

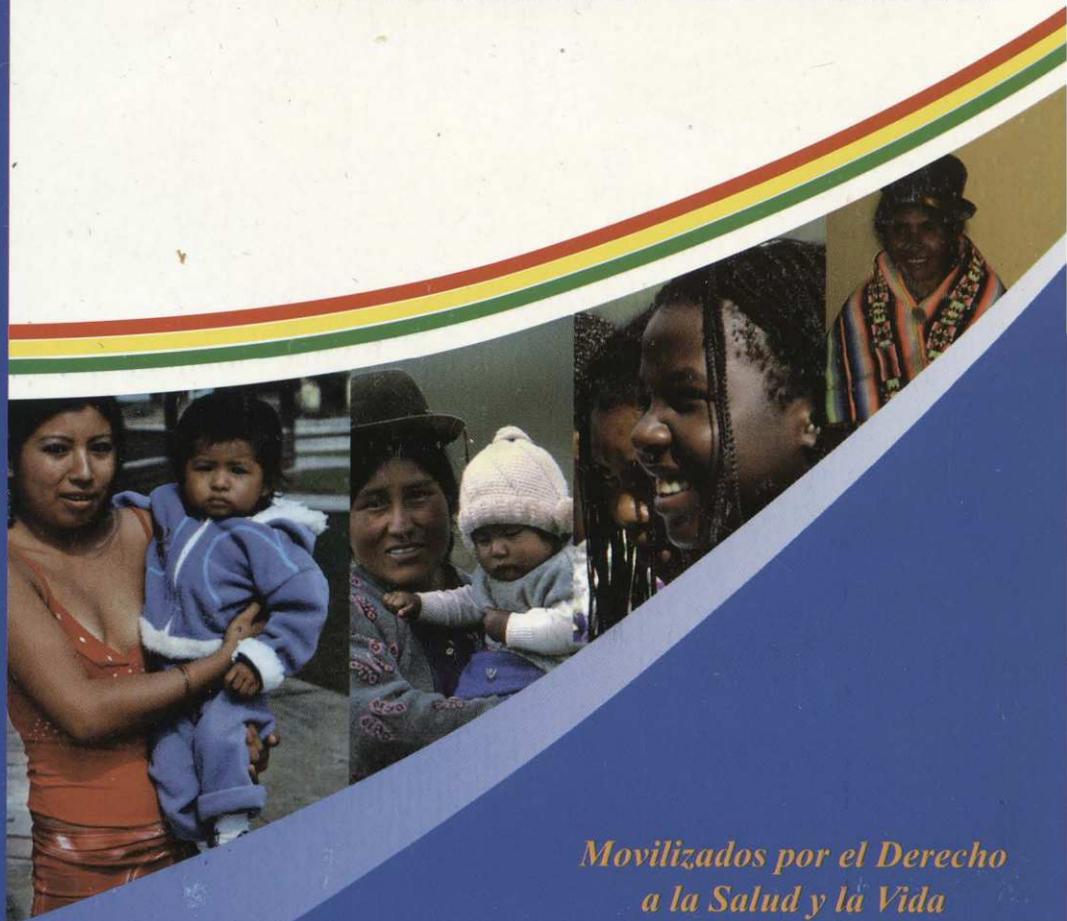


ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA  
MINISTERIO DE SALUD  
Y DEPORTES

# NORMA NACIONAL REGLAS, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS

## PARA LA DETECCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

CUARTA EDICIÓN ACTUALIZADA



*Movilizados por el Derecho  
a la Salud y la Vida  
para vivir bien*

PUBLICACIÓN  
121

Bolivia, 2009

**Ministerio de Salud y Deportes**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD**  
**UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD**

**NORMA NACIONAL**  
**REGLAS, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA DETECCIÓN Y CONTROL**  
**DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO**

**CUARTA EDICIÓN ACTUALIZADA**

*Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida*  
**para vivir bien**

**PUBLICACIÓN**  
**121**

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

Ministerio de Salud y Deportes, 2009

Depósito legal: 4-1-2820-09

ISBN: 978-99954-742-6-3

**La reimpresión de este documento ha sido posible gracias a la OPS/OMS.**

©Ministerio de Salud y Deportes  
Calle Capitán Ravelo N° 2199  
Telf.- 2441479  
Dirección General de Servicios de Salud – MSD  
Unidad de Servicios de Salud y Calidad  
La Paz- Bolivia

#### **Revisión y actualización**

Dr. Abel Ajururo Mamani, Hospital Corea  
Lic. Alcira Anca, Responsable SSR SEDES Cochabamba  
Dr. Jaime Bartiga, Hospital German Urquidí  
Dra. Carmen Cornejo, Responsable SSR SEDES La Paz  
Dra. Ruth Calderón, Oncología Hospital de Clínicas La Paz  
Dra. Martha Calderón, CNS  
Dra. Magdalena Cruz V; Hospital Corea  
Dr. Carlos Dávila, Responsable SSR SEDES Potosí  
Lic. Ruth Galvez, Responsable SSR SEDES Santa Cruz  
Dr. Yohel Jiménez, Hospital Corea  
Dr. Jaime Leño, Hospital Corea  
Dr. Wilber Leyton, Responsable SSR SEDES Tarija  
Dra. Paula Mejía, Responsable SSR SEDES Pando  
Dr. Rene Mercado, Responsable SSR SEDES Beni  
Dr. Sandra Nieves, Responsable SSR SEDES Chuquisaca  
Lic. Haydee Padilla, OPS/OMS  
Dr. Igor Pardo, Director General de Salud  
Dr. Wilge Panoso, Hospital de Clínicas  
Dr. Ademar Quispe, Hospital Corea  
Lic. Norma Quispe, Profesional Técnico MSD  
Dra. Gladys Quiroga Iporre, Bioquímica Citóloga  
Dra. Jaqueline Reyes, Jefa de la Unidad de Servicios de salud y Calidad MSD  
Lic. Nancy Soliz, Responsable SSR SEDES Oruro  
Dr. Milton Soria, INLASA  
Dra. Lucy Villalobos, Hospital Corea  
Dr. Adolfo Zarate Cabello, Responsable de Cáncer de la Mujer y Anticoncepción  
Dr. Renato Yucra, Responsable Nacional Salud Materna MSD

#### **Organizaciones Sociales**

Lic. Nora Paz, Representante UMPABOL  
Sra. Martha Trigo, Fundación Boliviana de Lucha Contra el Cáncer  
Sra. Maritza Salazar, FNMCIOB “BS”  
Sra. Luisa Villca, FNMCIOB “BS”

**Se brinda un reconocimiento y agradecimiento especial a todas aquellas personas que trabajaron en la elaboración de la versión previa a la actualización.**

#### **Producción Editorial**

Sonoviso Comunicaciones 71971222  
4ta. Edición Bolivia, 2009

#### **Impresión**

Ediciones Excelsior SRL.

#### **Fotografías**

© Américo Vilca y Save The Children

# Contenido

<b>Presentación .....</b>	<b>7</b>
<b>PARTE 1</b>	
<b>Introducción .....</b>	<b>13</b>
<b>PARTE 2</b>	
<b>Marco conceptual.....</b>	<b>15</b>
Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004 - 2008 .....	19
El Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 1999 - 2002, .....	19
Plan Nacional de Supervivencia-Desarrollo Infantil y Salud Materna 1992.....	19
<b>PARTE 3</b>	
<b>Marco de referencia.....</b>	<b>19</b>
Seguro Básico de Salud 1998 .....	20
Carácter de la norma .....	21
Objetivo general .....	21
Objetivos específicos .....	21
<b>PARTE 4</b>	
<b>Normativa general.....</b>	<b>21</b>
Reglas .....	22
Funciones del personal de salud.....	30
Protocolo para la detección y despistaje .....	33



COPIA LEGALIZADA  
Resolución Ministerial  
24 JUL. 2009



**VISTOS Y CONSIDERANDO:**

Que, en la Nueva Constitución Política del Estado en su Capítulo Segundo de Derechos Fundamentales y en su artículo 18, parágrafo I y II establece que "Todas las personas tienen derecho a la salud, y que el Estado garantizará la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna";

Que, el artículo 3° del Código de Salud, establece que es atribución del poder ejecutivo a través del Ministerio de Salud y Deportes, definir las políticas nacionales de salud, normar, planificar, controlar y coordinar todas las actividades en todo el territorio nacional en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna;

Que, el artículo 90, del Decreto Supremo N° 29894 de 7 de febrero de 2009, Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, establece entre las atribuciones específicas del Ministerio de Salud y Deportes en sus literales a), d) y e), el de formular, promulgar y evaluar el cumplimiento de los programas de salud en el marco del desarrollo del país; garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación; ejercer, la rectoría, regulación y conducción sanitaria sobre el sistema de salud;

Que, mediante Ley N° 2426 se implementa el Seguro Universal Materno Infantil, en cuyo paquete de prestaciones se incluye la obligatoriedad de la detección y control del Cáncer de Cuello Uterino y tratamiento de lesiones pre-malignas, hasta el estadio in situ del cáncer de cuello uterino;

**POR TANTO:**

El señor Ministro de Salud y Deportes, en uso de las funciones que le confiere el Decreto Supremo N° 29894 de 7 de febrero de 2009, de Estructura Organizativa de Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional.

**RESUELVE:**

**ARTICULO UNICO:** Aprobar "La Norma Nacional, Protocolos y Procedimientos para la Detección y Control del Cáncer de Cuello Uterino", documento que en anexo forma parte integrante e indivisible de la presente Resolución.

La Dirección General de Servicios de Salud y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, quedan encargadas de la implementación y cumplimiento de la presente Resolución Ministerial.

Regístrese, hágase saber, cúmplase y archívese

*[Handwritten signature]*

Dr. Fernando Villarroel Espinola  
DIRECTOR GENERAL DE  
ASUNTOS JURIDICOS  
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

*[Handwritten signature]*  
Dr. Fernando Villarroel Espinola  
MINISTRO DE SALUD  
Y DEPORTES

*[Handwritten signature]*  
Dr. Fernando Villarroel Espinola  
MINISTRO DE SALUD  
Y DEPORTES

COPIA DEL ORIGINAL  
Ministerio de Salud y Deportes  
Asesoría Jurídica  
Ministerio de Salud y Deportes

# Presentación

A partir de enero del año 2006, Bolivia ingresa a una nueva etapa en su historia, con la implementación de una nueva Política Nacional de Salud, enmarcada en el Plan Nacional de Desarrollo que tiene como fin el engrandecer y dignificar a la comunidad boliviana rescatando por primera vez, todas las prácticas culturales y sociales que tienen nuestros pueblos, con la visión única de lograr una nueva Bolivia digna, soberana y productiva.

En este sentido la Política Nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural se constituye en la estrategia para lograr el derecho a vivir bien de las personas, las familias y las comunidades de nuestro país. La premisa “Movilizados por el derecho a la salud y la vida para vivir bien” plantea el fortalecimiento de la estrategia programática de cáncer de cuello uterino, con el objetivo fundamental de contribuir a reducir la morbi-mortalidad de la mujer boliviana por esta patología en nuestro país.

El cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte de las mujeres adultas y según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 4,5 mujeres mueren al día por cáncer de cuello uterino ocasionando la desintegración de nuestras familias y comunidades.

En el contexto de los desafíos actuales, el Ministerio de Salud y Deportes presenta la cuarta edición de la **Norma nacional, reglas, protocolos y procedimientos para la detección y control del cáncer de cuello uterino**, con la finalidad de apoyar en forma efectiva el ejercicio pleno de los derechos humanos fundamentales, el derecho a la salud en el marco de la Política Nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Dr. Ramiro Tapia Sainz

MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES  
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

# 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 la 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 la estrategia de Detección y Control del Cáncer de la Mujer, incluida la prueba de Papanicolaou.

**Cirugía ambulatoria:** Procedimiento quirúrgico que no amerita hospitalización.

**Citología cervical:** Estudio de las células del cuello del útero (cérvix “cito”, célula), sea por aspiración biopsia o por exfoliación.

**Crioterapia:** Es la congelación a bajas temperaturas de un tejido con el fin de destruirlo. Este procedimiento se utiliza para tratar tumores malignos, controlar el dolor, el sangrado y reducir las lesiones cervicales.

**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 peri-nuclear citoplasmático y núcleos hipercromáticos agrandados.

**Lesión Intraepitelial Escamosa de bajo grado (LIE B):** 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 Intraepitelial Escamosa de alto grado (LIE A):** Incluye las displasias moderadas y severas. Conforme se produce la transformación de carcinoma “in situ” a micro-invasor y francamente invasor, el cuadro citológico va haciéndose cada vez más abigarrado, con mayores atipias y un tono 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.

**Prueba de IVAA:** La IVAA consiste en la observación del cervix para detectar anomalías después de aplicar ácido acético al 5%. Que se utiliza para identificar la anomalía causada por el HPV a través del cambio “acetoblanco” o lesión pre-neoplásica sospechosa, es una prueba no invasiva, fácil de realizar y económica. 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 cérvicouterina que tiene un frotis de Papanicolaou “positivo”.

**Tamizaje:** El tamizaje cervical está diseñado para encontrar células anormales del cuello uterino en las fases iniciales de desarrollo, cuando son fáciles de eliminar, evitando el desarrollo del cáncer. El tamizaje cervical se realiza con la citología.

**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 el endocervix. Durante la edad reproductiva esta zona es distal al orificio cervical, por lo que es fácil obtener muestra. En la peri menopausia, 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.



## Introducción

El cáncer de cuello uterino (CACU) es un problema de salud pública mundial, que provoca la muerte de aproximadamente 260.000 personas y afecta a más de 500.000 nuevas mujeres cada año en el mundo (OMS, 2007). Sin embargo, a diferencia de la mayoría de los cánceres, el CACU puede prevenirse mediante programas de tamizaje económicos y de fácil acceso, diseñados para identificar y tratar las lesiones pre-cancerosas. Consecuentemente, esta tragedia es particularmente dura en países en desarrollo como el nuestro, donde el acceso a servicios eficaces de prevención es muy limitado: Bolivia tiene una de las tasas de incidencia y mortalidad más altas del Mundo; según estimaciones de la OMS, 4,5 mujeres mueren al día por cáncer cérvico uterino en nuestro país (OMS, 2004).

Debido a la magnitud que representa el cáncer cérvico uterino en nuestro país, se considera un problema de salud pública, por lo que es necesario subrayar como estrategia principal la coordinación de los sectores público, privado y social para afrontar este padecimiento con mayor compromiso, eficiencia y eficacia.

Es importante una participación activa de la comunidad para resolver este problema de salud, que

se podría lograr mediante la educación para la salud, acciones de promoción, difusión e información de los factores de riesgo, así como la sensibilización en el auto-cuidado de la salud.

**Agente Etiológico:** El cáncer de cuello uterino es una enfermedad asociada a muchos factores etiológicos, siendo el factor etipatogénico más importante el Virus del Papiloma Humano (VPH) y la acumulación de múltiples defectos del sistema inmune en el sitio del tumor y otros factores de riesgo.

Su incidencia es mayor en mujeres pobres en edad productiva, afectando la calidad de vida de la persona, la familia, la comunidad y frenando el desarrollo social y económico de nuestro país. Dada la magnitud que tiene la alta incidencia del cáncer de cuello uterino en la salud de las mujeres, la familia y la comunidad, su atención se ha constituido en una prioridad de la política nacional 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

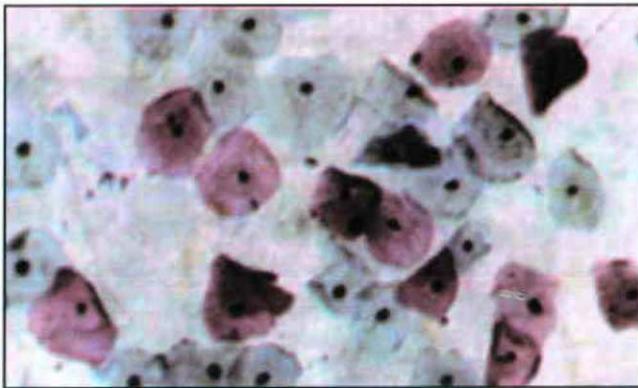
coberturas por encima del 80% para detectar y tratar el padecimiento en etapas iniciales. Esto generaría un importante impacto en la morbimortalidad de la mujer boliviana.

