

PROGRAMA INTEGRAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER EN CUBA

GUÍA DE CÁNCER CERVICOUTERINO

ACCIONES PARA SU CONTROL_2018



**PROGRAMA INTEGRAL
PARA EL CONTROL DEL CÁNCER
GUÍA DE CÁNCER CERVICOUTERINO
ACCIONES PARA SU CONTROL_2018**

Usuarios

Esta Guía va dirigida a los profesionales a cargo de la salud de la mujer en todos los niveles de atención, para cumplir las acciones de pesquisa, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y cuidados al final de la vida. Está fundamentada sobre la evidencia científica disponible. No reemplaza el juicio clínico y deben considerarse las particularidades locales para su implementación. Esta versión sustituye la Guía editada en el 2001.

Declaración de Conflictos de Interés

Los autores y colaboradores de la presente Guía, declaran no tener conflictos de interés respecto a los contenidos de la misma. Su desarrollo y publicación han sido financiados íntegramente con fondos estatales.

Edición y Revisión Final

MSc. Agueda Santana Martínez
MSc. Walkiria Bermejo Bencomo

Diseño y Maquetación

María Carolina García Domínguez

© Sección Independiente para
el Control del Cáncer

© Sobre la presente edición:
Editorial Ciencias Médicas, 2018

ISBN

978-9962-9018-9-1

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Calle 23 esquina N, Plaza, La Habana
ucancer@infomed.sld.cu
telf.: 7 8396256 / 78321386

EDITORIAL DE CIENCIAS MÉDICAS

Centro Nacional de Información de Ciencias
Médicas Calle 23 No.654 esquina D y E, Plaza,
La Habana CP: 10400, Cuba
ecimed@infomed.sld.cu
telf.: 7 8361893



PROGRAMA INTEGRAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER EN CUBA

GUÍA DE CÁNCER CERVICOUTERINO

ACCIONES PARA SU CONTROL_2018

DEDICATORIA

A la memoria de Vilma Espín Guillois,
por su intensa labor, encaminada a
lograr el bienestar de la mujer cubana
en todas las esferas de la vida.

A todos los profesionales de la salud
vinculados a las acciones de control
del cáncer cervicouterino.

A todas las mujeres cubanas.

GRUPO EDITORIAL

PROGRAMA INTEGRAL
PARA EL CONTROL DEL CÁNCER

MSc. Teresa Romero Pérez

Jefa de la Sección Independiente de Control del Cáncer

MSc. Walkiria Bermejo Bencomo

Coordinadora de la Red de Conocimientos de Control del Cáncer de la Sección Independiente de Control del Cáncer

MSc. Gisela Abreu Ruíz

Coordinadora del Grupo Programa de la Sección Independiente de Control del Cáncer

MSc. Abel Monzón Fernández

Coordinador del Grupo de Desarrollo de la Sección Independiente de Control del Cáncer

AUTORES

Dra. Águeda Antonia Santana Martínez

Especialista de Segundo Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Auxiliar Consultante en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Máster en Atención Integral a la Mujer. Jefa de la Consulta de Patología de Cuello del Hospital Materno 10 de octubre. Coordinadora del Grupo Especial de Trabajo de Cáncer Cervicouterino de la Sección Independiente para el Control del Cáncer/MINSAP. Jefa de la Sección de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia.

Dra. Walkiria de las Mercedes Bermejo Bencomo

Especialista de Segundo Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Auxiliar en la Escuela Nacional de Salud Pública. Máster en Atención Integral a la Mujer. Investigadora Agregada del INOR. Funcionaria de la Sección Independiente de Control del Cáncer/MINSAP. Representante de Cuba en el Grupo Operativo de Control del Cáncer Cervicouterino de la Red de Instituciones Nacionales de Cáncer de la Región de las Américas (RINC). Miembro de la Sección de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia y de la Sociedad de Oncología.

Dra. Tania Camacho Canino

Especialista de Primer Grado en Anatomía Patológica. Citopatóloga del Servicio de Anatomía Patológica en el Hospital Ramón González Coro. Miembro del Grupo Especial de Trabajo de Cáncer Cervicouterino de la Sección Independiente para el Control del Cáncer, MINSAP.

Dra. María Victoria López Soto

Especialista de Segundo Grado en Anatomía Patológica. Profesora Auxiliar en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Citopatóloga del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Enrique Cabrera. Miembro del Grupo Especial de Trabajo de Cáncer Cervicouterino de la Sección Independiente para el Control del Cáncer/MINSAP. Miembro de la Sociedad de Anatomía Patológica.

Dr. Juan Mario Silveira Pablos

Especialista de Segundo Grado en Oncología. Profesor Auxiliar en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Investigador Agregado. Jefe del Servicio de Oncología Ginecológica del INOR. Miembro del Grupo Especial de Trabajo de Cáncer Cervicouterino de la Sección Independiente para el Control del Cáncer/ MINSAP.

Dra. Irene Carmen Rodríguez Santos.

Especialista de Segundo Grado en Anatomía Patológica, Profesor Auxiliar y Consultante en la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Máster en Salud Pública.

