



Secretaría de Estado de Salud Pública
y Asistencia Social

**NORMAS DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO
TEMPRANO Y TRATAMIENTO DE
CÁNCER CÉRVICO-UTERINO**

2da. Edición, 2007
Series de Normas Nacionales No. 13
República Dominicana

Normas de Prevención, Diagnóstico Temprano y Tratamiento de Cáncer Cérvico-Uterino

Secretaría de Estado de Salud
Pública y Asistencia Social

Primera Edición, 1999

Segunda Edición revisada y corregida, 2007 • 3000 ejemplares

ISBN: 978-9945-436-13-6

La revisión de estas normas contó con la colaboración del Proyecto Conecta-USAID, Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Organización Panamericana de la Salud (OPS),

AGRADECIMIENTO

A la Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología, a la Sociedad Dominicana de Perinatología, a la Universidad Autónoma de Santo Domingo y a todo el personal de los centros de salud de Sespas, Sanidad Militar, Instituto Dominicano de Seguros Sociales, que nos brindaron su colaboración para la revisión de estas normas.

Estas normas han sido impresas con el auspicio del
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Diseño y diagramación
Wanda Estévez

Impresión
Editora Búho
Elvira de Mendoza No. 156,
Zona Universitaria, Santo Domingo, R.D.
Tels: (809) 686-2241 • (809) 686-2243
(809) 686- 2250 • (809) 686-2259
Fax: (809) 687-6239
E-mail: editorabuho@yahoo.com

Santo Domingo República Dominicana

Autoridades de SESPAS

Dr. Bautista Rojas Gómez

Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Nelson Rodríguez Monegro

Sub-Secretario de Estado de Salud Colectiva

Dr. José Rodríguez Aybar

Sub-Secretario de Estado de Atención a las Personas

Dr. Héctor Eusebio

Director General Materno Infantil y Adolescentes

Dra. Emilia Guzmán

Directora Nacional de Normas y Protocolos

Dr. Wilson Mejía

Coordinador Nacional del Programa de Detección Temprana de Cáncer Cérvico Uterino y Patologías de Mama

Equipo Técnico de Elaboración

Dr. Héctor Eusebio / SESPAS
Dr. Wilson Mejía / SESPAS
Dra. Luz Mercedes Rivera / UNFPA
Dr. Sergio Sarita / SESPAS
Dr. Domingo Reynoso / SESPAS
Dra. Verónica de la Rosa / (MNSA)
Dra. Teresa Valdez / MNSA
Dr. William Romero / MNSA
Dr. Héctor Mercedes / MNSA
Dra. Yubelkis Mercedes / MNSA
Dr. Cristian Francisco / MNSA- Hospital de la Mujer Dominicana-IDSS
Dr. Pedro Amaro / Hospital Plaza de la Salud
Dr. Jhonny Rivas / Atención Primaria / SESPAS
Dra. Rosanna Lugo / SESPAS
Dra. Natalia Frías / IOHP
Dr. Alvaro Gartner / IOHP
Dr. Fulgencio Milanés / Hospital Ramón de Lara / F.A.D.
Dra. Naly Cruz Ventura de González/ IORC
Dr. Moisés Ayala Pérez / IOHP
Dr. Jesús M. Disla / (MISLLM)
Dr. Lucas Carpio / MISLLM.
Dra. Miladys Román / Hospital Dr. Luis E. Aybar
Dr. Eddy Vargas / IDSS
Dr. Alejandro Antonio Mercedes Ramírez / SDHO
Dra. Fátima Santana Silvestre / MNSA
Dr. Henry Amin Mesa López / MNSA
Dr. Jenny Guzmán / Hospital Marcelino Vélez Santana
Dr. Plinio Lora / Hospital Luis Morillo King
Dr. Luis Fernando Diloné / Sociedad Dominicana
de Obstetricia y Ginecología
Dra. Victoria Güilamo / Hospital Dr. Francisco Gonzalvo
Dra. Ana Sánchez / Hospital Nuestra Señora de Regla
Dr. Alejandro Fernández / Hospital Dr. Simón Striders
Dra. Glosiris Batista / Hospital Dr. Antonio Musa
Dra. Vancetty Padilla / Hospital Dr. Teófilo Hernández
Dra. Nilda Pérez / Hospital Dr. Jaime Mota

Instituciones especializadas consultadas

Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología
Sociedad Dominicana de Hematología y Oncología
Liga Dominicana Contra el Cáncer
Instituto Oncológico Regional del Cibao

Instituciones y Organismos de Cooperación Internacional

Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud
(CERSS)

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud (OPS /OMS)
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)



ÍNDICE

ÍNDICE

Presentación.....	13
Introducción.....	17
Objetivos.....	21
Base legal y campo de aplicación.....	25
Definiciones operacionales y siglas.....	31
Especificaciones de las normas.....	37
Bibliografía.....	59
Anexos.....	67



PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN

La República Dominicana está inmersa en un proceso de reforma y modernización de sus estructuras jurídicas y políticas, tendente a lograr que el Estado pueda asegurar que la sociedad dominicana en su conjunto obtenga una mejoría sustantiva, acceso a servicios públicos de elevada calidad y ofertados a todos los grupos sociales.

En tal virtud, la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), cumpliendo con el mandato emanado por la Constitución y las Leyes de la República, hace formal presentación de estas **Normas Nacionales revisadas**, para encausar por el mejor sendero los programas y servicios de salud que intervienen en la prevención, control y manejo de los factores y alteraciones asociadas a la mortalidad de las mujeres y a otros procesos prevalentes en salud, relacionados con muertes evitables.

Estas **Normas Nacionales de Cáncer Cérvico-Uterino (CACU)**, contribuirán a definir las características que deberán reunir los servicios de salud del país; referentes a las patologías de cérvix, de los sectores públicos, privados y descentralizados, para que los recursos humanos actuantes responsables en la vigilancia, control y atención a los problemas críticos de salud, asuman su apegada observancia y riguroso cumplimiento, para bien del continuo ascenso de los niveles de vida de todas las usuarias de las unidades y establecimientos de salud del país.

Con la publicación de estas Normas Nacionales, se espera contribuir en la formación de una cultura en calidad y un estilo institucional y sustentable en la gestión de los servicios de salud del país.

Las Normas de Prevención, Diagnóstico Temprano y Tratamiento de Cáncer Cérvico-Uterino, han sido revisadas y actualizadas en un proceso de encuentros de expertos de diferentes instituciones que están vinculadas a los servicios y programas para la detección oportuna del Cáncer Cérvico Uterino.

Es pertinente indicar la dimensión ética y moral que adquiere para el personal de salud que labora en los sectores público, privado y mixto la observancia de estas normas, cuyo cumplimiento evitará la muerte de miles de mujeres, las cuales son el pilar fundamental en las familias dominicanas y en el desarrollo sostenible de nuestra nación.

Dr. Bautista Rojas Gómez
SECRETARIO DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL



INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El Cáncer Cérvico-Uterino (CACU) es el más frecuente de los cánceres ginecológicos en los países del tercer mundo. Anualmente aparecen cerca de 500 mil nuevos casos, y aproximadamente el 80 por ciento corresponde a estos países. Los factores relacionados con la aparición de este cáncer son varios, pero la medicina basada en la evidencia ha demostrado que el Virus del Papiloma Humano (VPH) es la causa no. 1 demostrada para el cáncer cervical. Otros factores relacionados son las relaciones sexuales a temprana edad, multiparidad, infecciones cérvico vaginales, tabaquismo, desnutrición, relaciones sexuales con varios compañeros, hombres con varias compañeras; las infecciones por el Virus del Papiloma Humano, está presente en más del 90 por ciento de las lesiones precancerosas.

En República Dominicana el cáncer de cérvix se encuentra entre los dos cánceres más frecuentes en la mujer. Según el registro hospitalario de tumores, el cáncer de cuello uterino registra un 22.4%. (Registro Hospitalario de Tumores – IOHP, 2004).

Desde la aparición de la técnica de Papanicolaou para el estudio de la citología exfoliativa se ha demostrado que esta enfermedad puede diagnosticarse en etapas tempranas, mediante la detección de las lesiones premalignas. La incorporación de las pruebas de ADN para Papiloma Virus (Hibridación), y la colposcopia diagnóstica y posteriormente el

uso del asa de diatermia para el manejo ambulatorio de estas lesiones, ha hecho que en los países desarrollados, el cáncer invasor haya disminuido, pero en los países sub-desarrollados, donde la cobertura de Papanicolaou (método más usado para el tamizaje), está muy por debajo de la población de riesgo asistida, el cáncer cérvico-uterino es un problema de salud de grandes dimensiones.