El diagnóstico está ya clásicamente establecido hace muchos años y se basa **en la citología, IVAA colposcopia, biopsia e histología. (Se debe implementar la biología molecular por que es el único estándar oro de la presencia del VPH y el tipo).**

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

### Figura 1

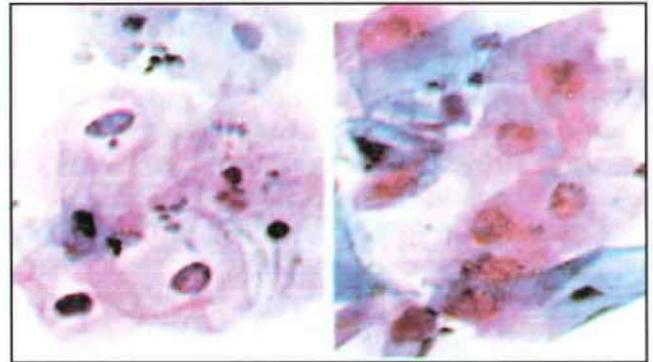
#### Células cervicales de aspecto normal



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

### Figura 2

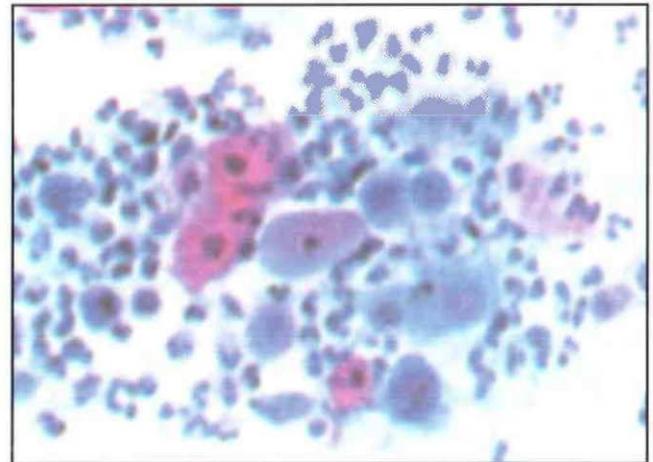
#### Displasia leve



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

### Figura 3

#### Displasia severa



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 distribuída de forma irregular.



## Marco conceptual

El cáncer de cuello uterino se inicia con la multiplicación anárquica y descontrolada de células con tendencia invasora. Su etiología ha sido claramente establecida, el agente causal más importante es el Virus del Papiloma Humano por encima de 93% y otros factores predisponentes, a través de algunos genotipos o tipos cancerígenos (**Bajo Grado 6'11 Alto Grado 16, 18, 31, 32 y 45, 52**). Las alteraciones, en un alto porcentaje, se desarrollan a nivel de la unión escamo-columnar o zona de transformación (Figura 4).

Figura 4

Cuello uterino



En la historia natural del cáncer del cuello uterino, éste pasa por alteraciones que van desde la Lesión intraepitelial Escamosa de bajo grado(LIEB) hasta el cáncer invasor, en un período que dura varios 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 de 13% a 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.

Gráfico 1

### Progresión de las lesiones intra-epiteliales



LA INFECCIÓN POR VPH Y EL CÁNCER INVASIVO SON LOS DOS POLOS DE LA MISMA ENFERMEDAD (Pr. Daniel Dargent). Este proceso que dura 15 años es tiempo ampliamente suficiente para prevenir el cáncer invasivo.

Debe tenerse en cuenta que en un 60 a 70% de 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, y (examen colposcópico).

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, independientemente de su edad y paridad 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 (Cuadro 1).

Cuadro 1

Factores de riesgo más importantes:
• Edad temprana de inicio de relaciones sexuales
• Infección por virus del papiloma humano (alto riesgo)
• Múltiples parejas sexuales (Promiscuidad sexual femenina o masculina)
• Infecciones ginecológicas a repetición especialmente de tipo viral, Antecedentes de condilomas-genitales o ITS
• Nivel socio económico bajo
• Multiparidad
• Tabaquismo
• Malnutrición
• Estados de inmuno-depresión, y mujeres que nunca se han realizado una citología
• Uso de anticonceptivos hormonales por más de 5 años asociado a multiparidad

El antecedente de no haberse realizado nunca una prueba citológica, o los factores de riesgo mencionados, son los que orientan 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, o una citología cada tres años.

Cuadro 2

Disminución potencial de la tasa acumulativa de cáncer cervical de acuerdo a la frecuencia de las pruebas	
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%

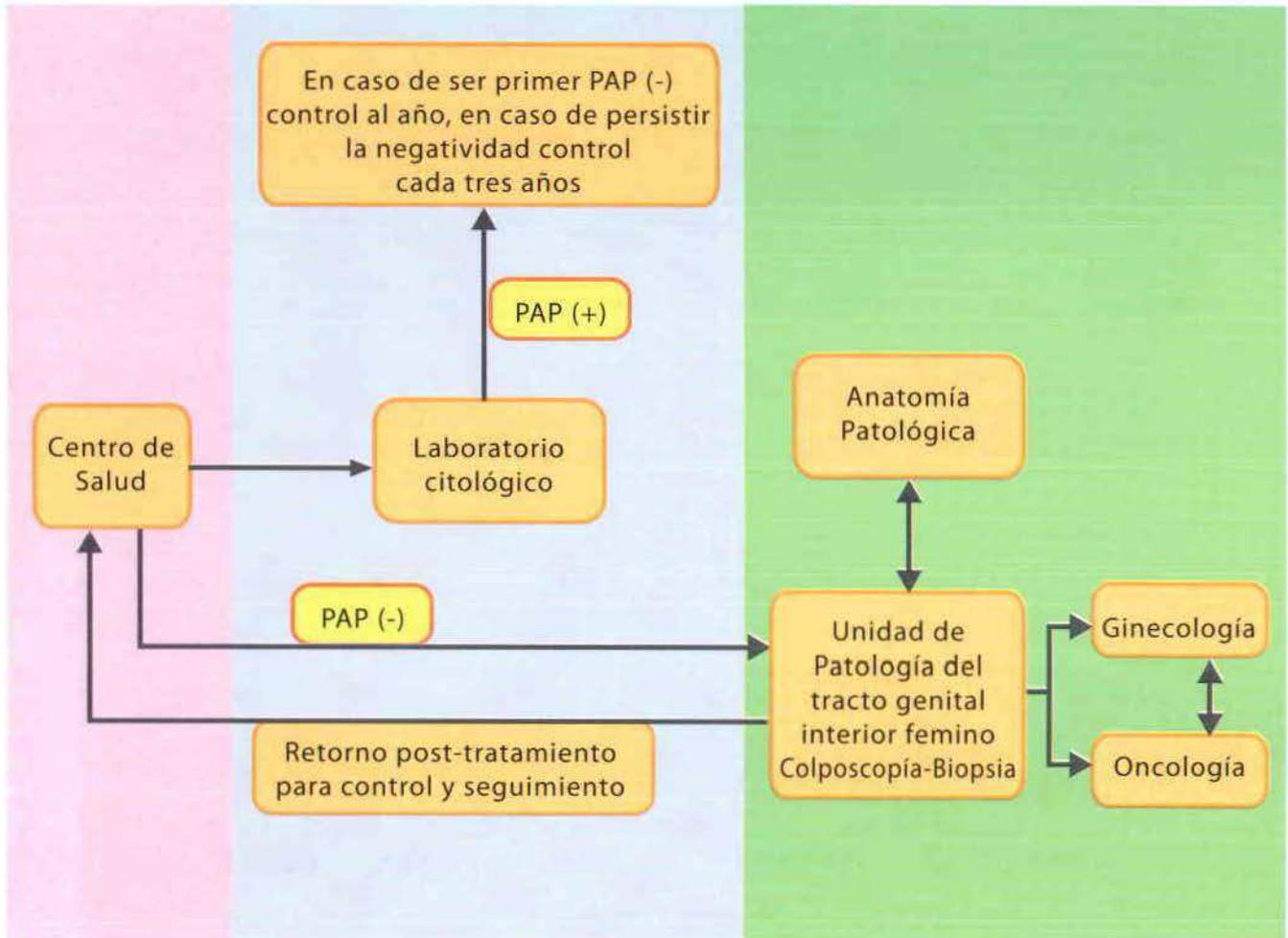
Detección de todas las mujeres entre 25 y 64 años a las que previamente se las haya sometido al menos a un examen de detección con un resultado negativo. Adaptado de IARC, 1986.

La salud y el bienestar de las personas, la familia y la comunidad o barrio constituyen elementos centrales en la calidad de vida a la que la sociedad aspira y que el Estado debe garantizar.

Representan la mejor de las inversiones productivas y constituyen uno de los derechos fundamentales reconocidos por la 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 en su conjunto.

Gráfico 2

Flujograma de actividades

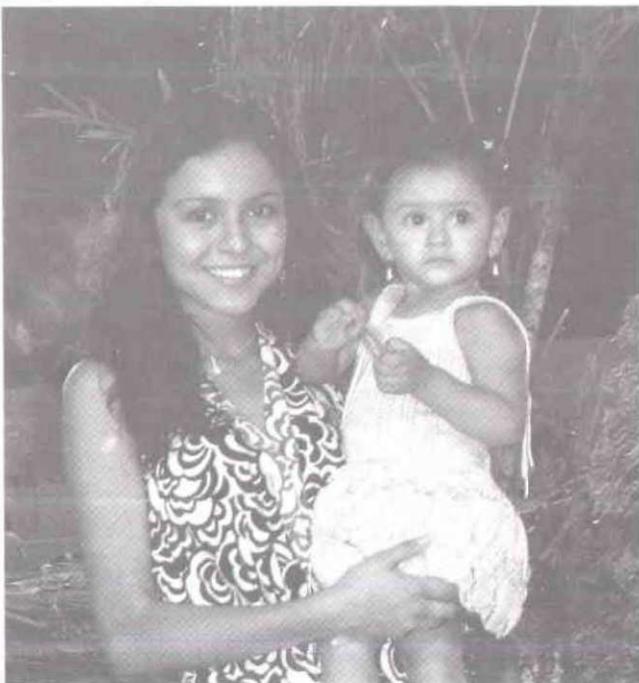




# Marco de referencia

### Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004 - 2008

El Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, fue aprobado por Resolución Ministerial N° 56, del 19 de febrero del 2004, Ley Ampliatoria del SUMI de complicaciones hemorrágicas de la primera mitad del embarazo, el incremento en la detección y tratamiento de lesiones pre-malignas de cáncer de cuello uterino.



### El Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 1999 - 2002,

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 la Estrategia Nacional de Detección y Control del Cáncer de la Mujer.

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.

### Plan Nacional de Supervivencia-Desarrollo Infantil y Salud Materna 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, la Norma Boliviana de Salud NB-SNS-OI-96, se instruyó el procedimiento para la recolección de citología cérvico-uterina (PAP).

## Seguro Básico de Salud 1998

El Seguro Básico de Salud, que fuera creado por Decreto Supremo N° 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.



# Normativa general

## CARÁCTER DE LA NORMA

El presente documento constituye un cuerpo normativo de aplicación obligatoria en el Sistema Nacional de Salud para las actividades de promoción de la salud, prevención, detección oportuna, tratamiento y seguimiento del cáncer de cuello uterino enmarcado dentro de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Este documento normativo contiene un conjunto de reglas, lineamientos y características destinadas a uniformar el desempeño del equipo de salud dentro de las redes SAFCI 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.

## OBJETIVO GENERAL

Contribuir a disminuir progresivamente la morbilidad y mortalidad por cáncer de cuello uterino, a

través de la unificación de la norma, detección oportuna, tratamiento y seguimiento de lesiones pre-malignas y cáncer en todas las mujeres bolivianas desde el inicio de la actividad sexual hasta los 64 años, con énfasis en las mujeres comprendidas entre 25 y 64 años. Además de implementar la vigilancia epidemiológica.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Impulsar y fortalecer el cumplimiento de la norma para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de cuello uterino y las lesiones precursoras.
- Promover y mejorar la calidad de la toma, procesamiento y lectura de la citología cérvico uterino.
- Garantizar los estándares de calidad de las Redes de Servicios, mejorando la capacidad técnica del recurso humano e implementando equipamiento suficiente para realizar la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de cuello uterino.

- Unificar el reporte citológico mediante el sistema BETHESDA.
- Promover la cobertura de tamizaje de calidad.
- Promover y mejorar la calidad de atención en los centros de tratamiento de las lesiones de las lesiones detectadas y diagnosticadas.
- Promover las actividades de promoción, prevención control y seguimiento del cáncer de cuello dentro del marco del modelo SAFCI.
- Difundir y aplicar a nivel nacional, el uso de formularios para solicitud de toma de muestras citológicas, solicitud de examen colposcópico, histológico, SUMI, planillas de seguimiento, etc.
- Implementar el sistema de vigilancia epidemiológica del cáncer de cuello uterino en las redes de servicios a través de instrumentos establecidos.
- Informar y promover en la población y la comunidad, el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos específicamente en lo que respecta a cáncer de cuello uterino.

## REGLAS

### De los derechos de la población y de la obligatoriedad en la prestación de servicios de las redes de servicios de salud.

Las mujeres de Bolivia tienen derecho a prestaciones de salud que permitan la detección precoz y tratamiento de hasta el estado *in situ* 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 oportuna,

control y seguimiento de esta patología, a través del Sistema de Seguro de salud vigente y de la Estrategia Nacional de Detección y Control de Cáncer de Cuello Uterino.

### De las responsabilidades por niveles de gestión y de atención.

El Ministerio de Salud y Deportes, 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:

#### Nivel nacional

La Unidad de Servicios de Salud y Calidad a través de la Estrategia Nacional de Detección y Control de Cáncer de Cuello Uterino, es 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 gestión de entidades para la capacitación continua de recursos humanos.
- La supervisión en la utilización y cumplimiento de la norma.
- La sistematización de la información nacional.
- La investigación.
- La evaluación periódica de la aplicación de la norma a nivel nacional.

## Nivel departamental

Los Servicios Departamentales de Salud, a través de los Responsables Regionales de SSR, son responsables de:

- La planificación departamental.
- La existencia y funcionamiento de los recursos humanos especializados.
- Fortalecer los servicios de salud existentes y crear los necesarios para la toma de muestras ginecológicas en las áreas rurales para el CACU.
- La gestión de la logística de insumos en coordinación con DILOS.
- Agilización del reporte radial de los casos de citología positivos a los establecimientos de salud.
- Funcionamiento del sistema de referencia y retorno.
- El control de calidad de los procesos en aplicación de la política y norma.
- La adecuación de la red departamental de salud para asegurar el flujo de actividades.
- La sistematización de la información.
- La evaluación periódica de la aplicación de la norma nacional a nivel departamental.

## Nivel Municipal

- Correspondiente al Directorio Local de Salud (DILOS). Es responsable de la gestión municipal de salud en el ámbito de sus competencias y obligaciones establecidas en el marco legal vigente. El DILOS o representante

y el Coordinador de la gerencia de red SAFCI, organizan y supervisan la aplicación de la norma en la red de servicios de salud de su jurisdicción.

## Responsabilidades del Coordinador de la Red de Servicios

- Cumplimiento de la Política Nacional de Salud, Familiar Comunitaria Intercultural y de las normas de orden público en el marco de la intersectorialidad y la interculturalidad.
- Coordinación con las Redes Municipales SAFCI bajo su jurisdicción, haciendo cumplir las normas técnicas de CACU
- Coordinar e incentivar la participación activa de las organizaciones sociales en las actividades de prevención, control y seguimiento del cáncer de cuello uterino.
- Operativizar los planes nacionales en el marco de sus competencias en lo referente a detección, control y seguimiento del CACUa través de la red de establecimientos de salud SAFCI.
- Agilizar del reporte radial de los casos de citología positivos a los establecimientos de la Red Municipal SAFCI.
- Evaluar periódicamente la aplicación de la norma nacional de cáncer de cuello uterino a nivel de la Red Municipal SAFCI.

## Obligaciones del Responsable Municipal de Salud

- Implementación de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, los seguros públicos de salud (SPAM, etc.), normas y programas nacionales vigentes en el Sistema Nacional de Salud.