Dr. C José G. Sanabria Negrín

Especialista de Segundo Grado en Histología. Doctor en Ciencias Biológicas. Profesor Auxiliar y Consultante en la Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Investigador Auxiliar.

Lic. Elba Padrón Vera

Licenciada en Enfermería, Máster en Educación Médica Superior, Profesora Asistente en la Facultad Julio Trigo López. Asesora Nacional de Enfermería. Miembro del Grupo Especial de Trabajo de Cáncer Cervicouterino de la Sección Especial para el Control del Cáncer/MINSAP.

COLABORADORES

Dr. Orlando Aguilar Vela de Oro

Especialista de Segundo Grado en Oncología. Investigador Agregado.

Dra. Kenia Aguilar Fabré

Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia y Oncología. Profesora Asistente en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Investigadora Agregada.

Dra. Margarita Amigó De Quesada

Especialista de Segundo Grado en Anatomía Patológica. Profesora Auxiliar en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Dr. Fernando Areces Delgado

Especialista de Primer Grado en Oncología. Profesor Auxiliar en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Dr. Omar de Jesús Bosque Diego

Especialista de Segundo Grado en Oncología. Profesor Auxiliar en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Investigador Agregado.

Dra. Helga Candanedo Pazos

Especialista en Radioterapia. Profesora Instructor en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Dra. María de los Ángeles Castañeda Capote

Especialista de Segundo Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Miembro de la Consulta de Patología de Cuello del Hospital Ángel Arturo Aballí. Vocal de la Sección de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia.

Dr. Israel Díaz Ortega

Especialista en Ginecología y Obstetricia. Especialista de Segundo Grado en Oncología. Profesor Auxiliar en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Investigador Agregado.

Dr. Roberto Esperón Noa

Especialista en Cirugía General. Profesor Auxiliar en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Jefe del Departamento Quirúrgico del INOR.

Lic. Teresa de la C. Hernández Morejón

Licenciada en Periodismo. Funcionaria de la FMC.

Dr. Alejandro Linchenat Lambert

Especialista de Segundo Grado en Oncología. Profesor Asistente en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Investigador Agregado.

Dra. Martha López Reyes

Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Vocal de la Sección de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología.

Dr. Jorge Felipe Montero León

Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Investigador Agregado.

Dr. Orlando Parellada Joa

Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Lic. María Elena Pérez Leyva

Licenciada en Gestión de la Información en Salud, Máster en Salud Pública, Jefa del Departamento de Sistemas, Encuestas e Informática de la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.

Lic. Maritza Rodríguez Lara

Licenciada en Psicología Clínica. Máster en Sexualidad. Funcionaria de la FMC.

Dra. Ana Margarita Solares Asteasuainzarra

Especialista de Segundo Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Auxiliar en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Máster en Tendencias Biotecnológicas Contemporáneas. Jefa de la Consulta de Patología de Cuello del Hospital Ginecobstétrico Ramón González Coro. Miembro del Grupo Especial de Trabajo de Cáncer Cervicouterino de la Sección Independiente para el Control del Cáncer/MIN-SAP. Secretaria de la Sección de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia.

COMITÉ REVISOR EXTERNO

Dr. Evelio Cabeza Cruz

Especialista de Segundo Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Titular y Consultante en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Jefe del Grupo Nacional de Ginecología y Obstetricia. Asesor del Grupo Especial de Trabajo de Cáncer Cervicouterino de la Sección Independiente para el Control del Cáncer/MINSAP. Presidente de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia.

Dr. Israel Borrajero Martínez

Especialista de Segundo Grado en Anatomía Patológica. Profesor Titular y Consultante en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Jefe del Grupo Nacional de Anatomía Patológica. Asesor del Grupo Especial de Trabajo de Cáncer Cervicouterino de la Sección Independiente para el Control del Cáncer/MINSAP. Presidente de la Sociedad Cubana de Anatomía Patológica.

Dra. Teresa Romero Pérez

Especialista de Segundo Grado en Epidemiología. Profesora Titular y Consultante de la Escuela Nacional de Salud Pública. Máster en Educación Médica Superior. Investigadora Auxiliar del INOR. Jefa de la Sección Independiente para el Control del Cáncer/MINSAP. Miembro de la Sociedad de Oncología.

Dra. Gisela Abreu Ruíz

Especialista de Primer Grado de MGI y Medicina Interna. Profesora Asistente. Máster en Atención Primaria de Salud. Investigadora Agregada del INOR. Funcionaria de la Sección Independiente de Control del Cáncer/MINSAP.

Dr. Orestes Tamayo Sánchez

Especialista de Segundo Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar y Consultante en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de la Consulta de Patología de Cuello del Hospital Ginecobstétrico América Arias. Vice jefe de la Sección de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia.

Dr. Francisco Perera Fernández

Especialista de Segundo Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Titular y Consultante en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Profesor de Mérito. Funcionario de la Sección Cáncer y Coordinador del Grupo provincial Cáncer Cervicouterino de La Habana.

Dr. Juan Pablo Martínez Noceda

Especialista de Segundo Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar en la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Máster en Atención Integral a la Mujer. Jefe de la Consulta de Patología de Cuello del Hospital General Vladimir Ilich Lenin, de Holguín. Miembro de la Sección de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia.