Como el cáncer cérvico-uterino es una enfermedad curable cerca del 100 por ciento de los casos si se hace el diagnóstico en etapa temprana (Neoplasia Intraepitelial Cervical, "NIC"), **debe establecerse programas de tamizaje al grupo de mayor riesgo**, representado por las mujeres entre 35 y 64 años, y las que nunca se han hecho un Papanicolaou (y prueba de ADN donde haya facilidades). Otra estrategia que ha sido aprobada por la FDA de los estados unidos, es la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano, para la prevención temprana.

Con la finalidad de unificar criterios en torno a la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento del cáncer cérvico-uterino, entre todas las instituciones de salud que trabajan en esta área, y así mejorar la calidad de la atención en salud a las mujeres en la República Dominicana, se ha elaborado estas Normas Nacionales para la Prevención, Diagnóstico Temprano y Tratamiento del Cáncer Cérvico-Uterino, dirigidas a todos los niveles de atención en salud, las cuales tienen un enfoque clínico – operativo, que debe ser completado con otros aspectos epidemiológicos y diseño de estrategias.

Esperamos que estas normas sean una guía rectora para los Recursos Humanos en Salud, que permitan implementar nuevas conductas ajustadas a los nuevos tiempos y a fin de disminuir las muertes por cáncer cérvico-uterino en nuestro país.



1- OBJETIVOS

I- OBJETIVOS

1.1 General:

- Homogenizar los procedimientos clínicos y terapéuticos.
- Disminuir paulatinamente la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino.

1.2 Específicos:

- a) unificar y planificar los criterios para la prevención del cáncer cérvico uterino.
- b) unificar los reportes citológicos mediante el Sistema de Bethesda.
- c) promover y mejorar la calidad de la toma de muestras para Papanicolaou a nivel nacional.
- d) crear impacto en los grupos de riesgo.
- e) promover y establecer el manejo ambulatorio de las lesiones premalignas.
- f) establecer la documentación para reportes y estadísticas.
- g) implementar un sistema de supervisión adecuado y
- h) mejorar los reportes estadísticos.



2- BASE LEGAL Y CAMPO DE APLICACIÓN

2- BASE LEGAL Y CAMPO DE APLICACIÓN

2.1 Base legal

2.1.1 Constitución de la República

Los fundamentos legales que le dan sostenibilidad jurídica a estas Normas Nacionales están expresados en la constitución y en varias leyes de la República que regulan el Sector Salud del país, dentro de las cuales se pueden indicar las siguientes:

El artículo N°. 8, (del título 11, la sección 11, y el literal a) de la Constitución de la República Dominicana, que establece, que el Estado debe otorgar la más amplia protección posible a la maternidad, sea cual fuere la condición o el estado de la mujer, además instruye para tomar “Las medidas de higiene y otro tipo tendentes a evitar en lo posible la mortalidad infantil y a obtener el sano desarrollo de los niños.

2.1.2 Ley General de salud

2.1.2.1 La Ley 42-01, en su Libro Primero, Capítulo I, Artículo 5, establece que:

“La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) es la encargada de aplicar en todo el territorio de la República Dominicana, directamente o por medio de los organismos técnicos de su dependencia, las disposiciones de la presente ley, sus reglamentos y otras disposiciones legales que al efecto se promulguen”.

2.1.2.2 La Ley 42-01, en su Libro Segundo, Título III, Artículo 85 que reza: “Para el mejor desarrollo de programas

dinación con las instituciones correspondientes, normará, regulará y evaluará todas las actividades correspondientes que desarrollen los organismos competentes, de acuerdo con las políticas y el plan nacional de salud”

2.1.2.3 La Ley 42-01, en su Libro Tercero, Título II, Capítulo Único, Artículo 98 que establece que: “Toda persona tiene derecho a servicios de salud de calidad óptima, en base a normas y criterios previamente establecidos y bajo supervisión periódica”. Y el artículo 102 que reza: “La dirección y administración de los establecimientos de salud serán responsables de que el personal bajo su dependencia cumpla correcta y adecuadamente sus funciones, a fin de no exponer la salud o la vida de los pacientes a riesgos innecesarios por falta de elementos técnicos o terapéuticos, o por razones de insalubridad ambiental”

2.1.2.4 La Ley 42-01, en su Libro Sexto, Título I, Artículo 142 establece que:

“Corresponde a las autoridades de salud el control del cumplimiento de las disposiciones de esta ley, sus reglamentaciones y demás disposiciones legales que a sus efectos se dicten, y la aplicación de las medidas y los procedimientos que la ley establece para hacerlas efectivas, sin desmedro de las competencias y atribuciones inherentes a las autoridades judiciales y el ministerio público”.

2.1.3 Disposiciones generales y convenios

2.1.3.1 Estos preceptos legales, sumados a los convenios internacionales relativos a la salud materna, de los cuales el estado dominicano ha sido consignatario, así como las resoluciones emitidas por la SESPAS referentes a la morbilidad y mortalidad materna, como la Estrategia Tolerancia Cero y el plan nacional por la reducción de la mortalidad materna, constituyen la base legal de estas normas nacionales.

2.2 Campo de aplicación

Estas Normas son de observancia obligatoria a nivel nacional en todos los establecimientos de salud del sector público, privados y mixtos, donde se oferte servicios de salud reproductiva.

Estas Normas Nacionales también establecen los procedimientos para la detección temprana y manejo de las lesiones premalignas del cáncer cérvico uterino y sustentan las acciones dirigidas a reducir la morbilidad y la mortalidad por esta causa.

La Dirección General Materno Infantil y Adolescentes, y la Dirección Nacional de Normas de la SESPAS, son responsables, junto al programa de cáncer cérvico uterino, de la supervisión, evaluación y vigilancia de la aplicación de estas normas, lo cual se efectuará con la coordinación de las Direcciones Provinciales de Salud (DPS) y Direcciones de Áreas de Salud (DAS) y Direcciones Regionales de Salud.



3- DEFINICIONES OPERACIONALES Y SIGLAS

3- DEFINICIONES OPERACIONALES Y SIGLAS

3.1 Definiciones operacionales

3.1.1 Bethesda: Ciudad de Estados Unidos, que albergó en el 1988 diferentes sociedades de patólogos-ginecólogos y oncólogos, donde surgió una nueva nomenclatura para el reporte citológico, como SISTEMA BETHESDA.

3.1.2 Biopsia: Extracción y examen microscópico con fines de diagnóstico, de tejidos u otros materiales procedentes de un organismo vivo.

3.1.3 Carcinoma "In Situ": De acuerdo a la OMS, es una lesión en la que todo el epitelio cervical está ocupado por células malignas. No hay invasión del estroma subyacente y se respeta la membrana basal.

3.1.4 Carcinoma Microinvasor del Cuello Uterino: IA1, invasión mínima al estroma no mayor de 1mm; IA2 invasión al estroma menor de 5mm., y con una extensión horizontal no mayor de 7mm.

3.1.5 Centro Oncológico: Área independiente o adscrita a una unidad hospitalaria, reservada principalmente al manejo de pacientes que padecen afecciones específicas de lesiones por cáncer.

3.1.6 Cepillado Endocervical: Obtención de células del canal endocervical a través de un cepillo (citobrush).

3.1.7 Clínica de Patología del cérvix: servicio o unidad dentro de un hospital de tercer o cuarto nivel o centro oncológico, donde se realiza el diagnóstico colposcópico y el tratamiento conservador de las lesiones premalignas y malignas intrapiteliales del cérvix, y que cuenta con un área física adecuada (sala de espera, entrevista y de exploración), equipo básico adecuado (colposcopio, unidad de asa diatérmica, y personal capacitado).

3.1.8 Colposcopia: Procedimiento exploratorio instrumentado, en el que se emplea un aparato con sistema óptico de aumentos, a través del cual se puede observar la vulva, vagina y el cérvix, visualizándose en este último las condiciones de su epitelio, en el cual se puede realizar tinciones de orientación diagnóstica.

3.1.9 Conización: Resección de la lesión cervical y de la zona de transformación, con una profundidad no menor de 5mm, también se denomina cilindro o cono diagnóstico.