- Seguimiento, supervisión y evaluación de la calidad de atención proporcionada por el equipo de salud, dentro y fuera del establecimiento de salud en lo que respecta a cáncer de cuello uterino.
- Asegurar la capacidad resolutive en su jurisdicción territorial del nivel que le corresponda, mediante la aplicación de la referencia y retorno.
- Promover el cumplimiento de la planificación municipal de salud a través de los compromisos de gestión de la Red Municipal SAFCI.
- Promover la ejecución de la capacitación y actualización institucional sobre normativas vigentes y temáticas, técnico-clínicas del cáncer de cuello uterino dentro de la Red Municipal SAFCI.
- Presentación de informes al DILOS, Consejo Social Municipal y al Coordinador de la Red sobre los resultados de supervisión del cáncer de cuello uterino en la Red Municipal de SAFCI.
- Responsable de la programación y planificación municipal de la Red Municipal SAFCI en lo referente al CACU.
- Operativizar los planes nacionales en el marco de sus competencias en lo referente a detección, control y seguimiento del CACU a través de la red de establecimientos de salud SAFCI de su jurisdicción.
- La agilización del reporte radial de los casos de citología positivos a los establecimientos de salud de la red municipal SAFCI.
- Gestión de los insumos necesarios en coordinación con DILOS para una efectiva implantación del CACU.

- Evaluación periódica de la aplicación de la norma nacional a nivel de la Red Municipal SAFCI.

## De las responsabilidades por niveles de atención

El sector salud, en el marco del modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y en correspondencia con los niveles de complejidad y capacidad resolutive, asumen responsabilidades en la atención a la población programática:

**El primer nivel**, a través de la Red de establecimientos de salud (centros y postas) SAFCI, es responsable de:

- La promoción, prevención, control y seguimiento del cáncer de cuello uterino en coordinación con los representantes de las organizaciones comunitarias y sociales.
- La toma de muestras de PAP e IVAA.
- Recepción y referencia de casos sospechosos, al nivel de mayor complejidad.
- Seguimiento y atención a usuarias tratadas de retorno, de acuerdo a protocolo.
- La búsqueda activa de casos positivos y de mujeres que nunca se realizaron una citología o PAP.

**El segundo nivel**, a través de los hospitales de segundo nivel o que albergan centros de patología cervical, es responsable de:

- La promoción, prevención, control y seguimiento del cáncer de cuello uterino en coordinación con los representantes de las organizaciones comunitarias y sociales.
- La toma de muestras de PAP.

- Referencia de casos sospechosos.
- Seguimiento a usuarias tratadas de retorno de tercer nivel, de acuerdo a protocolo.
- Colposcopia (pacientes referidas). Biopsia (en caso necesario).
- El tratamiento ambulatorio de casos no complicados (LIE).

**El tercer nivel**, a través de los hospitales especializados y laboratorios de citopatología y anatomía patológica, es responsable de:

- La promoción y prevención en coordinación con los representantes de las organizaciones comunitarias y sociales.
- La toma de muestras de PAP e IVAA.
- La lectura citológica de las muestras.
- Colposcopia a pacientes con frotis positivo.
- Confirmación diagnóstica de casos sospechosos.
- Control de calidad del segundo nivel, capacitación y actualización de recursos humanos
- El estadiaje clínico-quirúrgico de casos confirmados.
- El tratamiento especializado en servicios de ginecología (hasta el cáncer «Intra epitelial» LIEB) y en servicios de oncología (en caso de lesiones mayores LIEA).
- Seguimiento y monitoreo a pacientes tratadas enviadas de retorno.

## Del sistema de referencia y retorno.

La detección, control y seguimiento del cáncer de cuello uterino será posible mediante un eficaz sistema de referencia y retorno al interior de la Red municipal SAFCI y Red de servicios, con los instrumentos normativos establecidos, tendrá en consideración lo siguiente:

### *Para la lectura de las muestras:*

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

### *Para la confirmación diagnóstica y tratamiento:*

La red de establecimientos SAFCI 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 (o lo que corresponda). Una vez tratada la usuaria será enviada de retorno 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 y envió a la paciente de retorno.

Inmediatamente se conozca 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.

## 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 que ya han iniciado su vida sexual, con especial énfasis en quienes tienen otros factores de riesgo o nunca se hayan realizado una citología o PAP.

## De la población con mayor riesgo

Constituyen población con mayor riesgo, las usuarias con los antecedentes en el Cuadro 1:

## Del método o técnica principal de detección

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

## 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.

Cabe recalcar que las citologías no aptas o inadecuadas deben ser repetidas.

## De la reducción de oportunidades perdidas

El personal de salud deberá realizar actividades de promoción, prevención e información en el marco del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y deberá realizar la Prueba de Papanicolaou (PAP) a toda mujer que consulta en los servicios de cualquier nivel de atención, ya sea por causa ginecológica, obstétrica o cualquier otra.

## De la atención integral: detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento.

El personal de salud deberá brindar atención integral.

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

## 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:

Terminología del Sistema Bethesda 2001

Tipo de Muestra: Indicar frotis convencional (PAP convencional) vs. en base líquida vs. Otro.

## Muestra adecuada

- Satisfactoria para evaluación (describir presencia o ausencia de componentes de zonas de transformación/endocervical y cualquier otro indicador de calidad, por ejemplo: parcialmente teñido con sangre, inflamación, etc.).
- No satisfactorio para evaluación (especificar razón).
- Muestra rechazada/no procesada (especificar razón).
- Muestra procesada y examinada, pero no satisfactoria para evaluación de anormalidad epitelial (especificar razón).

## Categorización general (opcional)

- Negativo para lesión intraepitelial o malignidad.

- Anormalidad de células epiteliales: Ver interpretación/resultado (especificar 'escamoso' o 'glandular' como apropiado).
- Otro: Ver interpretación/resultado (por ejemplo: células endometriales en una mujer > 40 años de edad).

## Revisión automatizada

Si fue examinado por un aparato automatizado, especificar aparato y resultado.

## Pruebas Auxiliares

Proveer una breve descripción de los métodos y reportes de resultados para que sea fácilmente comprendida por los médicos.

## Interpretación/resultados

**Negativo para lesión intraepitelial o malignidad** (cuando no exista evidencia celular de neoplasia, estado en la sección del reporte categorización general y/o interpretación/resultados, ya sea o no por organismos u otros hallazgos no neoplásicos)

Organismos:

- Trichomonas vaginalis.
- Organismos micóticos morfológicamente consistente con *Candida spp.*
- Cambio en la flora sugestivo de vaginosis bacteriana.
- Bacterias morfológicamente consistentes con *Actinomyces spp.*
- Cambios celulares consistentes con *Herpes simplex virus.*

Otros hallazgos no neoplásicos (Opcional para el reporte; lista no incluida):

Cambios celulares reactivos asociado con:

- Inflamación (incluye reparación típica).

- Radiación.
- Dispositivo Intrauterino Contraceptivo (DIU).
- Estado de células glandulares post histerectomía.
- Atrofia.

## Otro

Células endometriales (en una mujer > 40 años de edad) (Específicamente si es negativo para lesión intraepitelial escamosa)

## Anormalidades de células epiteliales.

### Células Escamosas

- Células escamosas atípicas (ASC).
  - de significado indeterminado (ASC-US).
  - no puede excluirse LIE A (ASC-H).
- Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIE-B) comprendiendo: HPV/displasia leve/ CIN 1.
- Lesión Intraepitelial Escamosa de alto grado LIE-A) comprendiendo: displasia moderada y severa, carcinoma in situ (CIS)/CIN 2 y CIN 3.
- Con características sospechosas para invasión (si la invasión es sospechada).
- Carcinoma de células escamosas.

### Células glandulares

- Células glandulares atípicas (AGC)
  - células endocervicales (no específico - NOS o especificar en comentarios)
  - células endometriales (NOS o especificar en comentarios)
  - células glandulares (NOS o especificar en comentarios)
- Atípicas
  - células endocervicales, favorece neoplasia
  - células glandulares, favorece neoplasia
- Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS)
- Adenocarcinoma

- endocervical
- endometrial
- extrauterino
- no especificado (NOS)

### Otras neoplasias malignas (especificar)

### Nota educacional y sugerencias (opcional)

Las sugerencias deberían ser concisas y consecuentes con las guías de seguimiento clínico publicados por organizaciones profesionales (referencias de publicaciones relevantes pueden incluirse).

### Criterios relacionados

- Criterios diagnóstico del CDC para Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI).
- Criterios diagnóstico en el síndrome de ovario poliquístico.
- Síndromes o entidades nosológicas asociadas con ovarios poliquísticos.

### De la calidad del citodiagnóstico

Todas las citologías informadas como positivas incluidas, atípicas, dudosas e inadecuadas deben ser revisadas obligatoriamente por el cito-patólogo de manera conjunta con el citólogo.

Diariamente debe realizarse una relectura aleatoria del 10 % de citopatologías negativas por personal debidamente entrenado y con experiencia.

Con el objetivo de mantener la calidad de la lectura de muestras se debe realizar el control de calidad interno mediante revisión rápida y control de concordancia.

El resultado de estudio citológico debe ser entregado por el laboratorio en un plazo no mayor a 7 días de su recepción.

El control de calidad externo para el examen citológico de los laboratorios departamentales, incluirá la revisión de series de laminillas representativas de la patología cérvico vaginal y de los problemas técnicos.

El laboratorio de referencia nacional deberá recibir el control externo de calidad de lectura de parte del laboratorio de referencia internacional, previamente identificado y certificado de acuerdo a normas y estándares internacionales.

### 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.

### Del sistema de registro y notificación (Anexos 7, 8 y 9)

#### *Sistema de registro nacional*

- Bajo la coordinación de la estrategia, 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

#### *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).

#### Sistema de registro de la red servicios de salud

Los equipos de gestión de las coordinaciones de redes de servicios de salud consolidarán la información de las citologías positivas y los casos diagnosticados de sus respectivas áreas de influencia.

#### Las líneas programáticas

- Promoción
- Prevención
- Detección
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Seguimiento
- Impacto

#### 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.

#### Del método de detección "Inspección Visual con Ácido Acético"

El método de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) podrá ser aplicado, 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 y departamental.

#### 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 resolutoria mínima
- Orientación
- Registro
- Notificación
- Procedimientos

#### 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, promoción, prevención, información y comunicación social, educación, capacitación, apoyo a la participación, registro, análisis, investigación, seguimiento y evaluación.

#### Gestión y gerencia

- Identificar población en edad de riesgo.

- Establecer convenios con instituciones de otros sectores para asegurar la remisión, monitoreo y seguimiento de pacientes.
- Identificar establecimientos de mayor complejidad y capacidad resolutive para la referencia de casos cuyo daño así lo requiera dentro de la red de servicios.
- Gestionar los recursos necesarios para la dotación de formularios de registro y material de IEC, nivel local.
- Programar el desarrollo de actividades preventivo-promocionales en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural y en correspondencia con las reglas y protocolos contenidos en el presente documento.
- Programar la capacitación y reciclaje o actualización del personal institucional para garantizar una atención de calidad.
- Programar actividades de comunicación social para optimizar la información, educación y comunicación, en coordinación con las organizaciones sociales y comunitarias
- Supervisar, hacer seguimiento y evaluar el desarrollo de las actividades y el cumplimiento de la programación y de los planes, de la estrategia del cáncer de cuello uterino.

### Logística de suministros

- Programar y gestionar anualmente la dotación de insumos y reactivos para la estrategia a las entidades correspondientes.
- Apoyar y promover la adquisición de insumos y reactivos para la estrategia, en el marco del Seguro de Salud y de la estrategia de cáncer de cuello uterino.

- Organizar la recepción, almacenamiento, reempaque y procesamiento de pedidos (requisición/asignación).
- Organizar la distribución de reactivos e insumos de la estrategia dentro de la red de laboratorios y establecimientos de salud SACFI.
- Realizar seguimiento y mantenimiento garantizando los stocks adecuados de insumos y reactivos de la Estrategia al SIAL y SNUS.

### Atención Integral

- Desarrollar actividades preventivo-promocionales en el marco de modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
- Organizar y adecuar las instalaciones físicas, mobiliario y equipos para asegurar una atención de calidad.
- Organizar los establecimientos en concordancia y marco del modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural haciéndolos amigables para mejorar las coberturas de Papanicolaou en el grupo de riesgo priorizado por la estrategia.
- Organizar sistemas de referencia y retorno de acuerdo a la normativa vigente, en función del nivel de complejidad y capacidad resolutive del establecimiento.
- Apoyar estrategias resolutivas para aquellos casos que no tuvieran la cobertura del seguro de salud.

### 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 y el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

- Promover estrategias innovadoras de información, orientación y comunicación social.

### Educación y capacitación

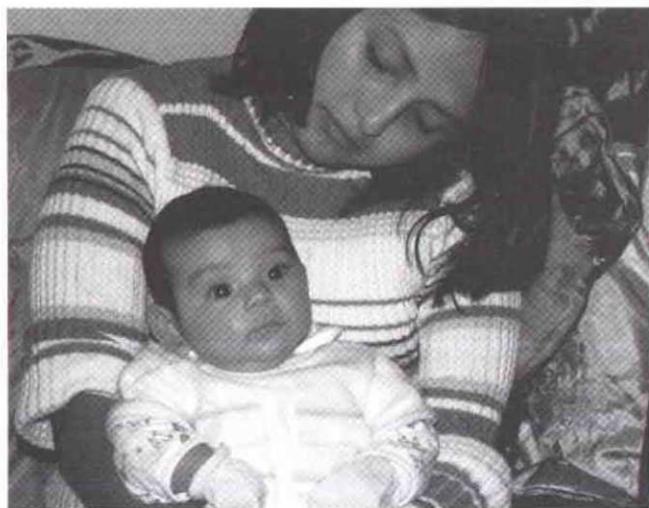
- Capacitar al personal de salud para una adecuada comprensión y manejo de las políticas y normas en relación a la estrategia.
- Capacitar al personal de salud para la correcta aplicación de las reglas y protocolos de detección y control del cáncer de cuello uterino.
- Sensibilizar a la población en general, (responsables populares de salud, representantes de las redes, organizaciones sociales, educativas, agrupaciones juveniles organizadas, autoridades locales municipales departamentales y nacionales) en la temática del cáncer con énfasis en las actividades preventivo-promocionales, medidas de detección temprana, y control del cáncer de cuello uterino.

