes de laboratorios de citología y de servicios especializados.

- Directores de hospitales de segundo y tercer nivel.
- Responsables Departamentales de SSR en los SEDES. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Cecil Wright V. Colposcopia. Temas Actuales. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Volumen 1. McGraw Hill. 1993.
2. Escudero M, Herraiz M, Guadalix F. Diagnóstico precoz del carcinoma cervical uterino, en Botella Llusia. EL UTERO. Fisiología y Patología. Madrid, 1997.
3. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)/OPS/OMS. Manual de Reproducción Humana. The Parthenon Publishing Group. 1994.
4. <http://bethesda2001.cancer.gov/terminology.html>
5. James R. Scott. Cáncer Cérvico-uterino. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Volumen 4. McGraw Hill. 1990.
6. Mayeaux E.J., The Papanicolaou Smear, AAFP Scientific Assembly, Louisiana State University Medical Center - Shreveport, Louisiana, 1994.
7. MSPS - UNAP. Norma Boliviana de Salud NB-MSPS-02-2000. Atención a la Mujer y al Recién Nacido en Puestos de Salud, Centros de Salud, Hospitales de Distrito. La Paz, 2000.
8. Norma Oficial Mexicana NOM-014-2-ssa2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer del Cuello del Útero y Mamario en la Atención Primaria. Diario Oficial de la Federación. México D.F., 1995.
9. Oficina Sanitaria Panamericana / Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Manual de Normas y Procedimientos para el Control del Cáncer de Cuello Uterino. Organización Panamericana de la Salud. Serie PALTEX. Washington, D.C., 1990.
10. Out Look. Prevención del Cáncer Cervical en las Comunidades de Escasos Recursos. Volumen 18. No. 1. Washington, D.C., octubre, 2000.
11. Salinas-Martínez A, Villarreal E, Garza M, Fraire J, López J, Barboza O. Calidad del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico-uterino en el estado de Nuevo León. Salud Pública de México Print ISSN 0036-3634. 1997.
12. Soost H.J, Baur S, Diagnóstico Citológico en Ginecología, 1ª Edición, Editorial Toray. Barcelona, 1983.
13. Wilkinson E. Frotis de Papanicolaou y detección de neoplasia cérvico-uterina. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Volumen 4. McGraw Hill. 1990.

ANEXOS

ANEXO 1

INDICADORES DE PROCESO	
Detección	
Indicadores de cobertura	
<input type="checkbox"/> Cobertura específica: porcentaje de mujeres programadas examinadas Estándar: 80%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres con PAP}}{\text{N}^\circ \text{ de mujeres programadas}} \times 100$
<input type="checkbox"/> Exámenes por primera vez: porcentaje de mujeres programadas que por primera vez se benefician del PAP Estándar: > 20%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres de 25 a 49 años con 1er PAP}}{\text{N}^\circ \text{ Total de mujeres con PAP}} \times 100$
Indicador de calidad de las muestras citológicas	
<input type="checkbox"/> Porcentaje de muestras insatisfactorias Estándar: No mayor del 8%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de muestras insatisfactorias}}{\text{N}^\circ \text{ total de muestras procesadas}} \times 100$
Indicadores de la calidad de los laboratorios de citología	
<input type="checkbox"/> Lectura de un mínimo de 10,000 láminas anuales por citotecnólogo <input type="checkbox"/> Revisión del 100% de láminas positivas y sospechosas por médico patólogo <input type="checkbox"/> Tiempo de remisión del informe citológico Estándar: 14 días como máximo, desde que la lámina llega al laboratorio	
<input type="checkbox"/> Porcentaje de PAP positivo Estándar: No menor del 1.5%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres con resultado de PAP (+)}}{\text{N}^\circ \text{ total de mujeres tamizadas}} \times 100$
<input type="checkbox"/> Porcentaje de ASCUS del total de PAP positivos Estándar: No mayor del 10%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de muestras con resultado ASCUS}}{\text{N}^\circ \text{ total de mujeres con PAP (+)}} \times 100$
Diagnóstico	
Indicador de la calidad del diagnóstico	
<input type="checkbox"/> Porcentaje de mujeres con PAP positivo y estudio histopatológico Estándar: 50%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ mujeres con PAP (+) e histopatología}}{\text{N}^\circ \text{ total de mujeres con PAP (+)}} \times 100$
Tratamiento	
Indicadores de la calidad del tratamiento	
<input type="checkbox"/> Porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico de NIC II - III, tratadas Estándar: tratamiento mayor del 50%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres con Dx de NIC II - III que recibieron tratamiento}}{\text{N}^\circ \text{ total de mujeres con Dx de NIC II - III}} \times 100$
<input type="checkbox"/> Porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico de NIC II - III, tratadas ambulatoriamente Estándar: tratamiento mayor del 50%	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres con Dx de NIC II - III con tratamiento ambulatorio}}{\text{N}^\circ \text{ total de mujeres con Dx de NIC II - III}} \times 100$

Seguimiento

Indicadores de la calidad del seguimiento

- Porcentaje de mujeres que fueron evaluadas debido a su resultado positivo (PAP +)