PRÓLOGO

Es un gran honor para mí escribir el prólogo de este trabajo, relacionado con la actualización de las acciones de control del cáncer cervicouterino en Cuba, que como señala, es la quinta causa de muerte en las mujeres cubanas.

No puedo dejar de mencionar en esta ocasión al profesor Zoilo Marinello, que desde mi época de estudiante, ya hablaba de la creación de un programa para diagnosticar tempranamente el cáncer cervicouterino. Como todos saben, esa idea se puso en práctica en el 1968, bajo la dirección del propio Dr. Marinello.

Han transcurrido décadas desde entonces y, como establecen las leyes de la dialéctica, todo cambia constantemente; pero en este caso el objetivo sigue siendo el mismo, «lograr disminuir la mortalidad por ese tipo de cáncer en las mujeres de nuestro país».

Con esa intención, un prestigioso grupo de profesionales ha elaborado esta Guía, acorde con las reformas de nuestro Sistema de Salud.

El propósito de este trabajo es bien abarcador y destaco algunos que considero fundamentales, como reducir los factores de riesgo, aumentar el universo de mujeres a pesquisar, lograr la participación activa de los equipos básicos de salud y otros sectores de la comunidad, donde ocupa un lugar importante la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), la educación sobre la salud, investigaciones epidemiológicas y la introducción de nuevas tecnologías como el Test de PVH, entre otros no menos importantes.

Valoro muy correcto haber agregado en este trabajo el manejo por tipo de lesión y sus indicaciones según la edad y paridad. Asimismo se detalla el manejo de la mujer menor de 25 años y de la embarazada, así como resulta de gran importancia la incorporación del consentimiento informado; en fin, no me es posible repetir todos los aspectos sumados en esta Guía, que son bien importantes.

Estoy seguro que el conocimiento y aplicación de los variados aspectos que aquí se plantean, redundarán en nuevos éxitos cuando quede implementada esta Guía y por supuesto, se logrará la reducción de la mortalidad por cáncer cervicouterino, colocando a Cuba sin dudas, en igualdad con los resultados que por estas acciones se obtienen en países desarrollados.

Dr. Evelio Cabezas Cruz

Expresidente Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia

PRESENTACIÓN

El cáncer en Cuba es la enfermedad que más muertes produce entre uno y 64 años, y es la segunda causa a partir de los 65 años, luego de las enfermedades del corazón. Es la enfermedad por la cual se pierden más años de vida potenciales (18.3), lo que la convierte en la mayor reserva de eficacia a nivel social, para lograr o mantener la esperanza de vida en 80 años, con calidad.

Todos los países, independientemente de los recursos que posean, pueden impactar de manera positiva en el control de esa enfermedad, teniendo en cuenta que un 40% de los casos puede prevenirse si se produce un cambio en los estilos de vida, un 30% sería potencialmente curable si se diagnostica en una etapa temprana y se trata con la tecnología disponible hoy día; y para el otro 30%, donde la enfermedad es incurable, existen medios para aliviar el dolor y prestar asistencia paliativa, a fin de mejorar la calidad de vida.

El Ministerio de Salud Pública de Cuba, con la colaboración de organizaciones de masas y otros sectores, realiza acciones concretas que se resumen en la implementación del Programa Integral para Control de Cáncer (PICC), surgido a partir de los ya existentes y basado en una Estrategia Nacional, que incluye desde la prevención, promoción, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, seguimiento, rehabilitación hasta los cuidados continuos al final de la vida.

El PICC contiene acciones de control organizadas para las principales localizaciones, que incrementan la incidencia y mortalidad por esta causa en la población general, tiene el objetivo fundamental de cambiar el paradigma de la historia natural de esta dolencia, para convertirla de una enfermedad mortal a una enfermedad crónica controlada.

El cáncer de cuello uterino se ubica dentro de las localizaciones priorizadas y se ha desplazado hoy a la quinta causa de muerte en la mujer. Gracias a un sistema de acciones integradas y al trabajo con el Polo Científico de la Biotecnología, a partir de la introducción tecnológica para la pesquisa, diagnóstico y tratamiento (kit de toma de muestra para la citología orgánica, videocolposcopios y equipos de radiocirugía), en los diferentes niveles de atención, resulta posible ofrecer un mejor control de esta enfermedad.

La presente Guía tiene la finalidad de proporcionar información sobre las acciones de control del cáncer cervicouterino, basado en los componentes de la Estrategia Nacional, aportar los conocimientos elementales para evaluar a la mujer de manera integral y brindar tratamiento básico. Se espera que los profesionales a cargo de esta actividad, amplíen cada vez más sus conocimientos mediante cursos de superación y revisión de otros textos. El trabajo práctico y continuo es imprescindible para adquirir, perfeccionar y mantener las actitudes necesarias con vistas al manejo de este tipo de cáncer.

Nuestro agradecimiento para todos los que han colaborado y hecho posible la realización de este material.