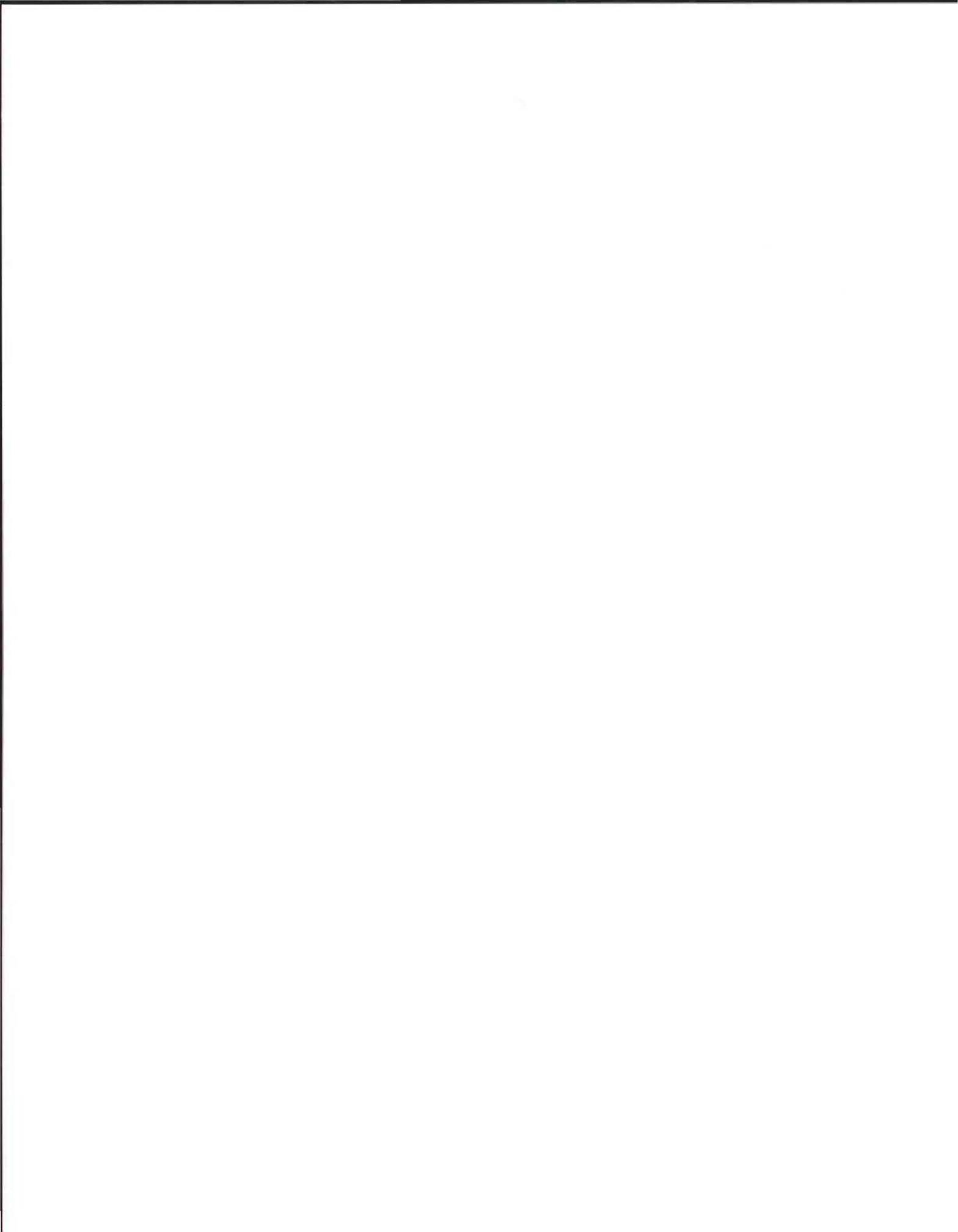
### Impulsar la participación comunitaria

- Promover la participación de las organizaciones sociales y comunitarias para mejorar las actividades de difusión, ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos; información, promoción y prevención del cáncer de cuello uterino.
- Promover la participación de la población de mujeres, buscando mejorar la demanda de servicios de tamizaje del cáncer de cuello uterino.

### 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 (SIAL), 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 de la Estrategia Nacional de Cáncer de Cuello Uterino.
- Asegurar la dotación y la utilización adecuada de los formularios del SNIS y de los seguros.
- Desarrollar investigaciones operativas para mejorar la oferta y atención en la Estrategia Nacional de Cáncer de Cuello Uterino.
- 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).







# Protocolos y procedimientos

## PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN Y DESPISTAJE

### Propósito

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

En mujeres con dos citologías anuales consecutivas con resultado negativo a lesión intra epitelial o cáncer, se realizará la detección cada 3 años.

A las mujeres con resultado citológico de lesión intraepitelial o cáncer, se les informará que el resultado no es concluyente y que requieren el diagnóstico confirmatorio. Estas pacientes serán enviadas a una unidad de colposcopia y se confirmará el resultado en la unidad de Anatomía Patológica para el diagnóstico final, para su posterior tratamiento y control citológico establecido.

El resultado citológico se reportará de acuerdo con el Sistema de Clasificación Bethesda, como se indica en el Cuadro 3.

Los métodos de tamizaje para la detección oportuna de cáncer del cuello uterino son:

- Citología Cervical y visualización directa con ácido acético (sólo cuando no se cuente con infraestructura para realizar la citología cervical).
- Las pruebas moleculares como Captura de Híbridos, pueden ser utilizadas como complemento de la citología.
- El personal de salud de primer contacto (médicos, enfermeras y /o personal capacitado) ofrecerá a toda mujer entre 25 a 64 años de edad, en especial a aquellas con factores de riesgo; información y sensibilización acerca del CACU y se le realizará la toma de muestra para el examen de Papanicolaou a quien la solicite, independientemente de su edad.
- Estas muestras serán remitidas a una unidad de Citología, para el procesamiento e interpretación citológica.

## 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 aire y escobilla (cepillo endocervical) en la zona escamo-columnar del cérvix por personal debidamente adiestrado
- **Técnica de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)**
  - La IVAA consiste en la observación del cérvix para detectar anomalías después de aplicar ácido acético al 5%.
  - El ácido acético se utiliza para identificar el epitelio anormal a través del cambio “aceto blanco” de una lesión pre-neoplásica o sospechosa.

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. Es un método apropiado para instalaciones de bajos recursos y lugares de difícil acceso.

## Clasificación oficial

Se adopta el Sistema Bethesda (con la revisión de 2001).

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

### Cuadro 3

Sistema Bethesda
Dentro de los límites normales (NILM)
Cambios reactivos y reparativos Células escamosas atípicas de significado indeterminado
L-SIL o LIEBG incluye condiloma L-SIL o LIEBG incluye condiloma H-SIL o LIEAG H-SIL o LIEAG
H-SIL o LIEAG
Carcinoma Invasor

Para mayores detalles ver cuadros 4 y 5

Cuadro 4

Diagnóstico citológico cérvico-vaginal "Bethesda System"	
I Informe de Adecuación	II Diagnostico Descriptivo
A Satisfactorio B. No satisfactorio	A. Infección B. Inflamación C. Miscelánea
III Anomalías de células Epiteliales	
A Células escamosas 1. Células escamosas atípicas: De significado incierto(ASC-US). No es posible descartar una LIEAG (ASC-H). 2. Lesión intraepitelial escamosa(LIE) _de bajo grado: _de alto grado: 3. Carcinoma invasor.	B. Células glandulares: endometriales o endocervicales 1. Presentes 2. Atípicas 3. Adenocarcinoma: endocervical endometrial

FUENTE: 2001 OPS Fernández, E; Herraiz, M; Guadallx, F.: Diagnóstico precoz del carcinoma cervical uterino. En: "El útero, fisiología y patología".

Cuadro 5

Diferentes tipos de nomenclatura para la clasificación de los frotis				
Sistema de Clases de Papanicolaou (1954)		Descriptivo (1968) O.M.S.	CIN (1978) Richart	Sistema Bethesda (1988-2001)
Clase I	Normal	Negativo a células Malignas	Negativo	Dentro de los límites normales (NILM) negativo para lesión intraepitelial o malignidad
Clase II	Leve Atipia	Atipia inflamatoria Atipia escamosa		Cambios reactivos y reparativos Células escamosas atípicas de significado indeterminado
Clase III	Displasia	Atipia coilocítica		L-SIL o LIEBG incluye condiloma
		Displasia leve	NIC o CIN 1	L-SIL o LIEBG incluye condiloma
		Displasia moderada	NIC o CIN 2	H-SIL o LIEAG
	Displasia grave o severa	NIC o CIN 3	H-SIL o LIEAG	
Clase IV	Probable Cáncer	Carcinoma in situ	NIC o CIN 3	H-SIL o LIEAG
Clase V	Definitivo Cáncer	Carcinoma invasor	CA invasor	Carcinoma invasor

#### Abreviaturas

ASC-H, Células escamosas atípicas, no se puede descartar una lesión intra-epitelial de alto grado

ASC-US, Células escamosas atípicas de significado indeterminado

NILM, Negativo para lesión intra-epitelial o malignidad

NIC, Neoplasia intra-epitelial cervical

SIL, lesión intra-epitelial escamosa

L-SIL o LIEBG, Lesión intra-epitelial escamosa de bajo grado

H-SILo LIEAG, Lesión intra-epitelial escamosa de alto grado

## 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 de calidad:

Los laboratorios de citología deben ser supervisados por médicos patólogos quienes supervisarán y organizarán el control interno diario.

- 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 del 10% de muestras.
- Debe realizarse la correlación colpo-cito-histológica, 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.

### Control externo

- El laboratorio de referencia nacional en el marco de la incorporación del país a la Red Panamericana de Citología, deberá recibir control externo de muestras citológicas e histológicas por un laboratorio internacional de referencia identificado y acreditado de acuerdo a normas y estándares internacionales.
- Los laboratorios departamentales deben tener un control externo nacional e internacional.

## Resultado esperado

Frotis satisfactorio (adecuadamente obtenido), sometido a lectura citológica y categorizado de acuerdo al Sistema Bethesda.

### Población en edad de riesgo

Toda mujer deberá ser informada sobre la importancia de realizar una prueba de citología (PAP). 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.

### Prestador/proveedor

La toma de PAP la hace todo el personal de salud (médicos y/o enfermeras, auxiliares de enfermería entrenadas) en la Red de Servicios de Salud.

La toma de Papanicolaou podrá realizarse como una prestación independiente de la consulta médica y dependiendo del resultado de citología se orientará a la usuaria a acceder a la consulta médica.

### Equipamiento e insumos mínimos

Establecimientos con ambientes que garanticen privacidad, mobiliario y equipamiento adecuado, instrumental estéril, personal entrenado e insumos para la detección (guantes, portaobjetos, espátulas de aire y cepillo endocervical, fijador) ácido acético al 5% y para lo que el ministerio tiene elaborada la ficha del IVAA.

### Orientación

- Orientación interpersonal en consulta, sobre todo a usuarias con factores de riesgo. Utilizando medios de apoyo, como rotafolios, carteles otros materiales de IEC adecuados.

- Información general mediante campañas.
- Información mediante carteles (afiches) ubicados en los establecimientos de salud y otros lugares de masiva concurrencia (mercados, iglesias, colegios, clubes de madres, ferias etc.).

### Conducta a partir del reporte de laboratorio

- Frotis inadecuado para informe citológico: repetir la muestra, 21 días luego de la última toma de muestra.
- Frotis negativo a células neoplásicas: (NILM) 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 Escamosa de Bajo Grado” (LIE de bajo grado), frotis sugerente de “Lesión Intraepitelial Escamosa 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 cervical y la mujer pueda ser tratada (ginecología u oncología), de acuerdo a diagnóstico y estadiaje.

### 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 siete días para reclamar al laboratorio de citología el reporte radial de casos positivos para iniciar la búsqueda activa.
- El laboratorio de citología deberá informar por el medio de comunicación más adecuado (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, citadas y tratadas y/o referidas para tratamiento.

### Registro

- Carpeta de salud familiar del modelo SAFCI.
- Formularios.
- Informe de actividades generales de detección y control del cáncer de cuello uterino.
- Consolidado mensual de casos sospechosos.
- Consolidado anual de actividades.
- Formulario único de registro de laboratorio en consenso con los patólogos.
- Tarjeteros.



## Notificación

Los casos positivos serán notificados a la coordinación de la Red Servicios de Salud.

## 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 y con cepillo endocervical.
- 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.
- En caso de: manipulación sobre el cuello uterino, legrado, colocación o retiro de DIU, etc., debe esperarse al menos dos semanas.
- En caso de: tratamientos destructivos (electro-coagulación), esperar no menos de cuatro meses.

### *Material de toma de muestra*

- Tener preparado previamente el material necesario para la toma y fijación de la misma. (Fig. 5)

Figura 5

Material de toma de muestra



El exocervix debe ser bien visualizado y el orificio endocervical accesible. (Fig. 6)

Figura 6

Colocado de espéculo

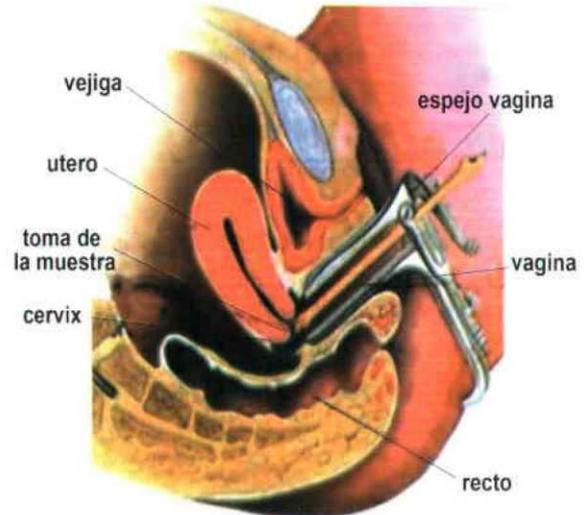


Figura 7

Ubicación de cuello uterino



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 exocervical:

Tomar la extremidad **redondeada** de la espátula de Ayre y partiendo de los fondos de saco, raspar **todo** el cervix saliendo en espiral hasta el contorno del orificio exo-endocervical cuya superficie total debe ser igualmente objeto de un raspado tratando de recoger las células descamadas si es posible evitando provocar sangrado. Extender el producto recogido inmediatamente sobre un porta-objeto limpio sin presionar demasiado la espátula, con uno o dos movimientos en el sentido de la longitud de la lámina y **fijar antes de transcurridos 10 segundos**, con un chorro de spray a unos 30 centímetros de distancia (Fig 8). En los casos en que la unión escamo-columnar sea visible y no observe eversión de más de 1cm en torno del orificio endocervical, se podrá utilizar la extremidad bífida de la espátula haciéndola rotar 360°.

Figura 8

Espátula aire

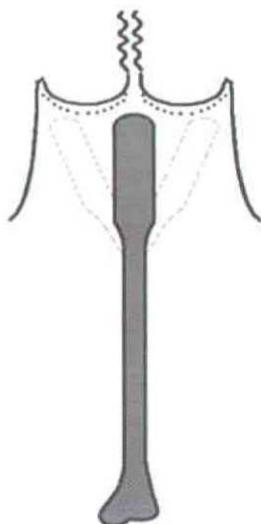


Figura 9

Fijación de spray



### Toma de muestra endocervical:

Utilizar el cepillo endocervical (cito-brush o cito-cepillo) para ésta toma. Introducirlo en el canal a una profundidad de más o menos 1cm y medio (en función de la anatomía del mismo) y hacerlo rotar entre los dedos si el canal endocervical es estrecho como es el caso de las nulíparas y de las menopáusicas con atrofia, si es ancho, hacerlo girar de modo de recoger las células de toda la superficie de la mucosa. Practicar el extendido sobre el porta-objeto rotando el cepillo entre los dedos en el sentido de la longitud de la lámina en capa no demasiado gruesa y fijar antes de transcurridos 10 segundos, con spray. (Fig. 10 y 11)

Figura 10

Introducción del cepillo endocervical

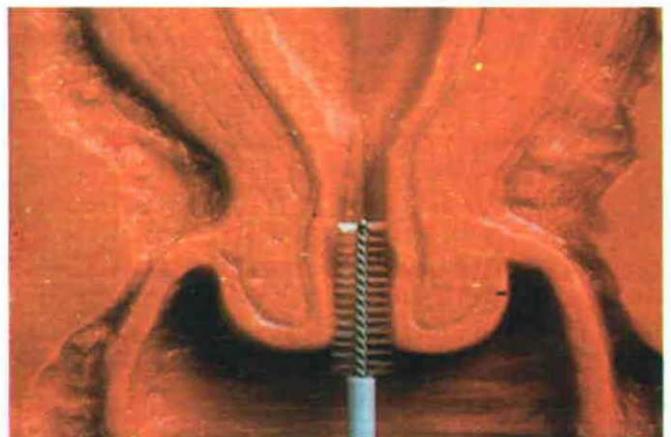
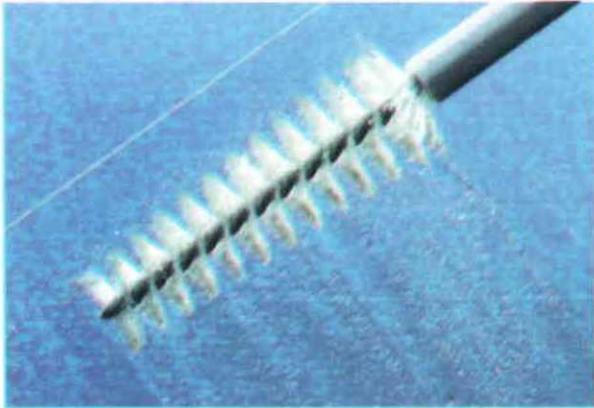


Figura 11

### Cepillo endocervical

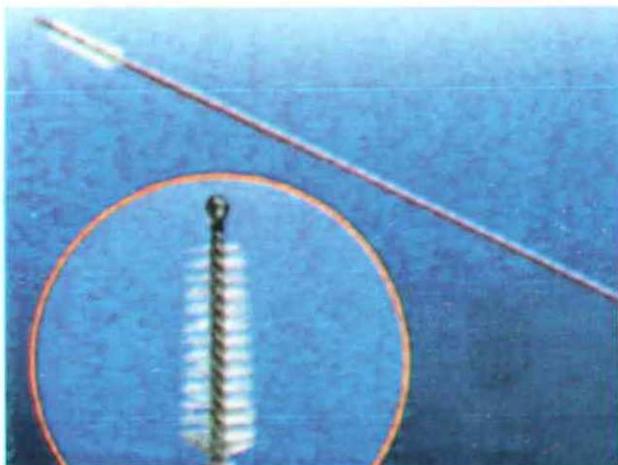


### Toma de muestra (depende del método empleado):

- 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 90°, para que con esta maniobra sea posible recoger células (aplicar una presión muy leve sobre el cérvix ya que sangra con facilidad).