3.1.10 Electrocirugía: Procedimiento realizado con corriente eléctrica alterna, de alta frecuencia, que se usa en el manejo de las patologías del cuello uterino para escindir la zona de transformación, la lesión, con una profundidad no menor de 5mm.

3.1.11 Epidemiología: Es el estudio del comportamiento de las enfermedades y procesos que alteren la salud de la colectividad humana.

3.1.12 Hiperplasia atípica: Multiplicación anormal de las células que constituyen un tejido.

3.1.13 Histerectomía: Intervención quirúrgica para extirpar el útero por vía vaginal o abdominal.

3.1.14 Histopatología: Estudio de la composición y estructura microscópica de las alteraciones tisulares.

3.1.15 Incidencia: Medida de frecuencia de la presentación de los casos nuevos de una enfermedad.

3.1.16 Legrado endocervical: Intervención instrumental que consiste en raspar con una legra el canal endocervical para obtener tejido para estudio histológico (también se puede obtener el tejido por aspiración).

3.1.17 Lesiones Clínicas (VPH): Lesiones francamente visibles que corresponden a las verrugas ano-genitales.

3.1.18 Lesiones Sub-Clínicas (VPH): Corresponde a las lesiones visibles, sólo a través de una lupa o colposcopio.

3.1.19 Lesiones Latentes (VPH): El virus se encuentra dentro de las células. Son lesiones en las que no podemos observar manifestaciones clínicas y solo son demostrables por medio de un estudio, como la hibridación "In Situ", determinación de la reacción en cadena de la polimerasa, otras.

3.1.20 Neoplasia: Formación de tejido nuevo de carácter tumoral.

3.1.21 Penescopía: Estudio de los genitales externos del hombre, a través del colposcopio.

3.1.22 Papanicolaou: Procedimiento implementado por el Dr. George N. Papanicolaou en 1943, que describe las células que se observan en el frotis cérvico vaginal.

3.1.23 Prueba de Captura de Híbridos (HC2); Es un ensayo de hibridación en microplaca para ácido nucleico usada para la detección cualitativa de 13 virus VPH en muestras cervicales.

3.1.24 Prueba de Schiller: Es la tinción exocervical y vaginal con solución Yodo-yodurada o Lugol para detectar zonas afectadas (zin= Zona Iodo Negativa).

3.13.25 Virus del Papiloma Humano (VPH): son virus de DNA de cadena doble, que se transmiten sexualmente. Existen dos grupos: BAJO RIESGO, poco relacionado con cáncer cervical, y ALTO RIESGO, relacionado estrechamente con cáncer cervical.

3.2- SIGLAS

- 3.2.1 **A:** Aborto
- 3.2.2 **ADN:** Ácido desoxiribonucleico
- 3.2.3 **C:** Cesárea
- 3.2.4 **DAS:** Dirección Área de Salud
- 3.2.5 **DPS:** Dirección Provincial de Salud
- 3.2.6 **FAD:** Fuerza Aérea Dominicana
- 3.2.7 **FUM:** Fecha de última menstruación
- 3.2.8 **G:** Gestación
- 3.2.9 **HLEA:** Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar
- 3.2.10 **IDSS:** Instituto Dominicano de Seguro Social
- 3.2.11 **IORC:** Instituto Oncológico Regional del Cibao
- 3.2.12 **MISLLM:** Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina
- 3.2.13 **MNSA:** Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia
- 3.2.14 **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- 3.2.15 **OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- 3.2.16 **P:** Partos
- 3.2.17 **PAP:** Papanicolau
- 3.2.18 **SESPAS:** Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
- 3.2.19 **UNFPA:** Fondo de Población de las Naciones Unidas
- 3.2.20 **VPH:** Virus del Papiloma Humano



4- ESPECIFICACIONES DE LAS NORMAS

4- ESPECIFICACIONES DE LAS NORMAS

4.1. *Prevención*

La estrategia de prevención del cáncer cérvico uterino se inicia con la promoción y se completa con básicamente con vacunas y tamizaje

4.1.1 Promoción

Es la actividad de información, comunicación y educación, dirigida a una población en especial de mujeres con el propósito de informar y educar a esta población sobre como evitar las lesiones cérvico uterinas.

La promoción es la actividad más importante para el inicio del programa de detección oportuna del cáncer cérvico uterino; realice la promoción a través de los programas de salud con la participación de enfermeras, médicos, trabajadores sociales, técnicos de salud familiar, comunicadores y todo el personal de salud con conocimiento del programa. Incluya todo tipo de acciones educativas, individuales y colectivas tales como: comunicación personal en las visitas domiciliarias, y en los centros de salud, consejos de salud, clubes, asociaciones, cooperativas, sindicatos, personal laboral, organizaciones no gubernamentales. Para estas acciones se utilizan brochures, afiches, charlas, consejería, publicaciones y utilización de los medios de comunicación social.

Dirija la promoción inicialmente a captar las pacientes de mayor riesgo, a partir del rango comprendido entre 35 y 64 años.

4.1.1.1 Responsables de la Promoción: Son responsables de la promoción en primer término la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, al través de todas las instancias de la sub secretaría de salud colectiva. Todas las instituciones que trabajan o cooperan con la detección temprana del cáncer cérvico uterino, son responsables de participar en la promoción, mediante publicaciones, reuniones o programas especiales. Las instituciones deben medir el impacto de los programas de promoción mediante el análisis de los resultados.

4.1.1.2 Grupos de Riesgo:

Considere como grupos de riesgo a las mujeres más vulnerables o propensas a padecer la enfermedad:

- a) las pacientes que han tenido previamente un Papanicolaou anormal.
- b) historia o datos actuales de positividad para papiloma virus
- c) las mujeres que nunca se han hecho un Papanicolaou.
- d) pacientes entre 35 y 64 años de edad, y aquellas con historia de varios compañeros sexuales, y
- e) las mujeres que han iniciado relaciones sexuales, tempranamente.

Esto no significa que no se oferte el servicio a otro tipo de mujeres que lo solicite, pero la mayor promoción y acciones de salud deben estar dirigidas con preferencia a estos grupos.

4.1.2 Prevención con vacunas

La FDA de los estados unidos ha aprobado una vacuna que protege contra las cepas 6,11,16,18 de Papiloma Virus.

Más del 70% de los cánceres de cuello son producidos por los tipos 16 y 18. La vacunación es el más novedoso método de prevención del cáncer cérvico uterino, y aunque su uso no se ha expandido ampliamente en los países subdesarrollados, debido básicamente a sus elevados costos, recomendamos aplicarla en las unidades que tengan medios para su obtención.

Donde haya facilidades para obtener la vacuna aplíquela a la población de 9 a 26 años. Luego de la primera dosis, aplique una segunda dosis a los 2 meses y una tercera a los 6 meses.

4.1.3 Métodos de tamizaje

El tamizaje que se realiza a la población en la búsqueda de lesiones premalignas para la detección temprana y prevención del cáncer cérvico uterino, se puede hacer de tres maneras:

A-Citología

B-Test de ADN (VPH)

C-Inspección Visual

4.1.3.1 A –Tamizaje Tradicional Con Citología (PAP)

Realice la toma de PAP a todas las pacientes, con énfasis en las pacientes de mayor riesgo, en todos los niveles de atención. Constituye el aspecto más relevante en la estrategia para disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino en los países en vías de desarrollo. Inicie con la promoción de la estrategia, la captación de pacientes de riesgo y la detección temprana de las lesiones premalignas mediante la toma de muestras para Papanicolaou,. Es fundamental el desarrollo de este programa en el primer nivel de atención.

Haga la toma para citología líquida donde se cuente con este medio.

4.1.3.2 B- Tamizaje Con Test de ADN-VPH (Captura de Híbridos).

Realice el test de hibridación del Papiloma Virus, en

los centros que tengan disponibles facilidades para este estudio a todas las pacientes de riesgo. Consiste en la toma de una muestra del cuello uterino con una brocha (citubrush especial suministrado por el laboratorio que procesa la prueba), el cual se coloca inmediatamente en un frasco con tapa dispuesto para la misma, para ser enviado al laboratorio correspondiente. Puede tomarse luego del resultado de PAP o conjuntamente con la toma del PAP.

Este Test detecta las principales 13 sepas de virus VPH de alto riesgo asociados con cáncer de cervix en el 95% de los casos (16,18,45,31,33,52,58,35,59,56,51,39,68,73,82) y dos tipos de bajo riesgo.