MSc. Teresa Romero Pérez

Jefa de la Sección Independiente para Control del Cáncer
MINSAP

ÍNDICE

Introducción / 14

Estructura organizativa / 18

Educación y Promoción de Salud / 21

Federación de Mujeres Cubanas / 24

Atención Primaria de Salud / 25

Funciones de la enfermera / 26

Consultas Municipales de Patología Benigna de Cuello Uterino / 27

Departamento de Anatomía Patológica / 28

Laboratorio Citodiagnóstico / 28

Laboratorio de Anatomía Patológica / 30

Atención secundaria de salud / 34

Consultas de Patología de Cuello / 34

Pacientes Inasistentes / 43

Control de la calidad / 43

Grupos especiales / 44

Mujeres menores de 25 años / 44

Mujeres Embarazadas / 46

Mujeres con VIH/SIDA / 48

Consideraciones para la atención de mujeres en hospitales clínico quirúrgicos / 49

Atención oncológica / 50

Consentimiento informado / 54

La ética en las acciones de control del cáncer cervicouterino / 55

Abreviaturas / 57

Glosario / 58

Bibliografía consultada / 59

Anexos / 62

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es una de las causas más frecuentes de muerte en las mujeres de los países en desarrollo, y las tasas de incidencia en América Latina y el Caribe se encuentran entre las más altas del mundo. Si no se adoptan medidas urgentes, se prevé que las defunciones que causa este tipo de cáncer aumentarán casi un 25% en los próximos 10 años. La prevención de dichas muertes mediante la detección y el tratamiento adecuado (como se recomienda en esta Guía) contribuirá a cumplir con las Metas de Desarrollo del Milenio.

La mayoría de las mujeres que fallecen por cáncer cervicouterino, especialmente en los países en vías de desarrollo, lo hacen en la etapa de mayor esplendor de sus vidas, en la que educan a sus hijos, cuidan de sus familias y participan en la vida social y económica de sus naciones. Su desaparición constituye no solamente una tragedia personal y familiar, sino también una pérdida innecesaria para la sociedad, ya que existen pruebas irrefutables de que el cáncer cervicouterino es una de las formas más prevenibles y tratables de cáncer cuando se detecta a tiempo y se trata con eficacia. Es preciso para evitar estas muertes involucrar a todos los sectores de la sociedad, la familia y la comunidad.

En Cuba, el cáncer cervicouterino ocupa la quinta causa de muerte y la cuarta en incidencia, según datos del Anuario Estadístico de Salud 2015, con tendencia a la disminución del número de fallecidas.

La mortalidad por cáncer de cuello uterino ha disminuido significativamente en varios países desarrollados y algunos estudios indican que ello se debe en gran medida a los programas de diagnóstico precoz.

Desde 1968, el Ministerio de Salud Pública, con la colaboración de las organizaciones de masas, desarrolló un Programa para el Diagnóstico Precoz del Cáncer Cervicouterino. Durante los años transcurridos, millones de mujeres fueron sometidas a estudios citológicos del cérvix y miles de ellas se beneficiaron con el diagnóstico temprano de esta enfermedad.

Los nuevos conocimientos en los últimos años sobre la epidemiología y la historia natural de esta enfermedad, así como la introducción de nuevas formas organizativas con enfoque integral, en relación con la aplicación práctica de este tipo de programa, han determinado su revisión y actualización, con el objetivo de mejorar la eficacia y disminuir la mortalidad por este tipo de cáncer.

Para la confección de esta Guía fue necesario revisar los resultados obtenidos en países desarrollados y la implementación de sus protocolos, consultar bibliografía actualizada, así como alinear este material al Programa Integral para el Control del Cáncer (PICC), único vigente en Cuba desde el 2010 como documento rector.

Esto ha permitido incluir nuevas medidas y procedimientos en los distintos niveles de atención, en forma de paquetes de productos y servicios contenidos en la Estrategia Nacional de Control del Cáncer, que abordan la problemática desde la educación, comunicación, pesquisa, diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y cuidados al final de la vida.

I. PROPÓSITO

Contribuir a elevar el nivel de salud de la población femenina mediante acciones encaminadas a:

- Reducir los factores de riesgo y promover estilos de vida saludables para el control de la enfermedad.
- Incorporar el universo de mujeres a las acciones de pesquisa (tamizaje).
- Organizar el proceso de atención a la mujer en las consultas de Patología de Cuello.
- Contribuir a la coordinación del trabajo en equipo con los profesionales implicados según corresponda.
- Lograr la participación activa de los equipos básicos de salud (EBS), unido a otros sectores de la sociedad.

II. OBJETIVO GENERAL

Disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer de cuello uterino en Cuba.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar acciones de educación y promoción de salud para fomentar hábitos y estilos de vida saludables.
2. Identificar la población de riesgo a padecer cáncer cervicouterino.
3. Alcanzar la cobertura de la población femenina en más del 85 por ciento.
4. Detectar las lesiones intraepiteliales de cuello uterino en sus distintos grados.
5. Realizar el tratamiento oportuno.
6. Diagnosticar el cáncer en sus etapas tempranas (etapa I).
7. Reducir el diagnóstico de cáncer en etapas avanzadas (II – IV).
8. Aplicar tratamiento adecuado según las diferentes etapas clínicas.
9. Realizar seguimiento evolutivo de los casos detectados y tratados.
10. Mejorar la calidad de la información estadística.
11. Detectar otras afecciones del tracto genital inferior (TGI).