Figura 12

### Tipos de toma de muestras



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

- Tener preparado previamente el material necesario para la toma y fijación de la misma.
- 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 en lo posible.
- Extendido de la muestra.

*Con espátula de Ayre:* La técnica consiste en realizar un extendido único en sentido longitudinal. 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 en sentido contrario a la toma de la muestra (contra reloj), la escobilla sobre el portaobjetos, en sentido longitudinal, sin perder contacto con el portaobjetos.

### Fijación de la muestra

La fijación de la muestra se realiza con Cito-spray 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 cyto-spray, agitando el frasco y emitiendo un chorro a una dis-

tancia de 20 a 30cm. 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.

**Memotécnico: 5", 96°, 30'**

5" = 5 segundos desde la toma de muestra hasta colocar el fijador.

96° = fijador alcohol 96°

30' = 30 minutos mínimo en el alcohol 96°.

• **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. 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.

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 "grueso".
- 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.

Pasos a seguir después de la toma de muestra citológica en laboratorio de citología (Anexo 12).

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



Figura 13

## Inspección visual con ácido acético

- 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 cérvix e identificación de alteraciones. En caso necesario, limpiar el cérvix, 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 cérvix. Esperar un minuto hasta que el ácido acético se absorba y aparezcan áreas blancas, por reacción al ácido (reacción aceto blanca).
- 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 aceto blanca 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 acetoblanas 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 cito-patología) 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.



## PROTOCOLO PARA LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

### Propósito

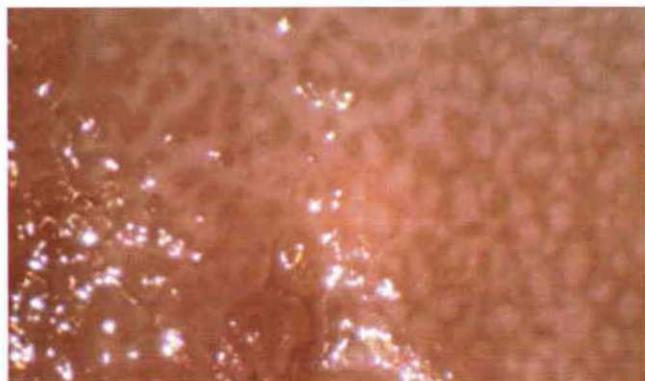
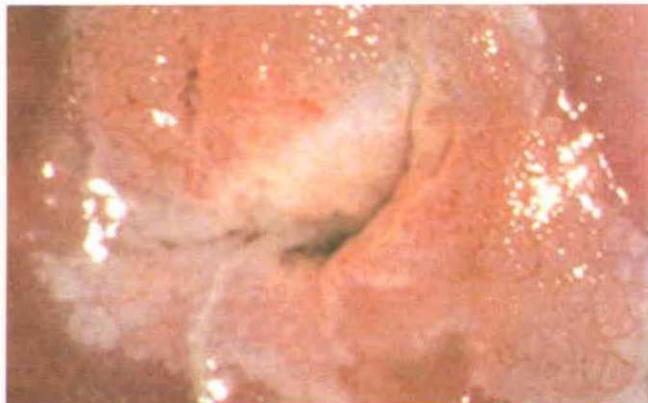
La confirmación diagnóstica constituye un paso necesario en el estudio de los frotis sospechosos; su propósito es confirmar las sospechas diagnósticas detectadas mediante el despistaje (Ver flujograma, pág. 31).

### Métodos y técnicas

- Colposcopia
- Biopsia dirigida
- Cepillado endocervical
- Biopsia en cono

### Figura 18

### Coloscopio



### Clasificación recomendada

### Clasificación histopatológica

- Carcinoma escamocelular (epidermoide): compromete el epitelio plano poliestratificado del exocervix; comprende aproximadamente el 90% de casos de cáncer cervical.

- 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, linfomas, melanomas u otros son relativamente poco frecuentes.

## Usuaría

Usuarías con diagnóstico histopatológico.

## Resultado esperado

Usuaría con muestra o pieza anatómica sometida a estudio histológico e informado de acuerdo a clasificación (Nomenclatura convenida).

## Prestador/proveedor

Médico especialista (ginecólogo, oncólogo).

## Capacidad resolutive mínima

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

## Orientación

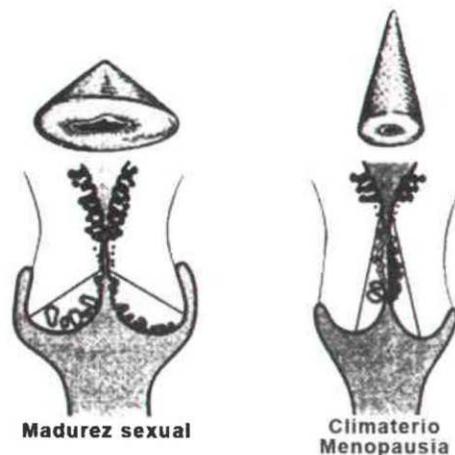
Usuarías con frotis sospechoso deberán recibir información precisa respecto de la importancia de los estudios diagnósticos y de los riesgos implícitos.

## Conducta

- Colposcopia
- Biopsia dirigida
- Cepillado endocervical
- Biopsia en cono
- Biopsia legrado endometrial

## Figura 19

### Conización



## Registro

- Carpeta de salud familiar SAFCI
- Hoja de consentimiento informado
- Carnet de control
- Formulario reporte de anatomía patológica

## Notificación

- Coordinadores de la Red de Servicios de Salud
- Responsables Departamentales de SSR en los SEDES

## 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 LIE.
- **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 positiva IVAA o SCHILLER, independientemente del resultado de la citología. Este procedimiento puede realizarse a través de una colposcopia. Debe realizarse con una pinza de “sacabocados” a fin de obtener pequeños fragmentos de 2-3mm de diámetro en los que, aparte del epitelio escamoso, se obtenga suficiente estroma como para valorar la incipiente invasión.

- **Cepillado del canal endocervical**

El legrado de canal endocervical es obsoleto, porque la muestra obtenida tiene mucho tejido destruido y sangre. El legrado ha sido remplazado por el cepillado endocervical que se debe realizar en toda paciente con PAP positivo para confirmación diagnóstica y compromiso endocervical, en las pacientes perimenopáusicas y menopáusicas aunque el PAP sea negativo.

La técnica consiste en introducir en endocérvix por el OCE rotar 90° en el sentido de las agujas del reloj. Retirar y extender en el porta objetos en toda su longitud, haciendo rotar en sentido contrario de las agujas del reloj.

- **Conización cervical**

La conización cervical es la técnica más segura para el diagnóstico del LIE 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 LIEAG. También tiene utilidad terapéutica cuando los márgenes del cono son negativos en el examen histopatológico.

- 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 escamo-columnar y canal endocervical. Se debe incluir el cono en su totalidad para estudio histopatológico. Las complicaciones según la técnica utilizada son escasas.

- **Colposcopia**

Para brindar una atención médica de calidad, cada colposcopista deberá atender diariamente un mínimo de 15 pacientes de las cuales, preferentemente un 30% deben ser primera vez.

Los procedimientos colposcópicos deben ser efectuados por un médico especialista en gineco-obstetricia o en oncología quirúrgica y que cuente con diploma y cédula de la especialidad expedida por la autoridad educativa competente y, que además, haya llevado un curso de capacitación en colposcopia acorde a lo establecido en el “Programa Único de Capacitación y Actualización para médicos generales, especialistas, citólogos y anátomo-patólogos en el rubro correspondiente a colposcopia.

Cuando los procedimientos colposcópicos sean realizados por un médico especialista en entrenamiento en colposcopia (gineco-obstetra o cirujano oncólogo) los hará bajo la responsabilidad y supervisión de un médico especialista en la materia.

Para el control de calidad en las clínicas de colposcopia se integrará un grupo nacional e interinstitucional de expertos, conforme a las disposiciones aplicables, que cuenten con la capacitación y certificación adecuadas, para aplicar el control de calidad con criterios uniformes.

Cada consultorio de colposcopia deberá llevar un registro en el que consigne la correlación citológica, colposcópica e histopatológica de las pacientes manejadas con tratamiento conservador, pretendiendo que sea del 100% cuando se trate de casos de LEIAG o cáncer in situ.

Registro del seguimiento de todos los casos recibidos, colposcopias y biopsias realizadas y tratamientos instituidos.

## Técnica

Consiste en explorar el cérvix uterino bajo una lente de aumento para buscar lesiones displásicas o cáncer de cérvix.

- Un colposcopio es un microscopio de campo estereoscópico, binocular, de baja resolución, con una fuente de iluminación potente, que se emplea para el examen visual del cuello uterino bajo aumento como auxiliar en el diagnóstico de las neoplasias cervicales.
- La indicación más común para la colposcopia es un resultado positivo en las pruebas de tamizaje por ejemplo, citología positiva, Inspección Visual con Ácido Acético (IVÁA) positiva, etc.
- Un elemento clave del examen colposcopio es la observación de las características del epitelio cervical después de la aplicación sucesiva de solución salina isotónica, solución de ácido acético del 3% al 5% y solución yodo yodurada de Lugol.
- Las características de los cambios aceto blancos en el cuello uterino después de la aplicación del ácido acético diluido son útiles en la interpretación de la colposcopia y para dirigir las biopsias.
- Los cambios de color del cuello uterino tras la aplicación de solución yodo yodurada de Lugol

dependen de la presencia o ausencia de glucógeno en las células epiteliales. Las zonas que contienen glucógeno adquieren un color castaño oscuro o negro; las zonas que carecen de glucógeno se mantienen incoloras o pálidas o adquieren un color amarillo mostaza o azafrán.

- Es importante anotar con cuidado los resultados del examen colposcópico en un registro colposcópico inmediatamente después del procedimiento.

## Materiales

Figura 20

### Materiales

1. Bandeja riñón
2. Frascos de solución salina, ácido acético al

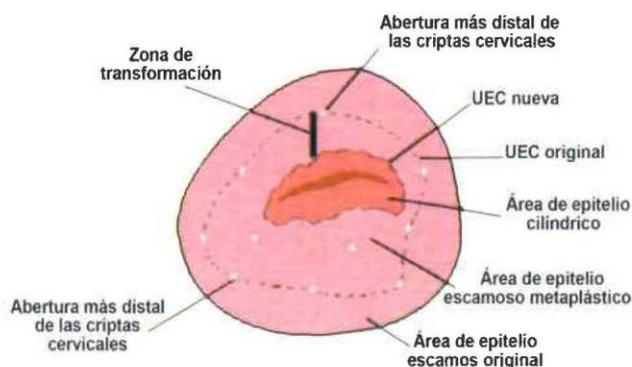


- 5% y Lugol
3. Solución Monsel
4. Frasco formol
5. Jeringa para la anestesia local
6. Recipiente con alcohol para fijar la extensión
7. Torundas finas de algodón
8. Cepillos de citología cervical
9. Torundas grandes de algodón
10. Espéculo vaginal
11. Pinza portaesponjas

12. Separador de paredes vaginales
13. Espéculo endocervical
14. Cureta endocervical
15. Pinza disección
16. Pinza de biopsia con sacabocados

Figura 21

Métodos para identificar los bordes proximal y distal de la zona de transformación



## PROCEDIMIENTO COLPOSCOPIA

### 1. RESULTADOS DE COLPOSCOPIAS NORMALES (hallazgo)

- Epitelio escamoso original
- Ectopía o epitelio cilíndrico o columnar
- Zona de transformación típica

### 2. RESULTADO DE COLPOSCOPIAS ANORMALES

Dentro de la zona de transformación fuera de la zona de transformación.

- Epitelio aceto blanco
  - Liso
  - Micro papilar o micro espiral
  - Glándulas atípicas
- Punteado
- Mosaico

- Leucoplasia
- Vasos atípicos
- Área yodo negativa

### 3. RESULTADO DE COLPOSCOPIAS ANORMALES

- Epitelio aceto blanco
  - Liso
  - Micro papilar
- Punteado
- Mosaico
- Leucoplasia
- Vasos atípicos
- Área yodo negativa

### 4. COLPOSCOPICAMENTE SOSPECHOSO DE CARCINOMA INVASOR

### 5. COLPOSCOPIA NO SATISFATORIA

### 6. HALLAZGOS MISCELÁNEOS

Superficie micro papilar no aceto blanco

- Condoloma exofítico
- Inflamación
- Pólipo
- Atrofia
- Erosión
- Ulcera
- Keratosis
- Deciduosis

## PROTOCOLO PARA LA VALORACIÓN CLÍNICA Y EL ESTADIAJE

### 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.

## Métodos y técnicas

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

## Clasificación recomendada

- Tumor Nódulos Metástasis (TNM).
- Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC/FIGO).

## Resultado esperado

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

## Usuaría

Paciente con diagnóstico confirmado.

## Prestador/proveedor

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

## Capacidad resolutive mínima

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

## Conducta

- Procedimientos clínicos.

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

## Orientación

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

## Registro

- Carpeta familiar SAFCI.
- Hoja de consentimiento informado.
- Carnet de control.
- Formularios de registro de los diferentes procedimientos.

## Notificación

- Coordinador de Red de Servicios.
- Responsable de la estrategia en los SEDES.

## Procedimientos

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

Grado histopatológico: G1, bien diferenciado; G2, moderadamente diferenciado; G3, escasamente diferenciado; G4, indiferenciado. TNM, tamaño tumoral, afectación ganglionar y metástasis.

Cuadro 6

Clasificación del carcinoma cervical aprobado por la FIGO, UICC Y AJCC, año 1997		
TNM	FIGO	DESCRIPCIÓN
T1	I	Carcinoma Cervical confinado al útero (la extensión hasta el cuerpo uterino no se tiene en cuenta).
T1a	Ia	Carcinoma invasor sólo diagnosticado mediante microscopía.
T1a1	Ia1	La invasión del estroma 3 mm o menos en profundidad y 7 mm o menos en extensión horizontal.
T1a2	Ia2	Invasión del estroma superior a 3 mm e inferior a 5 mm, con una extensión horizontal de 7 mm o menos.
T1b	Ib	Lesión clínicamente visible confinada al cuello uterino.
T1b1	Ib1	Lesión clínicamente visible de 4 cm o menos.
T1b2	Ib2	Lesión clínicamente visible, superior a 4 cm, pero sólo confinada a cuello uterino.
T2	II	La invasión del carcinoma cervical rebasa el útero, pero no invade la pared pélvica ni el tercio inferior de la vagina.
T2a	Ila	Tumor sin invasión parametrial.
T2b	Ilb	Tumor con invasión parametrial.
T3	III	El tumor se extiende a la pared pélvica y/o afecta al tercio inferior de la vagina y/o causa hidronefrosis o riñón no funcional.
T3a	IIIa	El tumor afecta al tercio inferior de la vagina, sin extensión a la pared pélvica.
T3b	IIIb	El tumor se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o riñón no funcional.
T4	IVa	El tumor invade la mucosa de la vejiga o el recto y/o se extiende más allá de la pelvis real.
M1	IVb	Metástasis a distancia.

## PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO

### Propósito

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

### Métodos y técnicas

- Conización mediante resección electroquirúrgica o Fría o Leep
- Crioterapia
- Histerectomía simple
- Histerectomía Radical (extrafascial con adenectomía pélvica selectiva)
- Exenteración pélvica
- Radioterapia intracavitaria braquiterapia
- Radioterapia externa
- Radioterapia paliativa
- Quimioterapia
- Tratamiento mixto
- Paliativos

Figura 22

### Instrumental (Asas de Leep)



### Resultado esperado

Usaria bajo tratamiento especializado, en correspondencia con estadiaje.

### Usaria

Mujeres con diagnóstico confirmado y con estadiaje clínico realizado.

### Prestador/proveedor

Equipo de médicos especializados (ginecólogo, oncólogo).

### Niveles de resolución

- Capacidad resolutive mínima  
Servicios de ginecología y oncología de hospitales de tercer nivel o especializados.
- Desde lesiones premalignas hasta Lesión Intraepitelial Escamosa de alto grado (LIE) podrán ser manejadas en hospitales donde exista personal médico con especialidad en ginecología
- Lesiones de micro invasión o mayor deben ser manejadas por médicos especialistas en oncología.

### Conducta

- Estadío "O" o Carcinoma *in situ* (LIEAG)
- Conización del cuello uterino - resección electroquirúrgica.
- Histerectomía simple.
- Braquiterapia en caso de contraindicación quirúrgica.

### 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 electro quirúrgica
- Histerectomía extrafacial más adenomectomía pélvica selectiva.
- Radioterapia intracavitaria en 1 ó 2 aplicaciones de braquiterapia (hasta 5,000 cGy).

### 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 50,000 cGy.
- **Estadio I-A-2, I-B, II-A:**
  - Histerectomía radical tipo Wertheim Meigs-disección ganglionar.
  - Radioterapia intracavitaria 1 - 2 aplicaciones.
- 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, 5,000 cGy más quimioterapia semanal con Cis-platino de 4 - 6 ciclos, durante la radioterapia (según disponibilidad).
- Si se encuentran ganglios paraórticos positivos:
  - Radioterapia en pelvis, 5,000 cGy, más 4,500 cGy en campos paraórticos.

### Estadio 1-B-2: "Tumores Bulky" mayor o igual a 4 cm.:

Radioterapia externa en pelvis, 4,500 cGy más braquiterapia - dos tiempos en punto "A" 5,000 cGy y punto "A" 3,000 cGy en forma simultánea con Cisplatino por cinco semanas, según disponibilidad, Wertheim Meigs histerectomía radical más disección ganglionar.

### Estadio II-8, III, IV-A: enfermedad localmente avanzada.

- Usuaris seleccionadas deberán ser candidatas a un estadiaje quirúrgico, (laparotomía o laparoscopia) para muestreo de ganglios paraórticos. Usuaris con ganglios P.A. (-) deberán ser candidatas para radioterapia exclusiva más quimio radioterapia.

### Estadio IIB:

- Radioterapia externa, en pelvis 5,000 cGy más braquiterapia.

### Estadio III —IV — A:

- Radioterapia externa en pelvis 5,000 cGy más braquiterapia.
- Deberá recibir quimioterapia simultánea a la radioterapia con cisplatino semanal por 5 semanas.
- Exenteración pelviana en casos necesario.

### Estadio 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.
- Exenteración pelviana en casos.

### Cáncer cervical recurrente y casos especiales:

- No hay tratamiento estandarizado si el tumor se ha extendido mas allá de los límites de un campo radioterápico o quirúrgico.
- Las pacientes son candidatas a pruebas clínicas en combinación de fármacos o nuevos agentes anticancerosos.
- 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.

### Orientación

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

### Registro

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

### Notificación

- Coordinador de Red.
- Responsable de la estrategia en el SEDES.

### 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 cérvix para delinear los márgenes de la lesión.

- Anestesiarse el cuello uterino inyectando xilocaína al 2% sin epinefrina en el pliegue cérvico-vaginal, con 1 cm de profundidad en horas 2, 5, 8, y 11, con jeringa dental y aguja N° 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 1.0cm 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 endocérvix 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; finalizando 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 post operatorias.

### 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 está acompañada 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 electro-quirúrgicas 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 ele-

girse, 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

## PROTOCOLO PARA EL SEGUIMIENTO

### 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.

### Métodos y técnicas (estrategias)

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

### Usuaría

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

### 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.

### 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 enviar de retorno y con presupuesto para soporte logístico a usuarias y para actividades de seguimiento.

### 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 retorno 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:*

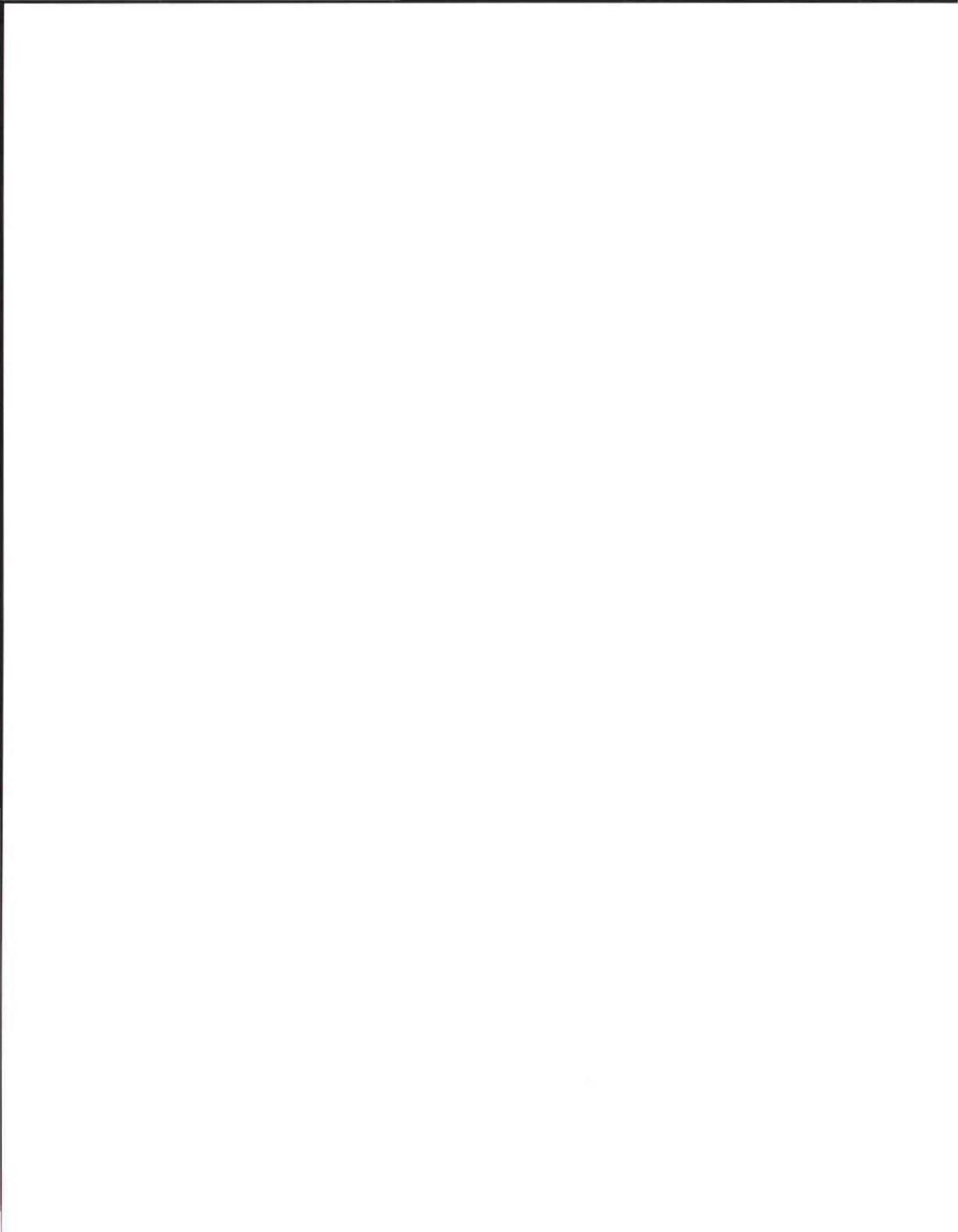
- Orientar a usuarias respecto de la importancia del estadiaje clínico quirúrgico y hacer seguimiento al cumplimiento del programa de estudios.
- Orientar a usuarias respecto del tipo de tratamiento, de las posibles complicaciones y de la frecuencia de controles y hacer seguimiento a la evolución de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

### Registro

- Carpeta familiar
- Boleta de referencia y retorno
- Libro de visitas a la comunidad

### Notificación

- Coordinador de la red de salud.
- Jefes de laboratorios de citopatología y de servicios especializados.



# BIBLIOGRAFÍA

ESCUADERO, M.; HERRAIZ, M. ; GUADALIX ,E.

1997 Diagnóstico precoz del carcinoma cervical uterino, en: Botella Llusía. El útero. Fisiología y Patología. Madrid.

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (FIGO)/OPS/OMS.

1994 Manual de reproducción humana. *The Parthnon Publishing Group*.  
<http://bethesda2001.cancer.gov/terminology.html>

MAYEAUX, EJ.

1994 The Papanicolaou Smear, AAFP Scientific Assembly, *Louisiana State University Medical Center-Shreveport, Louisiana*.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Norma nacional, reglas, protocolos y procedimientos para la detección y control del cáncer de cuello uterino.

MSPS - UNAP.

2000 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.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-2-SSA2-1994

1995 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.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA/OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

1990 Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino. Organización Panamericana de la Salud. Serie PALTEX. Washington, D.C.

OUT LOOR

2000 Prevención del cáncer cervical en las comunidades de escasos recursos. Volumen 18. N° 1. Washington, D.C.

SALINAS-MARTINEZ A;VILLARREAL, E; GARZA M; FRAIRE J; LÓPEZ J; BARBOZA O.

1997 Calidad del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico-uterino en el Estado de Nuevo León. Salud Pública de México Print ISSN 0036-3634.

SCOTT, James

1990 Cáncer cérvico-uterino. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Volumen McGraw Hill.

SOOST H.J, BAUR

1983 Diagnóstico citológico en ginecología, 1ª Edición, Editorial Toray. Barcelona.

SOLOMON, D; Davey, D; Kurman, R; Mpriaty, A; O'CONNOR, D; PREY, M; RAAB, S; SHERMAN, M, WILBUR, D; WRIGHT, T Jr; YOUNG, N;

2002 Forum Group Members; Bethesda 2001 Workshop. *The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology*. JAMA. 2002 Apr. 24;287(16):2114-9.

WILKINSON, E.

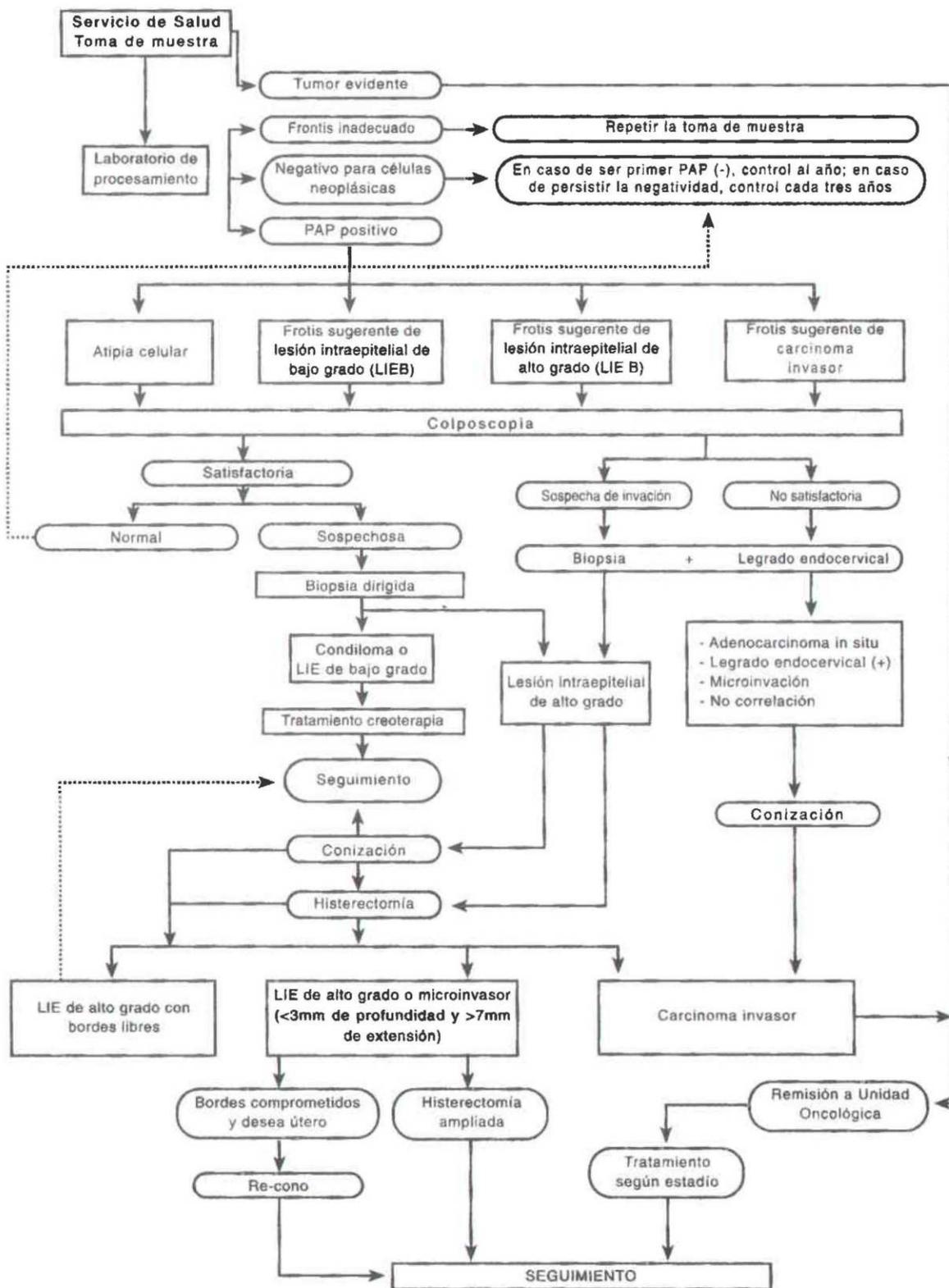
1990 Frotis de Papanicolaou y detección de neoplasia cérvico-uterina. Clínicas obstétricas y ginecológicas. Volumen 4. McGraw Hill.