Tome la muestra para el test de captura de híbridos de ADN a toda paciente con reporte en el PAP de Ascus, o lesiones pre-malignas, antes de realizar la colposcopia (en los casos de que cuente con facilidades para la prueba), o refiérala para esos fines si existen posibilidades de realizarse la prueba en otro lugar.

Es importante tener en cuenta que la prueba de VPH tiene una alta sensibilidad y que la utilización del PAP y la prueba de ADN conjuntamente tienen una alta sensibilidad para la predicción de lesiones pre-malignas, que deben ser confirmadas con colposcopia y biopsia. El test de ADN-VPH puede contribuir grandemente en la reducción de los casos de cáncer de cuello uterino.

En las mujeres menores de 30 años la prevalencia de la infección por VPH es mayor y ésta generalmente es más pasajera. En las mujeres mayores de 30 años la prevalencia de la infección disminuye y su positividad se interpreta como riesgo para lesión cancerosa.

4.1.3.3 C- Tamizaje Por Inspección Visual

Observe toda el área vulvar, vagina y cuello cuando realice la inspección, en busca de lesiones sospechosas de VPH y pasibles de biopsia. La inspección visual es un complemento de los otros métodos.

4.2 *Diagnóstico de las patologías del cervix*

El diagnóstico de las patologías premalignas y malignas del cervix se inicia a través del Papanicolaou, técnica de pesquisa que busca la presencia de células con características de anormalidad o de aspecto maligno en el estudio citológico. Las pacientes que tengan un reporte de Papanicolaou anormal, serán referidas con el resultado y una nota escrita (hoja de referimiento), a la clínica de patología de cuello, para ser sometida a evaluación colposcópica para fines de diagnóstico.

En los centros de salud o clínicas de patologías de cuello que tengan facilidades para realizar la prueba de ADN (HC2), debe realizarse ésta a toda pacientes con sospecha por el PAP de papiloma virus, con atípias o displasia, o puede tomarse conjuntamente con el PAP. El resultado de la prueba de ADN determinará el seguimiento o manejo de la paciente, con colposcopia-biopsia y tratamiento posterior si fuere necesario.

Cuando en la colposcopia se observen imágenes anormales o atípicas, se tomará biopsia de estas lesiones para ser sometidas a estudio histopatológico. Siempre que se haga una colposcopia, aunque ésta resulte negativa, ante un resultado de Papanicolaou anormal se tomará muestra del canal endocervical.

El resultado del estudio histopatológico determinará el manejo que debe recibir la paciente en la clínica de patología de cuello.

4.2.1. Toma de la muestra Citológica

La toma de la muestra la realiza el personal médico o de enfermería, u otro personal que haya sido debidamente entrenado para esos fines (estudiantes o internos de medicina)

4.2.1.1 Condiciones para la toma de muestra:

- a) que no exista sangrado transvaginal (ésta es la única contraindicación absoluta)
- b) no tactos vaginales previos.
- c) no uso de cremas, óvulos o lubricantes, por lo menos 48 horas antes.
- d) preferiblemente evitar coitus, por lo menos 24 horas antes de la toma, y
- e) disponer de los insumos necesarios (espéculo, espátula, citobrush, laminillas, fijador spray o alcohol en frascos, y documentos para llenado de los datos).

4.2.2 Procedimiento para la toma de muestra para la citología

- a) explique a la paciente con palabras sencillas, el procedimiento que se realizará.
- b) llene los formularios de solicitud y/o reportes.
- c) rotule las laminillas.
- d) coloque la paciente en posición ginecológica.

4.2.3 Pasos para la toma de muestra para la Citología:

- a) **1ro.** Con las manos enguantadas, introduzca el espéculo con la mayor delicadeza posible, sin lubricantes, para visualización y exposición del cuello.
- b) **2do.** Tome muestra de la unión escamo – columnar con la espátula de Ayre, asegurando la toma de células endocervicales. Tenga en cuenta que en caso de ectopía, la unión escamo – columnar está desplazada hacia afuera; si no se observa la unión, y la espátula no puede tomar células endocervicales, debe tomarse la muestra

dentro del canal, utilizando hisopo o cepillo endocervical. (en pacientes embarazadas nunca debe usarse el cepillo o citobrush).

- c) **3ro.** Extienda la muestra en una capa fina en la laminita. La muestra debe extenderse mediante un movimiento circular o longitudinal, en la placa, dejando espacio para la identificación de la muestra
- d) **4to.** Fije de inmediato la muestra con Spray o introdúzcala en un frasco con alcohol al 95%. Con el spray se debe fijar a una distancia de 20 a 25 cm y en un ángulo de 45°, con el frasco en posición vertical
- e) **5to.** Realice inmediatamente, tacto vaginal.
- f) **6to.** Complete los datos del formulario.
- g) **7mo.** Anote en los libros de registro.
- h) **8vo.** Cite por escrito a la paciente, anotándola en el libro y en su tarjeta de cita.
- i) **9no.** Envíe la muestra al laboratorio en un plazo no mayor de 5 días.

4.3 Reporte citológico

Es la descripción de los hallazgos del estudio de las células exfoliadas o descamadas del cérvix y/o vagina.

4.3.1. Interprete los resultados del Pap con la siguiente clasificación:

4.3.1.1 Clasificación General (clasificación de Bethesda)

- a. Satisfactorio
- b. Insatisfactorio

4.3.1.2 Cambios Celulares Benignos

- a. Cambios reactivos
- b. Cambios asociados a DIU
- c. Cambios asociados a radiaciones.
- d. Cambios inflamatorios

4.3.1.3 Células Epiteliales Anormales Escamosas

Ascus

4.3.1.4 Lesión intraepitelial de bajo grado.

- a) NIC I y cambios asociados a VPH-Displasia leve
Lesión intraepitelial de alto grado
- b) NIC II-Displasia moderada
- c) NIC III - Displasia severa
 - Ca “In Situ”
 - Ca. Invasor

4.3.1.5 Células Glandulares

- a. células Endometriales Atípicas
- b. células Glandulares Atípicas
- c. adenocarcinoma
- d. carcinoma Indiferenciado

4.4 Manejo según reporte del pap

4.4.1 PARA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

(Cuando no haya posibilidad de referir para estudio de papiloma virus).

Cuando tenga el reporte de un PAP proceda de la siguiente manera de acuerdo a los resultados:

4.4.1.1 Insatisfactoria: La muestra puede ser reportada insatisfactoria por:

- a) escasa celularidad
- b) pobre fijación
- c) material extraño presente
- d) hemorrágico
- e) muy inflamado
- f) excesiva histolisis /Autolisis
- g) ausencia de células endocervicales
- h) no representativo de sitio anatómico.

Informe a la paciente el resultado del estudio y proceda a realizar otra toma.

4.4.1.2 Papanicolaou normal: Informe a la paciente sobre el resultado. Cítela para nueva toma de muestra para Papanicolaou en un periodo de 1 año, y luego de dos Papanicolaou normales, se podrá espaciar el tiempo de 1 a 3 años.

4.4.1.3 Papanicolaou Normal con Gérmenes Presentes: Pacientes, cuyo PAP reporte bacterias, hongos, tricomonas, gardnerellas, trátelas según el cuadro N°. 17.5. Cítelas para un nuevo Papanicolaou en 1 año.

4.4.1.4 Papanicolaou Normal con Cambios Reactivos: Estas pacientes manéjelas con sustancias anti-inflamatorias y reparadoras del epitelio, según cuadro N°.17.5. En los casos de persistencia al efecto del DIU, a pesar del tratamiento, refiérase a la clínica de patología de cuello para colposcopia y retiro del DIU, y optar por otro método anti-conceptivo. En los casos de atrofia senil refiérala a la clínica de menopausia. Los cambios producidos por radioterapia o quimioterapia deben ser tratados en el centro donde se aplicó la misma.

4.4.1.5 Atipia de Significación no Determinada (ASCUS): En estos casos siga a la paciente en observación con una citología de 4 a 6 meses; si resultara nuevamente con ASCUS, refiérala a la clínica de patología de cérvix, para colposcopia. Si resultara negativo repita la citología de 4 a 6 meses, y de ser negativo, cita para un año

4.4.1.6 Atipia + VPH ó Lesión Intraepitelial Cervical: Todas aquellas pacientes que presenten un Papanicolaou anormal con atipia por VPH ó lesión intraepitelial cervical o con células malignas, envíelas a la clínica de patología de cuello con una nota escrita en la hoja de referencia (anexo 17.4).