IV. LÍMITES

De espacio. Esta Guía se implementará en las instituciones de los diferentes niveles de atención que brindan asistencia médica a la mujer.

De tiempo. Comenzará a desarrollarse en enero del 2018. Se harán los reajustes necesarios con una periodicidad no menor de un año ni mayor a cinco años.

V. UNIVERSO DE TRABAJO

Para la pesquisa citológica (tamizaje) se incluye la población femenina entre los 25 y 64 años de edad con vida sexual activa. En caso necesario, se puede indicar a mujeres de cualquier edad según criterio médico.

VI. PERIODICIDAD

- La prueba citológica se realizará cada tres años.
- Si una mujer tiene tres o más estudios citológicos negativos realizados en los últimos 10 años según la periodicidad establecida, después de los 64 años no será necesario hacer más pruebas.
- La mujer de más de 64 años que se realiza la prueba citológica por primera vez, si el resultado es negativo, se le repetirá el estudio citológico al año, si es negativo se repite a los cinco años. Si los resultados fueran siempre negativos, no será necesario continuar realizando esta prueba y sale del programa.

VII. UNIDAD DE DETECCIÓN

- Consultorios del médico y enfermera de la familia en zonas urbanas, rurales y de difícil acceso.
- Policlínicos.

VIII. ACTIVIDADES DE CONTROL DEL CÁNCER

1. Consolidar las acciones de educación y promoción de salud en los tres niveles de atención para el diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino

- Identificar, controlar o eliminar los factores de riesgo asociados a la aparición del cáncer cervicouterino.
- Promover acciones de salud que contribuyan a mejorar el conocimiento, actitudes y prácticas saludables en la mujer, con énfasis en la participación activa de la comunidad organizada y la intersectorialidad.
- Desarrollar trabajo educativo y/o informativo para la difusión de mensajes didácticos pertinentes, acorde a la política definida por el PICC.
- Capacitar a los profesionales implicados en la divulgación de temas relacionados con la enfermedad, en estrecha vinculación con el Centro Nacional de Educación y Promoción para la Salud (CNEPS) y sus sedes provinciales.
- Apoyar el diseño de materiales audiovisuales y la difusión de temas relacionados con el cáncer cervicouterino por los medios masivos de comunicación.
- Promover conocimientos para lograr la participación activa de la población en la prevención del cáncer de cérvix.
- Mantener estrecha vinculación entre el personal de salud a cargo, con la Federación de Mujeres Cubanas (brigadista sanitaria), otros sectores y la población en general, para fortalecer las acciones de pesquisa.
- Fomentar el auto cuidado, responsabilidad individual, familiar y comunitaria en relación con la salud.

2. Realizar la pesquisa citológica a toda mujer en edad de riesgo (25 a 64 años) para la detección del cáncer cervicouterino

- Identificar en el proceso de dispensarización las mujeres con riesgo a padecer cáncer (25 a 64 años).
- Controlar el número de mujeres a investigar por mes y año, en los consultorios del médico de la familia (CMF) y en los departamentos de pesquisa de los policlínicos.
- Realizar cada tres años la toma de muestra de citología orgánica a toda mujer en edad de riesgo y sin importar la edad según criterio médico.
- Evaluar en el área con frecuencia mensual los indicadores de la pesquisa.

3. Detectar y tratar las etapas tempranas del cáncer de cuello uterino

- Exigir que el personal técnico a cargo de la toma de muestra esté capacitado según los requerimientos actuales.
- Incrementar la competencia de los cito tecnólogos que intervienen en el procesamiento de las muestras citológicas.
- Capacitar en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, de manera continuada, a los especialistas en ginecobstetricia a cargo de las consultas de patología de cuello (CPC) y consultas municipales de patología benigna de cuello (CMPBC)
- Sistematizar la capacitación de los técnicos en cito histopatología para el diagnóstico histológico.
- Actualizar a los especialistas de Anatomía Patológica en la clasificación internacional de Bethesda y CIEO-3 para el diagnóstico cito histológico de las lesiones del cuello uterino.
- Planificar los recursos materiales y humanos necesarios para las consultas y laboratorios de citohistopatología.
- Evaluar con frecuencia semestral el proceso de atención en las CPC.

4. Garantizar la asistencia a consulta y el seguimiento de los casos detectados y tratados

- Notificar a la CPC el caso con resultado citológico anormal para definir la fecha de la cita médica a través del modelo que corresponda (por el laboratorio de citodiagnóstico).
- Citar a la paciente con resultado citológico anormal para asistir a la CPC según fecha acordada sin exceder los 30 días (por el EBS).
- Controlar cada mes la asistencia de las pacientes a CPC (por la enfermera responsable de la pesquisa en el área).
- Citar a las pacientes inasistentes a CPC según turno acordado (por el EBS).
- Mantener estrecha vinculación entre el EBS y la enfermera responsable de la pesquisa en el área, con la CPC y las unidades oncológicas.