WRIGHT, Cecil

1993 Colposcopia. Temas Actuales. Clínicas de ginecología y obstetricia. Volumen I, McGraw Hill.

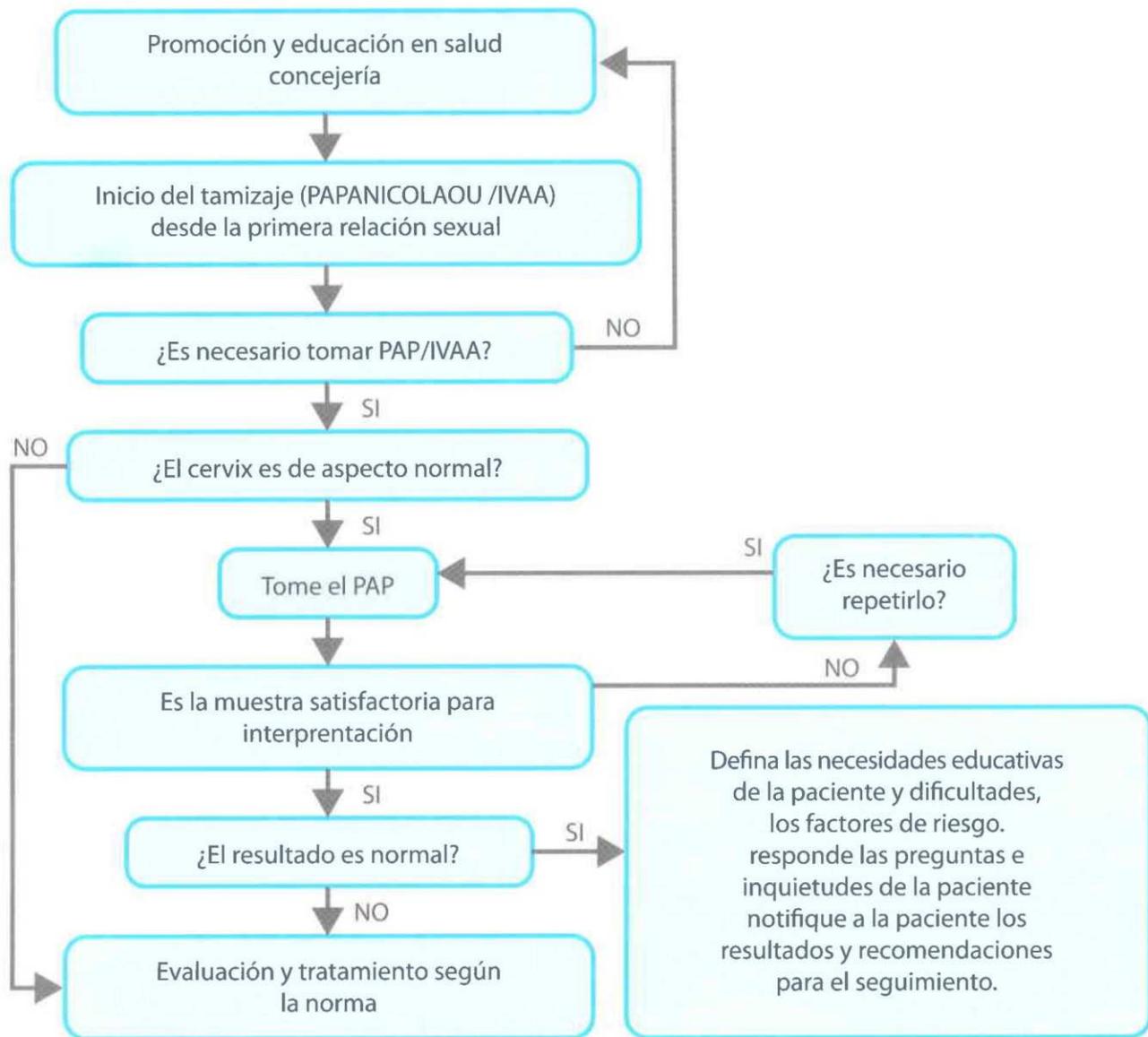
# ANEXOS

## ANEXO 1



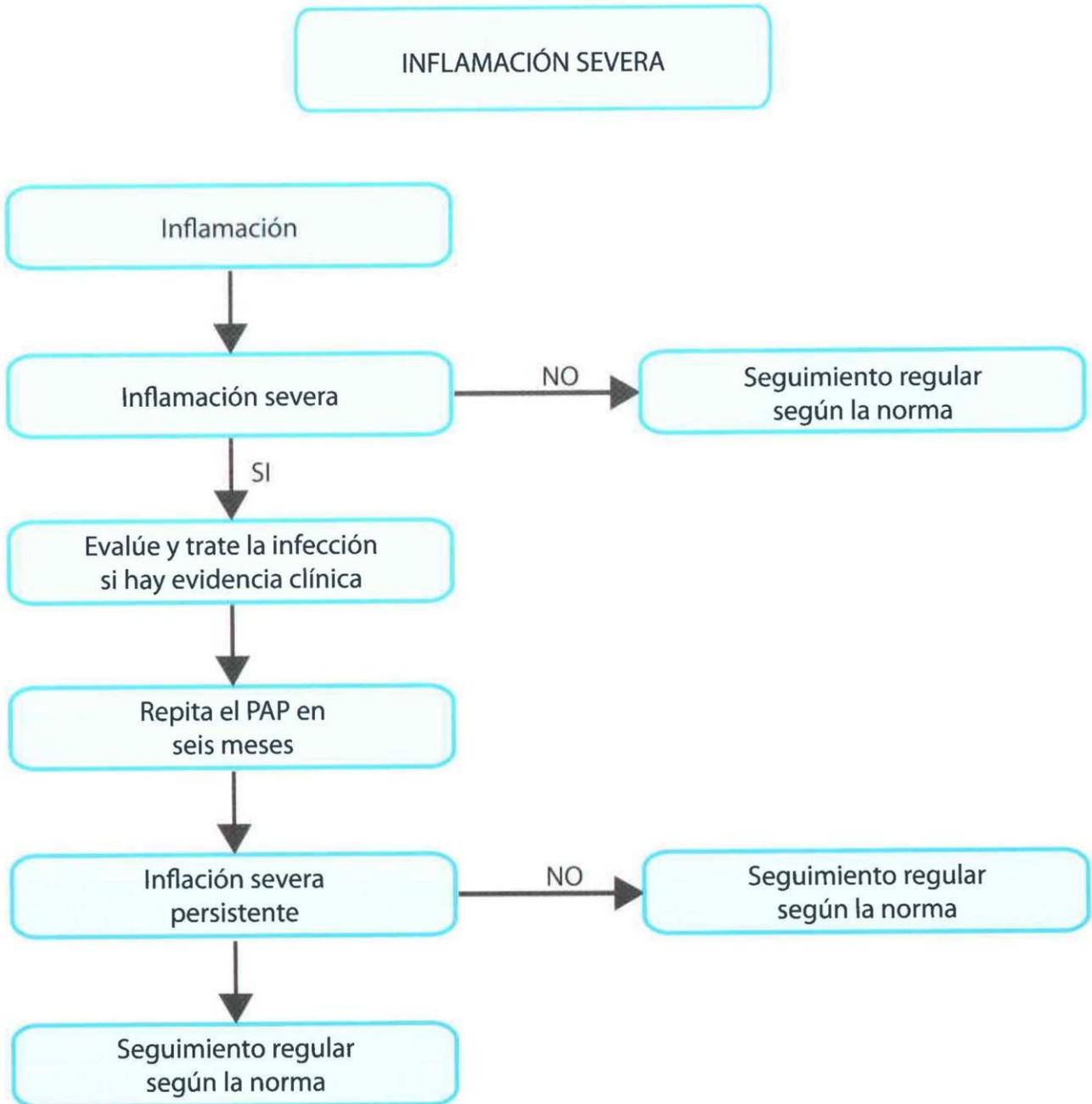
**ANEXO 1**  
FLUJOGRAMA DE MANEJO EN MUJERES CON CITOLOGÍA  
DE CUELLO UTERINO (Papanicolaou)

**TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO**



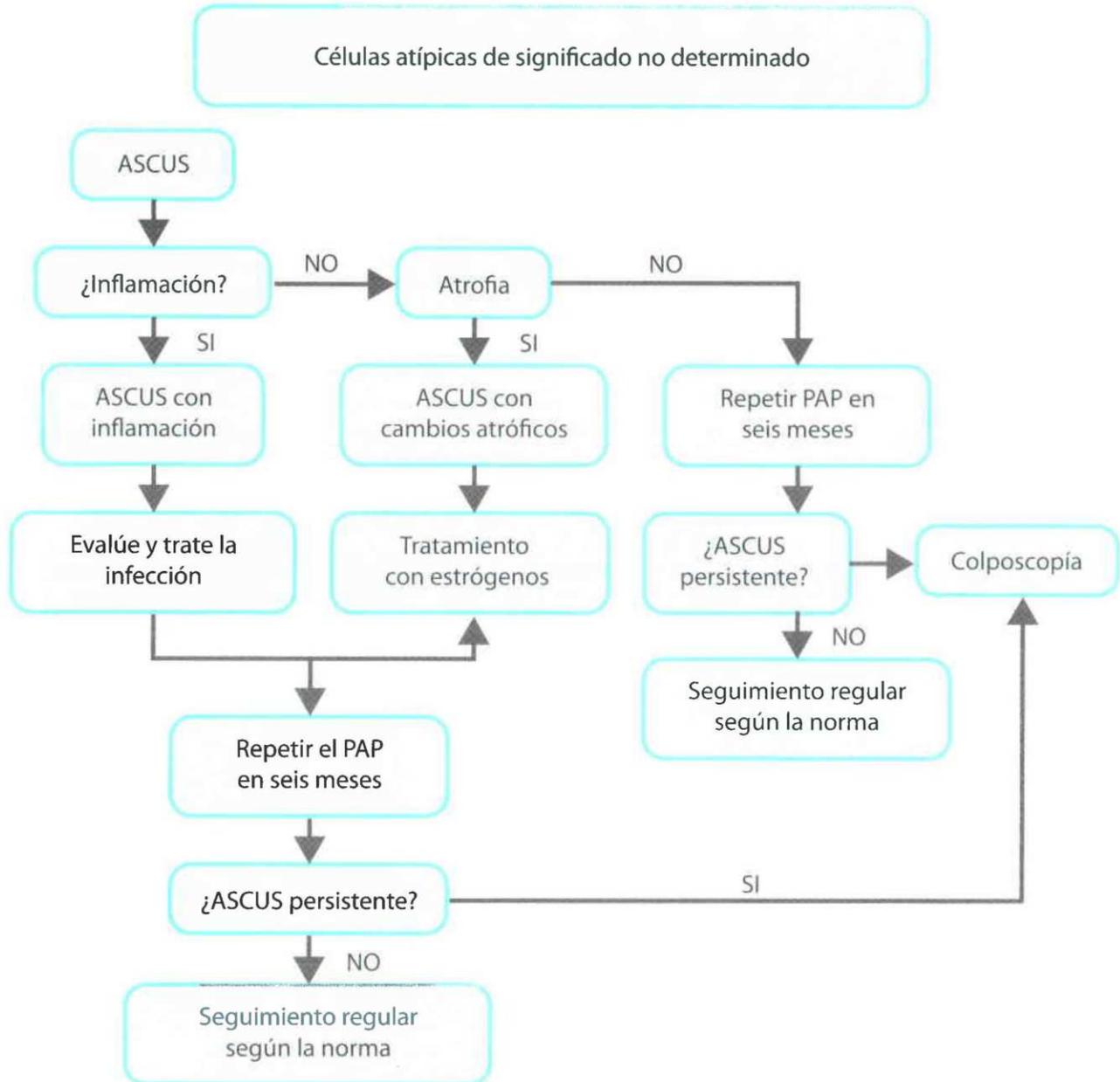
## ANEXO 2

### CONDUCTA A SEGUIR SEGÚN RESULTADO INICIAL DE PAP



### ANEXO 3

#### CONDUCTA A SEGUIR SEGÚN RESULTADO DE PAP

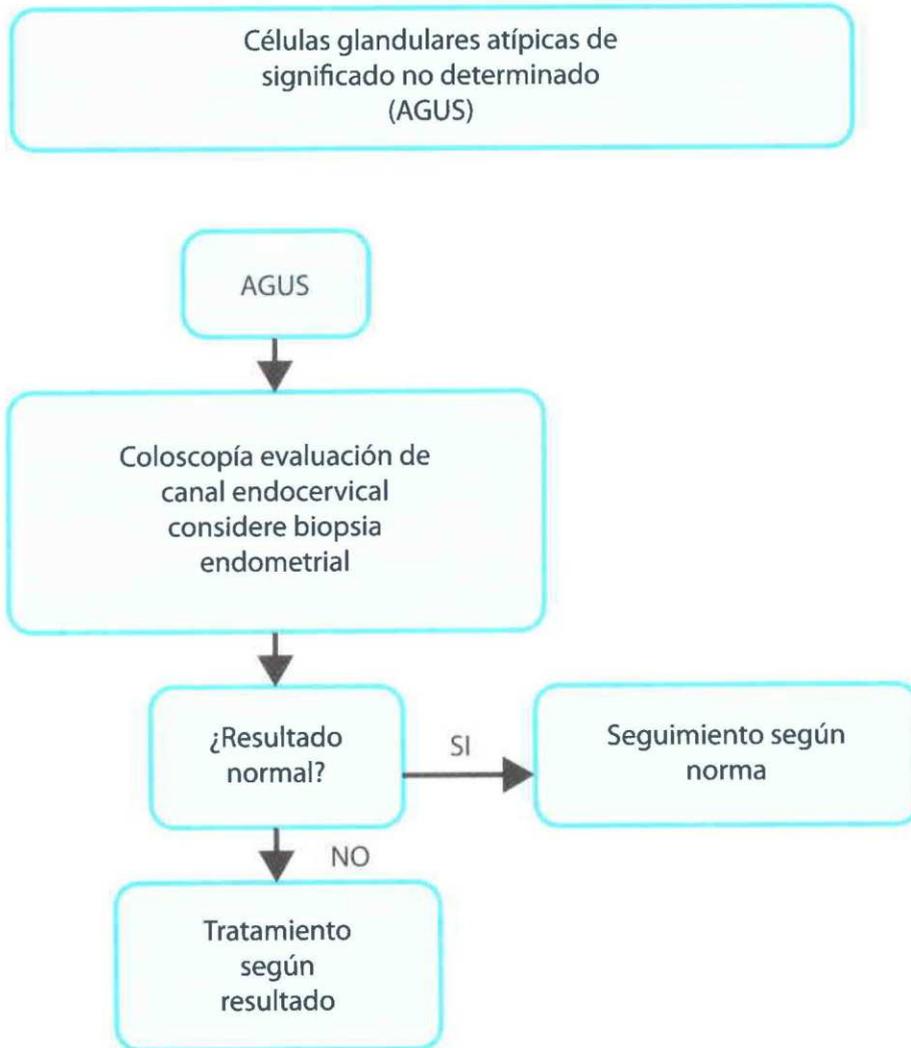


- Directores de hospitales de segundo nivel.

#### ANEXO 4

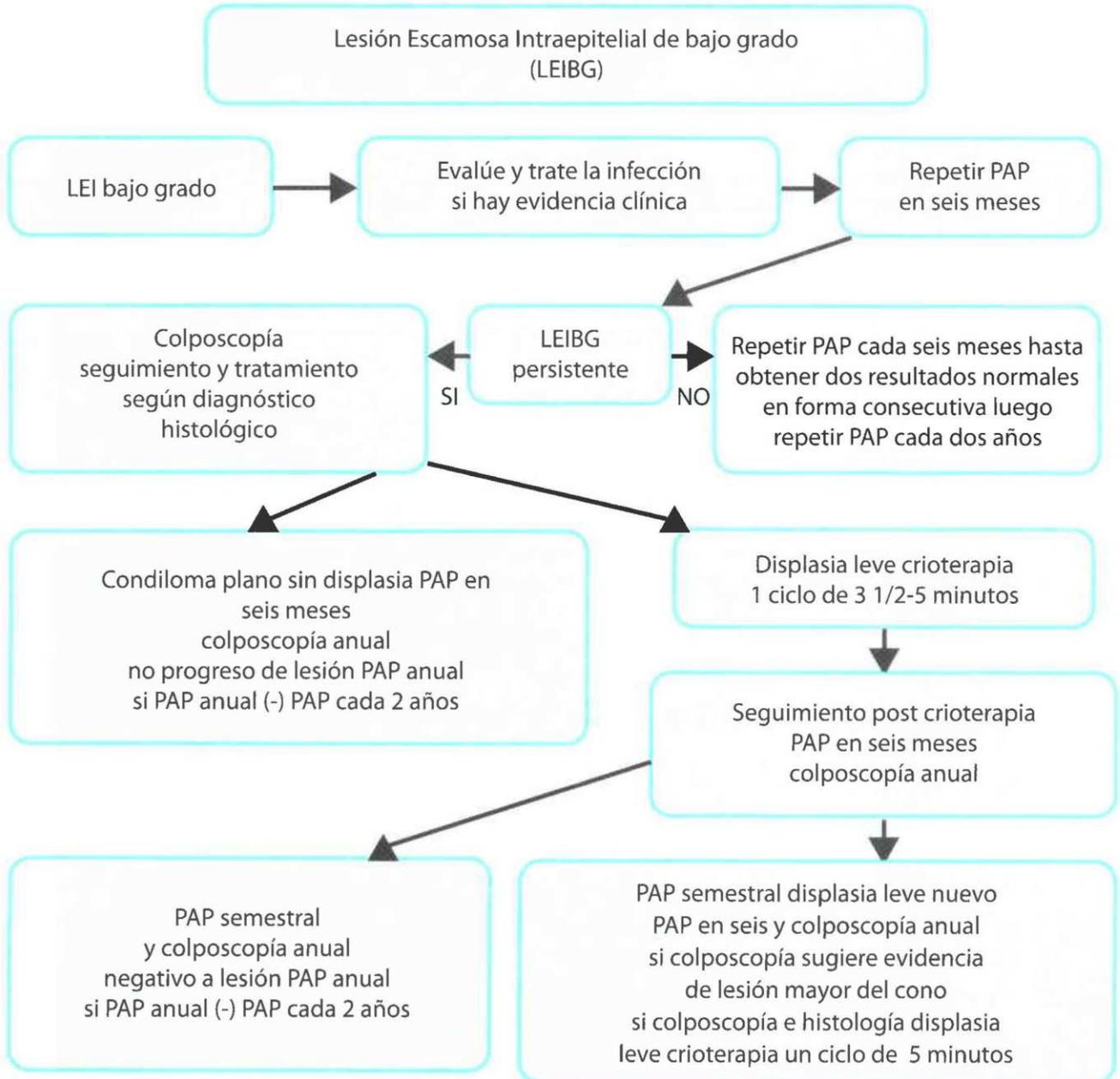
- Responsables departamentales de SSR en los SEDES.