También serán referidas las pacientes que aunque tengan un Papanicolaou negativo, el aspecto del cuello haga sospechar un cáncer.

4.4.2 Segundo y tercer nivel de atención:

Para los fines de estas normas, estarán representados por los hospitales municipales, hospitales provinciales y hospitales nacionales o especializados, con servicios de ginecología u oncología y capacidad instalada con clínica de patología de cérvix.

Las pacientes en este nivel deben ser atendidas por personal médico ginecólogo u oncólogo, capacitado en patología cervical y colposcopia.

En las pacientes que acudan directamente al 2do. o 3er. nivel de atención para realizarse su prueba, maneje los casos de Pap insatisfactorios y normales igual que primer nivel. Los casos de atipia + VPH ó Paps anormales realice colposcopia y biopsia.

4.5 Manejo de las pacientes en caso de contar con estudio de adn (*papiloma virus*)

Cuando haya posibilidad de realizar estudio de ADN para Papiloma Virus, todas las pacientes con atipías por VPH o lesión cervical intraepitelial, detectadas en el primer nivel, refiéranse al segundo o tercer nivel de atención con servicio de patología de cuello.

Tome la muestra con el dispositivo especial para estudio de papiloma virus de alto riesgo, a todas las pacientes que tengan un papanicolaou anormal o atipia por VPH, y aquellas que lo solicitan si tiene facilidades para ello. Siempre tome la muestra para este estudio antes de realizar la colposcopia.

Realice colposcopia a todas las pacientes positivas para virus de alto riesgo.

Las pacientes negativas para virus de alto riesgo pueden ser seguidas con pap anuales o cada 2-3 años, según el grado de riesgo.

4.6 Colposcopia y biopsia (2do. ó 3er. Nivel de atención)

4.6.1 Siga los siguientes pasos para el procedimiento de Colposcopia y Biopsia:

- a) **1ro.** Examine con el colposcopio el área de la Vulva, Periné y Ano. Coloque ácido acético del 3 a 5 por ciento, durante 3 a 5 minutos, para identificar las lesiones aceto blancas.
- b) **2do.** Introduzca el espéculo con las manos enguantadas, con lubricante, para exponer las paredes vaginales y el cérvix.
- c) **3ro.** Visualice con el colposcopio las paredes vaginales, fondo de saco y cérvix.
- d) **4to.** Coloque un algodón empapado con ácido acético en la vagina y el cuello.
- e) **5to.** Visualice con el colposcopio y describa los hallazgos (mapeo).
- f) **6to.** Tome biopsias de las lesiones más sugestivas de patologías. Realice legrado endocervical siempre que haya un Papanicolaou anormal o datos de Papiloma Virus, aunque no se observen imágenes de atípia celular (frascos separados).
- g) **7mo.** Detenga el sangrado de la toma de biopsia, si existe, haciendo compresión directa, o con electrocoagulación, o solución de Monsel). Si no se detiene el sangrado, coloque mecha preferiblemente vaselinada o furacinada; informe a la paciente que debe retirarse la mecha, a la mañana siguiente.
- h) **8vo.** Informe de forma oral y por escrito a la paciente sobre la abstinencia de las relaciones sexuales durante cinco días. Si presenta sangrado abundante, leucorrea fétida, dolor, fiebre, debe acudir inmediatamente a la clínica de patología de cérvix.
- i) **9no.** Complete el llenado del formulario, haciendo un dibujo de la imagen observada.
- j) **10mo.** Envíe la biopsia al laboratorio de patología

acompañada de la hoja de reporte en un plazo no mayor de 5 días.

4.6.2 Hallazgos colposcópicos

4.6.2.1 CLASIFIQUE LOS HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS Y DESCRIBA LAS LESIONES SEGÚN EL SIGUIENTE ORDEN:

4.6.2.2 Hallazgos colposcópicos normales

- a) epitelio escamoso original.
- b) ectopia.
- c) zona de transformación típica.

4.6.2.3 Hallazgos colposcópicos anormales

Zona de transformación atípica.

- a) queratosis.
- b) zona acetoblanca
- c) puntillado.
- d) mosaico.
- e) irregularidad vascular.

4.6.2.4 Misceláneos

- a) cambios inflamatorios.
- b) pólipos
- c) erosión.
- e) cambios atróficos

4.6.2.5 No Concluyente

Cuando no se observa la unión escamo-columnar o es imposible visualizar todo el cuello o toda la lesión.

4.6.3 Impresión colposcópica.

- a) cambios atróficos.
- b) proceso Inflamatorio.
- c) infección por VPH.
- d) lesión de bajo grado.

- e) lesión de alto grado.
 - f) cáncer invasor.
- (ver anexos 17.2)

4.6.4 Imágenes colposcópicas que no requieren biopsia:

- a) epitelio escamoso;
- b) área de Ectopia;
- c) colpitis;
- d) huevos de Naboth.

4.6.5 Imágenes colposcópicas que requieren biopsia:

- a) zona de transformación atípica;
- b) zona Aceto-Blanca;
- c) queratosis
- d) puntillado
- e) mosaico
- f) irregularidades vasculares
- g) pólipos
- h) cualquier lesión sospechosa;
- i) lesiones sugestivas de VPH.

4.6.6 Evalúe la colposcopia de forma general de la siguiente manera:

- a) **Completa:** cuando se observa la unión escamo-columnar en sus 360 grados.
- b) **Incompleta:** cuando no se observa la unión escamo-columnar en sus 360 grados.
- c) **Satisfactoria:** cuando la imagen colposcópica anormal (la lesión) se observa en su totalidad.
- d) **Insatisfactoria:** cuando la imagen colposcópica anormal se introduce en el canal endocervical y no se observa completamente.

4.7 Reporte histológico

4.7.1 Interprete el informe de la siguiente manera:

- a) tejido de cérvix normal.
- b) cervicitis aguda o crónica.
- c) infección viral VPH, herpes simple.
- d) lesión intraepitelial de bajo grado (NIC-I, VPH).
- e) lesión intraepitelial de alto grado (NIC-II, NIC III, Cáncer “In Situ”)
- f) cáncer microinvasor.
- g) cáncer invasor.
- h) adenocarcinoma endocervical o endometrial.
- i) sarcoma y otros tumores.

4.8 Tratamiento de las lesiones precancerosas del cérvix (2do. – 3er. nivel)

Para que el tratamiento de las lesiones pre-cancerosas del cérvix sea efectivo realice una buena correlación Citológica-Colposcópica-Histopatológica.

4.8.1 Tome en cuenta los siguientes factores para el manejo efectivo de las patologías cervicales:

- a) edad
- b) paridad, satisfecha o no.
- c) localización, caracterización y grado de la lesión.

Realice el tratamiento siempre con el reporte colposcópico disponible (Mapeo), para determinar la ubicación y caracterización de las lesiones.

4.8.2 Utilice el método más apropiado dependiendo del tipo de lesión:

4.8.3 Manejo de las lesiones de bajo grado:

VPH

NIC-1

NIC-1+VPH

4.8.3.1 VPH – Virus del Papiloma Humano: aunque el virus como tal no puede ser tratado con eficacia, sí podemos hacerlo con las lesiones producidas por él. Se ha ensayado diversos tratamientos para el manejo de esta patología, dependiendo del lugar donde se encuentre localizada la lesión y las características de ésta. Siempre debe tenerse biopsia de una lesión sospechosa para descartar cáncer.

4.8.3.2 En caso de existir lesiones clínicas benignas por VPH puede utilizar:

Sustancias Cito-Químicas como:

- a- podofilina
- b- ácido Tricloroacético
- c- 5- fluoracilo

- a) **Podofilotóxina:** Se emplea la solución al 25% en lesiones pequeñas (<1 cm), dos aplicaciones a la semana durante 4 a 6 semanas. Se utiliza en las lesiones de vulva. No debe ser utilizado en lesiones de cérvix, vagina, y ano. (No uso en embarazadas).
- b) **Ácido tricloroacético:** Se emplea la solución al 95%. Se aplican toques únicos semanalmente hasta que desaparezcan las lesiones. Se usa en vulva y periné en lesiones por VPH menores de 1 cm. (uso en embarazadas)
- c) **5-fluoracilo:** Se usa en forma de pomada al 5%, básicamente en lesiones de vagina y anales. Un esquema de tratamiento es una aplicación una vez a la semana durante 8 a 10 semanas.