5. Aplicar tratamiento a las pacientes en etapas avanzadas

- Utilizar para el estadiamiento de los casos la clasificación internacional de enfermedades oncológicas (CIEO-3) vigente, propuesta por la OPS/OMS.
- Aplicar el tratamiento según las Guías de Diagnóstico y Tratamiento aprobadas para las distintas etapas clínicas de cáncer.

- Mantener estrecha vinculación entre las instituciones de los diferentes niveles de atención que participan en la pesquisa, diagnóstico y tratamiento.
- Informar a los especialistas en ginecología sobre los hospitales de referencia para el tratamiento del cáncer avanzado, según regionalización de la atención.

6. Mejorar la calidad en la información estadística

- Garantizar la recogida adecuada del dato primario.
- Actualizar periódicamente al personal implicado en el llenado de los modelos: (responsable de estadística, enfermera y médico de la CPC).
- Exigir el llenado del modelaje con la calidad requerida.
- Garantizar la entrega de la información según lo establecido por la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.

7. Contribuir al diagnóstico y tratamiento de afecciones benignas del tracto genital inferior

- Creación paulatina de la consulta de patología benigna de cuello (CMPBC) en todos los municipios.
- Designar especialistas en ginecología que se ocuparán de la atención en las CMPBC.
- Garantizar la preparación y capacitación continuada de los especialistas en ginecología para estas consultas.
- Organizar el funcionamiento de las CMPBC.
- Planificar los recursos materiales y humanos requeridos.
- Evaluar el proceso de atención en estas consultas con frecuencia semestral.

8. Promover investigaciones epidemiológicas y operacionales encaminadas a incrementar la percepción del riesgo y a mejorar la calidad de la atención médica en estas pacientes.

IX. GRUPOS DE RIESGO

Numerosos estudios relacionados con los grupos de riesgo, avalan los criterios establecidos para su clasificación en bajo y alto riesgo.

BAJO RIESGO

- Mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales.
- Mujeres de 64 años y más con tres estudios citológicos previos negativos en los últimos 10 años.
- Mujeres a quienes se les ha practicado histerectomía total por procesos benignos.
- Mujeres con test de HPV (Virus del Papiloma Humano) negativo (cuando se incorpore como método de pesquisa).

ALTO RIESGO

- Mujeres con inicio de las relaciones sexuales antes de los 20 años y de manera marcada antes de los 18 años.
- Mujeres con múltiples compañeros sexuales.
- Pareja sexual (varón de riesgo) con múltiples compañeras sexuales.
- Mujeres con antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, especialmente condiloma acuminado, herpes simple, clamidia o gonococo.
- Mujeres con VIH-SIDA.
- Mujeres inmunodeprimidas.

COFACTORES A CONSIDERAR EN LA APARICIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

- Depresión del sistema inmunológico.
- Comportamiento sexual.
- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- Tabaquismo.
- Desnutrición.
- Uso de contraceptivos orales por más de 10 años
- Multiparidad.
- Afecciones benignas de cuello uterino mal tratadas.

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

A nivel ministerial existe una estructura organizativa subordinada al área de Asistencia Médica y Social, Tecnología y Medicamentos, denominada Sección Independiente para el Control del Cáncer (SICC), integrada por un equipo multiperfil dedicado a tiempo completo a la dirección del Programa Integral para el Control del Cáncer (PICC).

Una de las acciones priorizadas contenidas en dicho programa es el control de cáncer cervicouterino; que se organiza por niveles de atención y por componentes que van desde la educación/promoción hasta los cuidados al final de la vida, como lo establece la Estrategia Nacional para el Control del Cáncer.

Este equipo ministerial está asesorado por un grupo de expertos que forman parte del Grupo Especial de Trabajo de Cáncer Cervicouterino (GET-CCU), integrado por profesionales de las especialidades implicadas y representantes de organizaciones que a continuación se listan:

- Atención Primaria de Salud
- Enfermería
- Ginecología y Obstetricia
- Anatomía Patológica
- Oncología.
- Epidemiología
- Estadística
- Área de la industria farmacéutica
- Promoción y Educación para la Salud
- Ciencia y Técnica
- Representantes del Grupo Atención y Planificación de reactivos
- Empresa de Suministros Médicos (EMSUME)
- Dirección Nacional de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC)

A nivel provincial existe un coordinador de control del cáncer, que asesora al director de salud de cada provincia para la adopción de decisiones y mejorar las acciones de control en el territorio. A este nivel de igual manera, funciona un grupo de expertos con similares características al antes mencionado, que asesoran al coordinador provincial.

A nivel del policlínico el vicedirector de Asistencia Médica lidera las acciones para el control de la enfermedad, y junto a la enfermera responsable de las acciones de pesquisa en el área, controla al Grupo Básico de Trabajo y al EBS el cumplimiento de dichas acciones.