### CONDUCTA A SEGUIR SEGÚN RESULTADO DE PAP



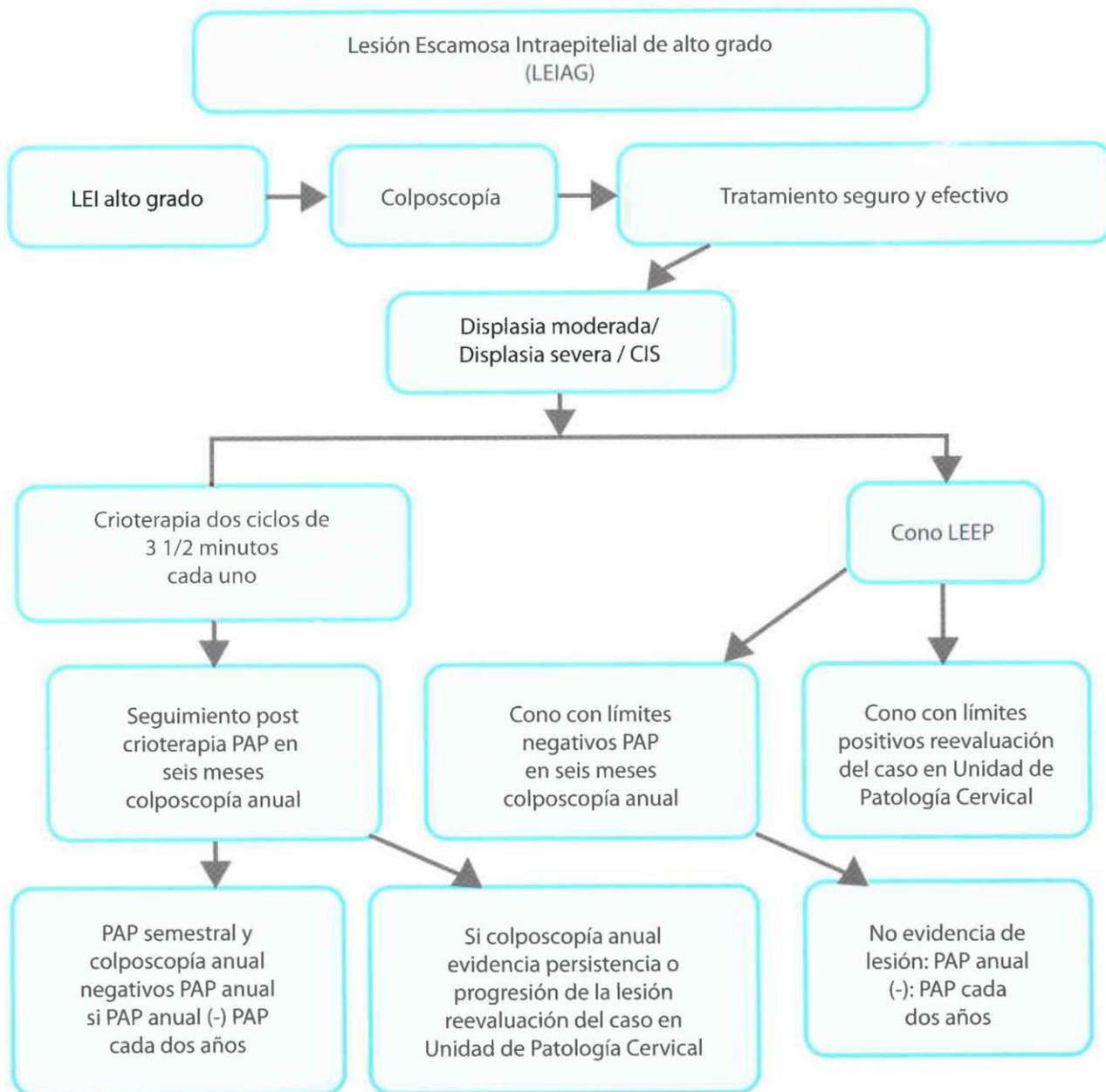
## ANEXO 5

### CONDUCTA A SEGUIR SEGÚN RESULTADO DE PAP



## ANEXO 6

### CONDUCTA A SEGUIR SEGÚN RESULTADO DE PAP





MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES  
 DIRECCIÓN GENERAL SERVICIOS DE SALUD  
 DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

### FORMULARIO 2 - CONSOLIDADO MENSUAL DE CASOS SOSPECHOSOS

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD: .....

MES

AÑO

No.	FECHA	No. DE PAP	DISTRITO O MUNICIPIO	ESTABLECIMIENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	DIAGNOSTICO CITOLÓGICO
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

ANEXO 9



**IDENTIFICACIÓN  
RED DE SALUD**

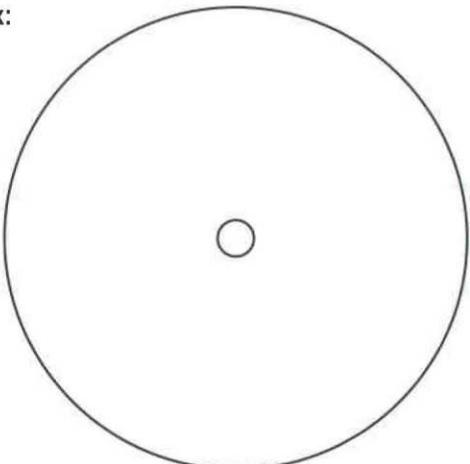
**ESTADÍSTICA DE SEGUIMIENTO DE CASOS CON CITOLOGÍA SOSPECHOSA Y/O LESIONES  
DETECTADAS EN LABORATORIO**

SERVICIO DE SALUD: ..... MÉDICO RESPONSABLE: ..... TELÉFONO: .....

RED DE SERVICIOS: .....

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	F. N.	Nº DE H. C.	MÉDICO	DIAG. CIT.	INFORME DE SEGUIMIENTO	RES. COLPO.	RES. BIOPSIA	OBSERVACIONES
1									
2									
3									
4									
5									

**ANEXO 11**

<b>SOLICITUD DE EXAMEN DE PAPANICOLAU LABORATORIO DE CITOLOGÍA APLICADA</b>		<b>NÚMERO DE REGISTRO DEL LABORATORIO</b>
Programa: <input type="checkbox"/>	SUMI: <input type="checkbox"/>	
Servicio de Salud: .....		Teléfono: .....
Médico: .....		Dirección: ..... E-mail: ..... Teléfono: .....
<b>Nota:</b> Los datos depositados son de capital importancia para una buena interpretación citológica, por favor llenarlos sin omitir ninguno. Muchas gracias.		
Paciente: .....		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
Lugar y fecha de Nacimiento: .....		Dirección ..... Teléfono: .....
F.U.N. (Fecha de última menstruación): .....	<b>Localización de la toma de muestra:</b>	
Fecha de toma de Muestra: .....	Vag: <input type="checkbox"/> Exo: <input type="checkbox"/> Endo: <input type="checkbox"/> Endom: <input type="checkbox"/>	
Contracepción:      Hormonal: .....	Otros: .....	
DIU: .....		
Otros: .....		
Antecedentes ginecológicos: .....	<b>Aspecto del cervix:</b>	
I.R.S. (Inicio de relaciones sexuales): .....		
Gestas:..... Partos:      Abortos:..... Cesarias:.....		
Fecha de último parto: .....		
Gestación actual:      No: <input type="checkbox"/> Si: <input type="checkbox"/> Semanas:.....		
Pap anterior:		
<b>Número de registro</b> <b>Resultado</b>		
1° Pap: .....		
2° Pap: .....		
3° Pap: .....		
4° Pap: .....		
Infecciones de transmisión sexual: .....	<b>Responsable de la obtención de muestra:</b>	
Tipo e ITS: .....	Médico: <input type="checkbox"/> Enfermera: <input type="checkbox"/> Aux. enf.: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>	
Tratamiento:      Si: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nombre: .....	
Otros: .....		
Dirección: .....		
Teléfono: .....		e-mail: .....

ANEXO 12



Ministerio de  
Deportes y Deportes

INFORME DE CITOLOGÍA DE CUELLO UTERINO

Nº ..... Departamento ..... Red de Salud ..... Día Mes Año  
Municipio ..... Servicio de Salud .....

Nombre de la usuaria ..... Apellido paterno ..... Materno ..... Nombres ..... Edad .....

Mes Año  
Ultima citología: [ ][ ]

Antecedentes:

- |                |                          |                      |                          |                 |                          |
|----------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Primera vez    | <input type="checkbox"/> | Puerperio            | <input type="checkbox"/> | Embarazo actual | <input type="checkbox"/> |
| Un año o menos | <input type="checkbox"/> | DIU in situ          | <input type="checkbox"/> | Posmenopausia   | <input type="checkbox"/> |
| 2-3 años       | <input type="checkbox"/> | Tratamiento hormonal | <input type="checkbox"/> | Histerectomía   | <input type="checkbox"/> |
| Más de 3 años  | <input type="checkbox"/> | Otros tratamientos   | <input type="checkbox"/> |                 |                          |

FUM [ ][ ]

Nombre del responsable de la Citología ..... Apellido paterno ..... Materno ..... Nombres .....

Fecha de interpretación: [ ][ ]

Laboratorio ..... Nº de registro .....

Informe de adecuación	Diagnóstico descriptivo	Inflamación
Satisfactorio <input type="checkbox"/>	Infección <input type="checkbox"/>	Leve <input type="checkbox"/>
Frotis inadecuado <input type="checkbox"/>	Inflamación <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>
	Miscelánea <input type="checkbox"/>	severa <input type="checkbox"/>

**Negativos y variantes (cambios reactivos y reparativos)**

- Radiación y quimioterapia
- Células de tipo reparativo
- Cambios celulares por DIU

**Inflamación que morfológicamente corresponde a:**

- Cándida albicans
- Cambios sugestivos de vaginosis
- Trichomona vaginales
- Cambios sugerentes de Actinomices
- Cambios sugerentes de Herpes virus
- Cambios sugerentes de Papiloma virus

**ANORMALIDADES DE CÉLULAS EPITELIALES**

**CÉLULAS ESCAMOSAS**

- 1) ATÍPICOS - ASCUS:
  - Con HPV
  - Sin HPV
- 2) LESIÓN INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO (LIE - B):
- (Neoplasia intraepitelial cervical NICI - displasia leve)
- 3) LESIÓN INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO (LIE - A):
- (Neoplasia intraepitelial cervical II NICII - displasia moderada)
- (Neoplasia intraepitelial cervical III NICIII - displasia severa)
- (Carcinoma in situ)
- 4) Células malignas correspondientes a:
  - Carcinoma invasor
- 5) Otras neoplasias malignas

**CÉLULAS GLANDULARES**

- 1) ATÍPICAS:
  - Endocervicales
  - Endometriales
  - Glandulares no específicas
- 2) Atípicas probablemente neoplásicas
- 3) Adenocarcinoma endocervical in situ
- 4) Adenocarcinoma

Repetir el estudio  Motivo .....

Nombre del Citotecnólogo ..... Apellido paterno ..... Materno ..... Nombres .....

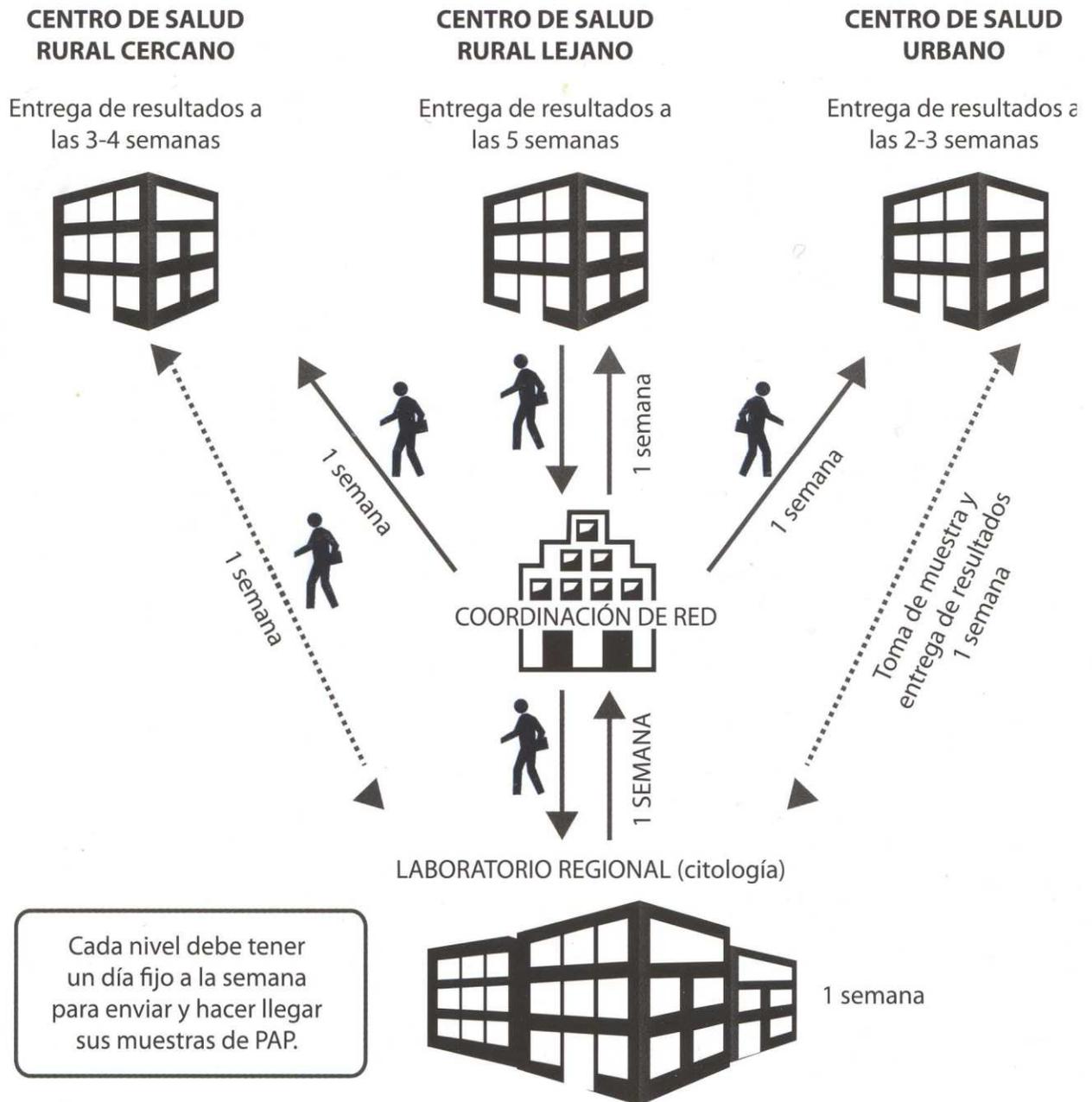
La muestra fue revisada por el Patólogo SI  NO  Firma del Patólogo .....

Nombre del patólogo ..... Apellido paterno ..... Materno ..... Nombres .....

ANEXO 13

ANEXO 12

FLUJO CRONOGRAMA DE MUESTRAS



*Bolivia digna y soberana*

*para vivir bien*