Debe ser aplicado por personal entrenado.

Orienta a la paciente para que la pareja acuda a la clínica de infecciones de transmisión sexual (ITS), sobre todo, si existen lesiones macroscópicas en el varón.

4.8.3.4 En los casos de lesiones premalignas de bajo grado (NIC I) use alguno de estos métodos según la extensión y localicación de las lesiones:

4.8.3.4.1 Métodos de Extirpación:

- a) asa Diatérmica
- b) cono Quirúrgico

4.8.3.4.2 Métodos destructivos:

- a) electrocoagulación.
- b) lasser

4.8.3.4.3 Asa diatérmica y electrocoagulación:

Si las lesiones se encuentran localizadas en la vulva, región perineal y ano, y son lesiones clínicas macroscópicas, trátelas con el Asa de Diatermia. Cuando las lesiones se encuentran en la vagina y el cérvix se realizará el mismo procedimiento anterior, dependiendo de las características de las lesiones. Las lesiones a nivel del cérvix que no sobrepasen dos cuadrantes y no tomen el canal endocervical, puede realizar una electrocoagulación; si las lesiones son mayores o penetran al canal realice una asa de diatermia.

Algunos países y programas de detección, han decidido manejar las lesiones de bajo grado con observación. Es preferible extirpar la lesión, sobre todo si existe la posibilidad de que la paciente no regrese a la cita.

Para seguimiento de estas pacientes realice papanicolaou a los 6 meses; si el resultado es normal, a los 6 meses se hará colposcopía; en caso de tener dos tomas de PAP consecutivos negativos, refiérase al programa de control correspondiente al primer nivel.

Si reporta bajo grado, se le realiza seguimiento con Papanicolaou y colposcopia, de seguir positivo se le programa tratamiento para lesión de bajo grado.

En caso de reporte de una lesión de alto grado, tratamiento como alto grado.

4.8.3.4.4 Cono quirúrgico y lasser: Es muy raro utilizar cono quirúrgico o laser en lesiones de bajo grado. Contemple esta opción si la lesión es muy amplia para una asa de diatermia.

4.8.4 Manejo de las lesiones de alto grado:

NIC-II

NIC-III (CA “In Situ”)

Lesión de alto grado: de primera instancia plantee la realización de un cono con asa de diatermia o quirúrgico. El asa de diatermia es el método con mejor proporción costo beneficio para tratar las lesiones de alto grado. Si se dispone de Laser, puede utilizarlo para extirpar las lesiones.

Utilice el cono quirúrgico cuando la lesión sea muy grande y dificulte el uso del asa de diatermia.

Debe ir seguido de control colposcópico y citológico con legrado endocervical cada 6 meses durante dos años. Si resulta negativo continuar con la toma anual de pap en el nivel correspondiente. De ser positivo repetir tratamiento para lesión de alto grado (cono asa o quirúrgico) tantas veces como lo permita el cérvix, o tratamiento quirúrgico definitivo, valorando la paridad de la paciente (histerectomía).

4.8.5 Cáncer microinvasor e invasor: referir al hospital correspondiente que posea un departamento Gineco-Oncológico.

4.8.6 Patología de cervix en la embarazada

Toda mujer embarazada, debe realizarse su Papanicolaou en el lugar o centro donde se realiza su control prenatal y debe ser tomada con espátula de Ayre, nunca con citobrush.

4.8.6.1 Manejo en la clínica de patología de cérvix:

La paciente embarazada que llega a la clínica con un Papanicolaou anormal se le realizará sólo colposcopía (biopsia, solamente si estuviera indicada por sospecha de cáncer, con una micro pinza). Nunca realizar legrado de canal, porque puede producirse una hemorragia profusa.

4.8.6.2 VPH: Si presenta una lesión clínica (condilomas acuminados), esta se manejará con Ácido Tricloroacético y/o exéresis quirúrgica, si no están localizadas en áreas vulnerables de complicaciones.

A la paciente afectada por esta patología, se le permitirá el parto vía vaginal, si no existe una lesión clínica que obstruya el canal del parto o una condición Materna – fetal que lo contraindique.

Estas pacientes deben ser reevaluadas colposcópica-mente, 6 semanas después del parto.

Lesión de Bajo Grado (NIC-I): Se manejarán con seguimiento colposcópico y citológico, cada 4 meses y se reevaluará, 6 semanas después del parto.

4.8.6.3 Lesiones de Alto Grado (NIC-II y III (Cáncer “In Situ”): Se manejarán con seguimiento colposcópico y citológico, cada 4 meses y se reevaluará 6 semanas después del parto para fines de diagnóstico definitivo y tratamiento.

Sólo se tomará biopsia bajo colposcopía a las pacientes embarazadas, cuando se evidencien cambios progresivos en las imágenes colposcópicas, que hagan sospechar cáncer invasor.

Recuerde no usar citubrush en pacientes embarazadas

4.9 Cáncer microinvasor o invasor:

En caso de que se sospeche por citología, colposcopia o clínicamente, un cáncer microinvasor o invasor, se referirá la paciente al hospital correspondiente, que posea servicio Gineco-Oncológico.



5- BIBLIOGRAFÍA

5- BIBLIOGRAFÍA

5.1. ACS). *Detailed Guide: Cervical Cancer: What are the Key Statistics About Cervical Cancer?* (En línea) (última revisión, enero de 2005

5.2. Acosta, A., Domínguez VS., Publicación científica XV Congreso Latino Americano de Obstetricia y Ginecología, . Paraguay. FLASOG/96

5.3. Ahued JR y col. Curso monográfico, Actualización en Ginecología, México, DF. 20 de noviembre. 1989.

5.4. American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 172, April 1995

5.5. Análisis de la situación del Cáncer Cérvico-Uterino, en América Latina y el Caribe; Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. 2004.

5.6. Anderson MC, The Pathology of Cervical Cáncer, Clin Obstet-gynecol. , vol 2. 1985

5.7. Apgar Colposcopy; 2002.

5.8. Balagueró L., Cirugía Ginecológica, Barcelona, Salvat, 13.AÑO

5.9. -Bishop, a., Sherris J.; Davis, V., Cervical Dysplasia Treatment in Developing Countries: a Situation Analysis, Program for appropriate technology in health, Seattle, U,S,A, 1996.

5.10. CDC. (*Report to Congress: Prevention of Genital Human Papillomavirus Infection. Enero de 2004*).

5.11. CDC. Genital VPH Infection Fact Sheet. (En línea) (2004).

5.12. Cancer Principles and Practice of oncology, sexta Ed. De Vita 2001,

5.13. Clínica de Ginecología y Obstreticia. Cáncer Cérvico Uterino, México D.F. Interamericana Cervical Cancer Screening in Latin American and the Caribbean, pan American Health Organization, World Health Organization, 8618, Washington, D.C.1996.

5.14. Di Palo, G. Colposcopia y Patología del Tracto genital inferior, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina. 1ra. Ed. 1992

5.15. Disaia Gynecology Oncology, 2001.

5.16. *Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services, HHS). (2000). Healthy People 2010, Vol 1-2, 2nd Ed. Washington, DC: US Government Printing Office.*

5.17. Encuesta Demográfica y de Salud, República Dominicana. 2002.

5.18. Estados Unidos Mexicanos, Programa de Prevención y Control de cáncer Cérvico Uterino, Comité

Nacional de Cáncer Cérvico Uterino y Cáncer Mamario México, D.F. 1998.

5.19. Estados Unidos Mexicanos, Secretaría de Salud, Normas Oficiales Mexicana para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, 1998.

5.20. Estados Unidos Mexicanos, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención de Control de Enfermedades, Dirección General de Salud Reproductiva, 1998.

5.21. Herrera, R., et col., Manual de Normas y Procedimientos, Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica, 1995.

50.22. International Journal Gynecology, 118; 2001.

5.23. International Journal of Radiation Oncology Biology and Physics 54; 1: 2002.

5.24. Journal Epidemiology and Bioestatistic, 2001.

5.25. Journal Of Clinical Oncology, Vol. 20; NO. 4, 2002.

5.26. Jonathan S. Berek, MD,MMSC, Nerville F. Hacker, MD. Ginecologia Oncologia Practica, 4ta. Ed. 2006.

5.27. Manual de Normas y Procedimientos para el Control del Cáncer Cérvico Uterino., Organización Panamericana de la Salud, Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud, Serie Paltex no. 6, Washington D,C, EUA 1990.