Estándar: mayor del 50%

$$\frac{\text{Nº mujeres con PAP (+), evaluadas}}{\text{Nº total de mujeres con PAP (+)}} \times 100$$

- Porcentaje de mujeres con diagnóstico histopatológico de NIC II - III, tratadas y con seguimiento mínimo de 12 meses

Estándar: tratamiento mayor del 50%

$$\frac{\text{Nº de mujeres con Dx de NIC II - III, Tratadas y con seguimiento}}{\text{Nº total de mujeres, NIC II - III, tratadas}} \times 100$$

INDICADORES DE IMPACTO

- Tasa de incidencia de NIC II - III en la población en riesgo

$$\frac{\text{Nº mujeres con NIC II - III}}{\text{Nº total de mujeres de 25 a 49 años}} \times 100$$

- Tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino en la población en riesgo

$$\frac{\text{Nº mujeres con Ca Cu}}{\text{Nº total de mujeres de 25 a 49 años}} \times 100$$

- Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino

$$\frac{\text{Nº mujeres que fallecen por Ca Cu}}{\text{Nº total de mujeres de 25 a 49 años}} \times 100$$

Componente técnico

Normas de Promoción y Prevención Primaria

- Información, Educación y Comunicación: el personal de los establecimientos realizará acciones de información y educación a la comunidad mediante charlas, uso de medios de apoyo (folletos, afiches, cartillas, etc.), participación en los medios de comunicación y otras acciones de información grupal que favorezcan la generación de una demanda informada.

Se informa sobre la magnitud del daño, curso de la enfermedad, los procedimientos para la prevención, los lugares donde se realizará la detección y el tratamiento.

ANEXO 2



HISTORIA CLINICA DE LA MUJER NO GEST,
Unidad Nacional de Atención a las Personas

NOMBRE	CODIG ESTAD
DOMICILIO LOCALIDAD	NUME HISTC
AREA MUNICIPIO DISTRITO	

CONTROL ANUAL PARA DEFINIR EL RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL

FECHA DE CONTROL	Año:	Año:	Año:
1. ¿Tiene usted menos de 18 años o 35 años y más? Edad (1º control) [][]	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido usted 3 ó más embarazos previos? G. [][] P. [][] Ab. [][] c. [][]	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene su último hijo menos de 24 meses? FUP [][] [][] [][]	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido usted alguna vez un aborto (1), un prematuro (2), un hijo nacido muerto (3), un hijo muerto menor de un mes (4), una cesárea (5) toxemia (6)?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

¿TIENE LA USUARIA ALTO RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL?
(si contestó [S] a 2 preguntas o más, la usuaria tiene ALTO RIESGO)

si no si no si no

Este color significa ALTO RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL. Este color significa ALERTA.

SITUACIONES QUE CLASIFICAN DIRECTAMENTE A LA USUARIA COMO DE ALTO RIESGO PRECONCEPCIONAL

- Insuficiencia Cardíaca.....	- Cáncer.....
- Hipertensión Crónica.....	- Diabetes.....
- Psicosis.....	- Enfermedades Congénitas.....
- Enf. Neurológica Incapacitante.....	- 2 o más Cesáreas.....
- Insuficiencia Renal.....	- Infertilidad.....
- Insuficiencia Hepática.....	- 5 embarazos o más.....
- Insuficiencia Pulmonar.....	- Otras (especifique).....
- TCB avanzada.....	

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXI

	FECHA	TX	
		SI	NO
ULCERA VAGINAL			
FLUJO VAGINAL			
FLUJO URETRAL			
DOLOR ABDOMINAL BAJO			
BUBON INGUINAL			
TRICOMONIASIS			
VAGINOSIS			
CANDIDIASIS			
CLAMIDIASIS			
GONORREA			
SIFILIS			
CONDILOMATOSIS			
HERPES GENITAL			
VIH/ SIDA			

EXAMEN PAPANICOLAOU

FECHA DE LA TOMA	TX		TX		TX		TX	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Frotis inadecuado								
Normal y variantes								
Cambios reactivos								
Frotis atípico								
LIE bajo grado (NIC I)								
LIE alto grado (NIC II - III)								
Carcinoma invasor								

TOXOIDE TETANICO

Dosis 1*	Dosis 2*	Dosis 3*	Dosis 4*	Dosis 5*
Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año

ANTICONCEPCION

¿Uso antes algún método anticonceptivo otorgado por un servicio de salud? No Si Cuál?

Orientación	Método	Orientación	Método	Orientación	Método	Orientación	Método	Orientación	Método
Día Mes Año		Día Mes Año		Día Mes Año		Día Mes Año		Día Mes Año	

ANEXO 4

MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL
 DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD Y SEGUROS PÚBLICOS
 UNIDAD NACIONAL DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS
 COMPONENTE DE DETECCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE LA MUJER

FORMULARIO 2 - CONSOLIDADO MENSUAL DE CASOS SOSPECHOSOS

MES: AÑO:

No.	FECHA	No. DE PAP	MUNICIPIO	ESTABLECIMIENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