5.28. Manual de Supervisión Evaluación, Detección y Control de Cáncer de Cuello Uterino. Colombia, Bogotá, D.C.1994.

5.29. Millar A.B., Programas de Detección del Cáncer Cérvico-Uterino, Directrices de Gestión. OMS, Ginebra, 1993.

5.30. Mischell D.R. Herbst A, THOMAS H, Cum K your Book of Obstetric and Gynecology Womens Health, 1997.

5.31. National Cancer Institute, March, 2007.

5.32. New England Journal 34; 15, 1999.

5.33. Normas Nacionales para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Temprano del Cáncer Cérvico-Uterino; Serie de Normas Nacionales No. 13. 2da edición, Impresora Editora Teófilo S.A. Santiago de los Caballeros, República Dominicana. 2004.

5.34. Normas Nacionales del Expediente Clínico de la Atención Médica, Serie Normas Nacionales No. 32, Primera Edición. OPS. 2003

5.35. Normas Nacionales Técnico-Administrativas y de Procedimientos para la Atención Integral de Adolescentes, Serie de Normas Nacionales No. 13, Primera Edición, Impresos Pérez Fernández; Santo Domingo, República Dominicana, 2004.

5.36. Normas Nacionales de Salud Reproductiva de la República Dominicana Planificación Familiar, Serie de Normas Nacionales No. 14, 2da edición, Impresora Editora Teófilo, S.A. impreso en Santiago de los Caballeros, República Dominicana, 1999.

5.37. Objetivos de Desarrollo del Milenio, Sistema Nacional de las Naciones Unidas, República Dominicana. 2004.

5.38. Planificación y Aplicación de los Programas de Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino, Manual para gestores; OPS. 2006.

5.39. Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino, Análisis Exhaustivo de Temas 2; Estrategias de la ACCP para Apoyar a las Mujeres con Cáncer Cérvico-Uterino; OPS. 2004.

5.40. Programmatic Guidelines for Screening of Cancer of the Cervix in Canada. Quality Management Working Group, Cervical Cancer Prevention Network. Society of Gynecologic Oncologists of Canada. Cat No. H39-436/1998E.

5.41. Registro hospitalario de Tumores, Liga Dominicana Contra el Cáncer, Inc. República Dominicana. Reporte 2003.

5.42. Registro hospitalario de Tumores, Liga Dominicana Contra el Cáncer, Inc. República Dominicana. Reporte 2004

5.43. Revista de la Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital y Colposcopia, Buenos Aires, Argentina, Vol. 2, 1992.

5.44. Revista Mundo Médico. Centro América, Panamá y República Dominicana. Vol.19.

5.45. Zeiguer, Z.; Vulva, Vagina y Cuello. Editorial Médica Panamericana S.A., impreso en La Argentina; Buenos Aires, Argentina. 1996.

5.46. www.thegcf.org/

5.47. www.cervicalcancercampaign.org/



6- ANEXOS

6- ANEXOS

- 6.1 Formulario para reporte de Papanicolaou.
- 6.2 Formulario para reporte de colposcopia.
- 6.3 Formulario de referencia y contrarreferencia.
- 6.4 Esquema de tratamiento para microorganismos vaginales.
- 6.5 Recomendaciones para después del asa diatérmica.
- 6.6 Flujograma de manejo y seguimiento
- 6.7 Flujograma de referencia y contrarreferencia.

6.I SECRETARIA DE ESTADO
DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
SANTO DOMINGO, R.D.

PROGRAMA NACIONAL DE DETECCION
DE CANCER CERVICO-UTERINO

Codigo:_____Establecimiento:_____

Region-municipio:_____

Exp:_____Nombre:_____

_____Apodo:_____Edad:_____Direccion:_____

_____Telefono:_____

_____G P A C Embarazada: si no Edad del 1er. Coito:

_____No. De pareja: _____Lactando: si no Histerectomizada:

si no FUM _____DIU _____Hormona: _____Fecha de la

toma: _____Fecha último papanicolaou: _____Sitio de la toma:

_____Aspecto del cuello: _____

Nombre y Firma

CITOLOGICO DENTRO LIMITES NORMALES ☐ CAMBIOS INFECCIOSOS TRICOMONAS VAGINALES COCOBACILOS OTROS ☐ CAMBIOS REACTIVOS ☐ INFLAMATORIO: LEVE, SEVERO ☐ RADIACION ☐ DISPOSITIVO INTRAUTERINO ☐ METAPLASIA ☐ ATROFICOS ☐ EVALUACION HORMONAL ☐ PATRON COMPATIBLE CON EDAD – HISTORICA ☐ PATRON INCOMPATIBLE CON EDAD – HISTORICA ☐ INSATISFACTORIA PARA EVALUACION HORMONAL	
--	--

☐ SATISFACTORIA

☐ INSATISFACTORIA

☐ CELULAS ESCAMOSAS

☐ ATIPIA DE SIGNIFICACION NO

☐ DETERMINADA (ASCUS)

☐ LESION INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO☐ COMPATIBLE CON (VPH) PAPILOMA☐ VIRUS☐ COMPATIBLE CON NIC-I (DISPLASIA LEVE)☐ LESION INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO☐ COMPATIBLE CON NIC-II, NIC-III (DISPLASIA SEVERA), CA “IN SITU”.☐ CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS☐ CELULAS GLANDULARES☐ CELULAS GLANDULARES ATIPICAS DE☐ SIGNIFICACION NO DETERMINADA.☐ ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL☐ ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL

FECHA DE REPORTE

CITO - PATOLOGO
(NOMBRE Y FIRMA)

**6.2 SECRETARIA DE ESTADO
DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
REPUBLICA DOMINICANA
PROGRAMA NACIONAL DE DETECCION DE
CANCER CERVICO UTERINO**

REPORTE DE COLPOSCOPIA

Codigo:_____ Establecimiento_____

Region-municipio:_____ Fecha_____ Exp._____

Nombre:_____ Edad_____

Apodo_____ Direccion:_____

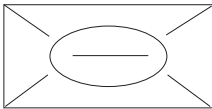
Tel._____ Menarquia_____ Ciclos

Menstruales_____ Fum_____ G_____ P_____ A_____ C_____ Metodos de

planificacion_____ Tiempo de uso_____ Fuma: Si_____

no_____ No. de cigarros al dia_____ Tiempo_____ Inicio de vida sexual_____

No. de compañeros_____ Infecciones de transmision sexual_____



CÉRVIX Y VAGINA

Comentarios

Impresión diagnóstica

NORMAL
MUCOSA ORIGINAL
ECTOPIA
ZONA DE TRANSFORMACION TIPICA

ANORMAL
HIPERQUERATOSIS
ZONA ACETO – BLANCA
PUNTILLADO
MOSAICO
VASOS ANORMALES
ZONA DE TRANSFORMACION
ATIPICA

MISCELANEOS
CONDILOMAS
EROSION
POLIPOS
OTROS_____

ATROFIA
COLPITIS

COMPLETA ☐
INCOMPLETA ☐
SATISFACTORIA ☐
INSATISFACTORIA ☐

Comentarios

Biopsia:

Endocervix ☐
Exocervix ☐
Vagina ☐

Colposcopista
(Nombre y firma)

**6.3 SECRETARIA DE ESTADO
DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
REPUBLICA DOMINICANA
PROGRAMA NACIONAL DE DETECCION
DE CANCER CERVICO UTERINO**

**FORMULARIO DE REFERENCIA
Y CONTRARREFERENCIA**

Fecha_____

Establecimiento referidor_____

Referida a: _____

Region-municipio:_____

Fecha_____Exp._____

Nombre:_____

Edad_____Apodo_____

Direccion:_____

Tel._____Embarazada:Si___no___

Edad gestacional___semanas

Causa o Dx. de referimiento: _____

Reporte Citologico: _____

Caracteristicas del cervix: _____

Nombre y firma del médico referidor

DIAGNOSTICO Y MANEJO EN LA CLÍNICA DE PATOLOGIA DE CERVIX

Colposcopia:_____

Biopsia:_____

Tratamiento:_____

Recomendaciones:_____

Nombre y firma del médico

**6.4 SECRETARIA DE ESTADO
DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
REPUBLICA DOMINICANA**

**PROGRAMA NACIONAL DE DETECCION
DE CANCER CERVICO UTERINO**

**ESQUEMA DE TRATAMIENTO PARA
MICROORGANISMOS VAGINALES**

GERMEN PATOGENO	TRATAMIENTO 1ERA. ELECCION
CANDIDAS. TRICOMONAS. GONOCOCO EN CERVICITIS CLAMIDIA EN CERVICITIS GARDNERELLA HERPES SIMPLES MICOPLASMA	ANTIMICOTICO TRICOMONICIDA ANTIBIOTICOS ANTIBIOTICOS ANTIPARASITARIOS Y ANTIBIOTICOS ANTIVIRALES ANTIBIOTICOS

**6.5 SECRETARIA DE ESTADO
DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
REPUBLICA DOMINICANA**

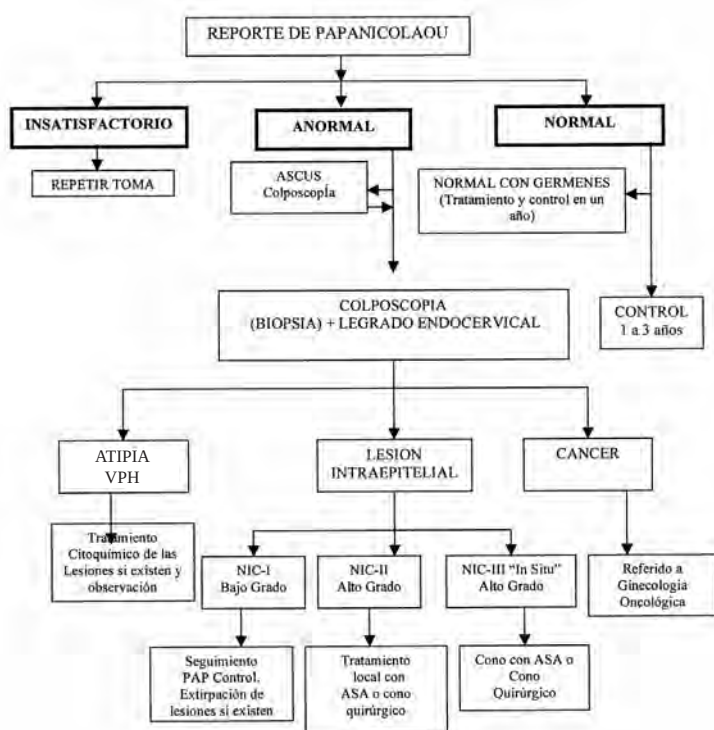
**PROGRAMA NACIONAL DE DETECCION
DE CANCER CERVICO UTERINO**

**RECOMENDACIONES PARA DESPUES
DEL ASA DE DIATERMIA**

- SEGUIR LAS INSTRUCCIONES MEDICAS CON RELACION AL USO DE MEDICAMENTO.
- ALERTAR SOBRE SALIDAD DE SECRECION ACUOSA O SECRECION OSCURA, NO MAL OLIENTE, DURANTE VARIOS DIAS.
- NO TENER RELACIONES SEXUALES (COITUS) POR 6 SEMANAS, Y LIMITACION DE ACTIVIDAD FISICA.
- VOLVER A LA CLINICA DE PATOLOGIA DE CERVIX, SI TIENE UN SANGRADO NO RELACIONADO CON LA MENSTRUACION O SECRESIONES MAL OLIENTE.

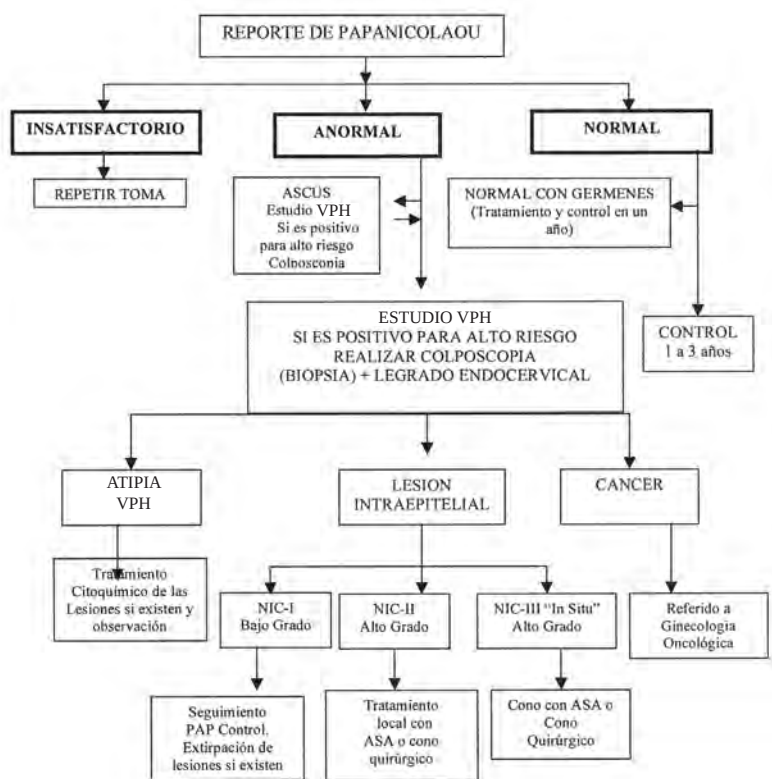
6.6 SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL REPUBLICA DOMINICANA PROGRAMA NACIONAL DE DETECCION DE CANCER CERVICO UTERINO

FLUJOGRAMA PARA CUANDO NO SEA POSIBLE ESTUDIO DE VPH



6.6 SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL REPUBLICA DOMINICANA PROGRAMA NACIONAL DE DETECCION DE CANCER CERVICO UTERINO

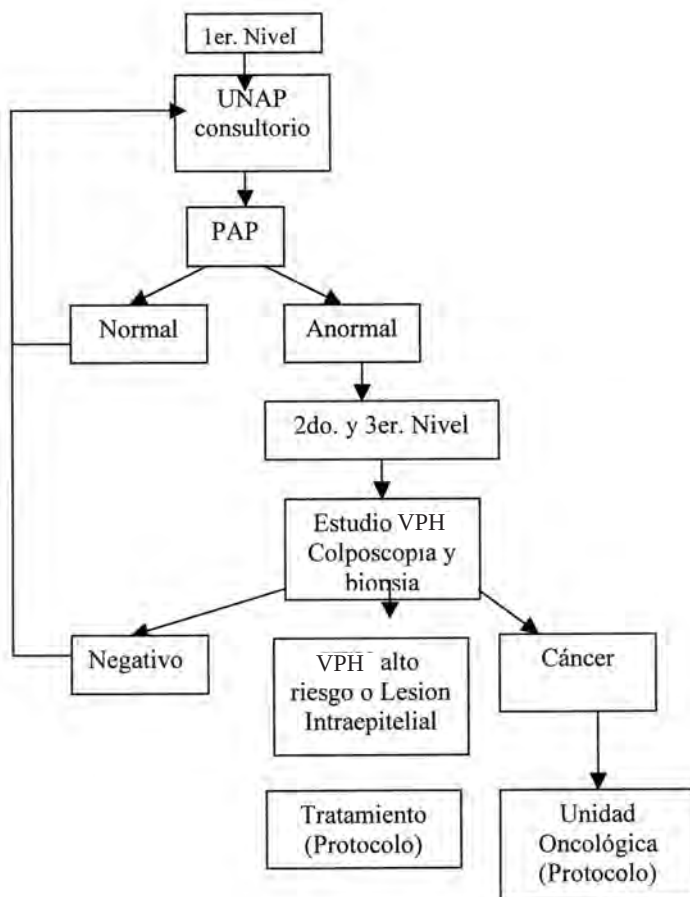
FLUJOGRAMA PARA CUANDO SEA POSIBLE ESTUDIO DE VPH



Si el estudio de VPH es negativo para virus de alto riesgo, se sigue la paciente con tomas de pap cada año o se da tratamiento local para lesion cervical o infecciones.

6.7 SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL REPUBLICA DOMINICANA PROGRAMA NACIONAL DE DETECCION DE CANCER CERVICO UTERINO

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



Esta edición de las
NORMAS DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y
TRATAMIENTO DE CÁNCER CÉRVICO-UTERINO
se terminó de imprimir en diciembre de 2007
en los talleres gráficos de Editora Búho.
Santo Domingo, República Dominicana.
Con el auspicio del Fondo de Población de las
Naciones Unidas-UNFPA.