ACCIONES DE CONTROL DEL CÁNCER

- 1. Detección primaria:** se lleva a cabo en el CMF por el EBS y en el policlínico por la enfermera responsable del Departamento de Pesquisa Citológica, a través de la toma de muestra citológica a toda mujer comprendida en el universo establecido.
- 2. Laboratorio de Citodiagnóstico:** es donde se realiza la recepción, procesamiento, diagnóstico y emisión de los resultados del estudio citológico.
- 3. Consulta de Patología de Cuello:** están ubicadas en los hospitales Ginecobstétricos y Clínico Quirúrgicos, donde se confirma el diagnóstico y se realiza el tratamiento y seguimiento de las lesiones intraepiteliales o pre invasoras y el cáncer hasta la etapa IA₁.
En las instituciones donde existan profesionales entrenados en cirugía oncológica, se podrá tratar hasta la etapa IA₂ previa valoración por el equipo multidisciplinario.
- 4. Laboratorios de Anatomía Patológica:** es donde se realiza la recepción, procesamiento, diagnóstico y emisión de los resultados del estudio histológico.
- 5. Unidades oncológicas:** es donde se realiza la confirmación, tratamiento y seguimiento de las lesiones de cáncer cervicouterino invasor.
- 6. Seguimiento:** los casos diagnosticados y tratados serán controlados en las unidades asistenciales donde funcionan las CPC para las lesiones pre invasoras o etapas precoces del cáncer, y en los servicios de ginecología oncológica para los estadios avanzados, con el objetivo de detectar a tiempo posibles lesiones residuales o recidivas de la enfermedad. La duración dependerá del tiempo establecido según el grado de lesión histológica.
- 7. Departamentos de Estadística:** es donde se recibe la información generada en cada instancia. Se utilizan para ello los indicadores que aporta el Sistema de Información Estadístico (SIE).
- 8. Evaluación:** es la evaluación del cumplimiento de los componentes de la Estrategia Nacional de Cáncer en cada nivel de atención, teniendo en cuenta los datos ofrecidos por el SIE. Se realiza con periodicidad trimestral, semestral y anual.
- 9. Control de calidad:** es el control que se realiza a los laboratorios de citodiagnóstico y CPC para demostrar el cumplimiento o no de los parámetros de calidad establecidos.

FUNCIONES

1. Grupo Especial de Trabajo Nacional para el control del cáncer cervicouterino (GET-CCU)

- Asesorar, normar y controlar el cumplimiento de la Estrategia Nacional para Control del Cáncer cervicouterino de conjunto con el equipo ministerial.
- Coordinar con el CNEPS, FMC, así como con el Instituto Cubano de Radio y Televisión (ICRT), los aspectos relacionados con la divulgación (en sus diferentes modalidades) y confección de propagandas afines con temas priorizados por el PICC.
- Coordinar con la dirección nacional de pregrado y posgrado la capacitación y actualización del personal a cargo de las acciones de control de este tipo de cáncer.
- Realizar y apoyar estudios investigativos que profundicen el conocimiento sobre factores epidemiológicos relacionados con la aparición del cáncer de cuello uterino.
- Planificar los recursos materiales y humanos necesarios, para cumplir las acciones de control de la enfermedad.
- Fiscalizar el cumplimiento de los aspectos administrativos, técnicos y estadísticos, relacionados con la pesquisa citológica en los diferentes niveles.
- Realizar la evaluación del cumplimiento de los indicadores de control del cáncer cervicouterino con frecuencia trimestral, semestral y anual.

2. Funciones del Grupo Especial de Trabajo (GET) provincial

- Coordinar con el Departamento Provincial de Educación y Promoción para la Salud, prensa escrita, emisoras locales y telecentros, los aspectos relacionados con la divulgación (en sus diferentes modalidades) y confección de propagandas afines con temas priorizados por el PICC.
- Orientar y apoyar las acciones de capacitación para las brigadistas sanitarias.
- Coordinar con el GET-CCU Nacional y las facultades de Ciencias Médicas de cada territorio, la capacitación y/o actualización de los profesionales a cargo de las actividades relacionadas con el control de este tipo de cáncer.
- Realizar y/o apoyar estudios de investigación encaminados a solucionar problemas locales detectados con la aparición y manejo del cáncer de cuello uterino.
- Asesorar a los directivos provinciales en la planificación de los recursos materiales y humanos necesarios, para cumplir las acciones de control de la enfermedad.
- Analizar las fallecidas por cáncer de cuello uterino y realizar (si fuera necesario), el reparo al certificado de defunción, según lo establecido por la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.
- Conocer el total de mujeres de la provincia que deben realizarse la citología orgánica al año (por municipios y policlínicos) e informarlo al equipo ministerial antes del 31 de enero. (listado nominal y numérico).
- Supervisar, ejecutar y evaluar el cumplimiento de las acciones de control del cáncer cervicouterino en su territorio.

3. Funciones de la Dirección Municipal

- El vicedirector de Asistencia Médica del municipio deberá controlar el cumplimiento de las acciones de control del cáncer en su territorio, a través de los subdirectores de Asistencia Médica de cada policlínico.

EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD

La Educación para la Salud es un pilar fundamental para el éxito de cualquier programa. El conocimiento de la población sobre la enfermedad, etiología, factores de riesgo, características epidemiológicas, sintomatología y consecuencias de la enfermedad, resultan de vital importancia en la comprensión de las ventajas de la prueba citológica para la detección temprana del cáncer cervicouterino, por eso resulta imprescindible la promoción de salud sobre los beneficios de su realización, y así lograr la concientización de la población de riesgo.

El principal objetivo de la Educación y Promoción de Salud es promover la práctica de estilos de vida saludables, incidiendo en los comportamientos, actitudes, hábitos y conductas nocivas a la salud en los individuos, la familia y la comunidad, así como la modificación de factores de riesgos desencadenantes de enfermedades y desviaciones de la salud, relacionados con las principales causas de muertes y discapacidades.

La acción comunitaria implica que las sociedades deben asumir la responsabilidad de su propia salud, esto no quiere decir que se deja de exigir la atención a nivel político y del sector salud. Las iniciativas locales se apoyan en el suministro de conocimientos, información y capacitación relevantes.

La aceptación y la voluntad de la comunidad ayudarán a garantizar el acceso a los programas, es por esto que los líderes comunitarios deben participar, desde el inicio, en el diseño y la implementación junto a los médicos y enfermeras de la familia.

Los trabajadores de la salud en muchos países en vías de desarrollo quizás no comprendan con claridad la infección por el HPV y su relación con el desarrollo y la prevención del cáncer de cuello uterino. Esta situación se exagera con la naturaleza «silenciosa» de este tipo de cáncer, es decir, la ausencia de síntomas hasta un estadio avanzado de la enfermedad. Los trabajadores de la salud deben recibir información sobre cómo ayudar a las pacientes a entender las enormes ventajas que ofrecen, tanto la detección precoz como la terapéutica oportuna.

El lenguaje utilizado debe adaptarse al público al que va dirigido y corresponder a la función y formación del que ofrece la información. Estos deben asegurarse siempre de que, tanto la mujer como las personas que la apoyan, comprendan cabalmente el mensaje transmitido, por lo que deben mantener al día sus conocimientos y mejorar sus técnicas de comunicación.

Para modificar una conducta se necesita conocimiento, pero este solo no basta. Es más probable que se logre un cambio de comportamiento, si los que ofrecen la información ayudan a las mujeres a evaluar su propio riesgo de enfermedad y las facultan para reducir el mismo.

Se requieren técnicas de comunicación para educar y orientar a las mujeres y para ayudarlas a comprender la necesidad de realizarse la citología orgánica, cumplir el seguimiento y el tratamiento en caso necesario. Una vez que se hayan formulado mensajes claros, con un lenguaje sencillo, la educación sanitaria no lleva mucho tiempo y puede realizarse tanto en espacios colectivos como en consultas personales.

El trabajo educativo es permanente y se aprovechan todas las posibilidades que ofrecen los medios de difusión oral, escrita o audiovisual. En Cuba, la colaboración de organizaciones femeninas, sociales y el trabajo de promoción de las brigadistas sanitarias, son un ejemplo en ese sentido.

Mensajes claves que puedan promover cambios del comportamiento capaces de reducir el daño causado por el cáncer cervicouterino.

Muchas ideas falsas y creencias sobre el cáncer, reflejan miedos a descubrir una enfermedad que –según han escuchado decir–, es mortal. A menudo, también existe una estigmatización de las enfermedades del aparato reproductor, en particular de las infecciones de transmisión sexual, incluido el HPV. El miedo y la vergüenza a las exploraciones genitales y el temor a la ausencia de intimidad y de confidencialidad, pueden impedir que las mujeres acudan a los servicios de salud. Si la información se apoya en una provisión hábil y respetuosa, las mujeres serán más proclives a acudir y a recomendar la prueba citológica a sus amigas y parientes.

Es vital tener en cuenta que en la lucha contra el cáncer cervicouterino, la educación sanitaria incluye:

- Informar a las personas sobre este tipo de cáncer, sus causas y su historia natural.
- Fomentar la realización de la prueba citológica en mujeres del grupo indicado.
- Incrementar la concientización de los signos y síntomas de la enfermedad.
- Animar a las mujeres para que busquen asistencia si padecen de cáncer cervicouterino.
- Disminuir la ignorancia, el miedo, la vergüenza y la estigmatización, relacionados con este cáncer.

Mensajes claves que pueden promover cambios del comportamiento capaces de reducir el daño causado por el cáncer cervicouterino

1. Para lograr ser un educador sanitario eficaz sobre el cáncer cervicouterino Ud. debe:

- Tener un conocimiento correcto y actualizado del cáncer cervicouterino, así como buenas aptitudes de comunicación.
- Transmitir mensajes consecuentes, adaptados al nivel educativo y a la cultura del público receptor.
- Sentirse cómodo hablando de sexualidad y de los comportamientos que aumentan el riesgo de infección por el HPV y de cáncer cervicouterino.
- Sentirse cómodo al explicar el uso de preservativos.
- Transmitir mensajes congruentes con la política nacional y que respondan a la situación local.

2. El varón y la mujer deben saber que:

- El cáncer cervicouterino es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres cuádragenarias, quincuagenarias y sexagenarias en los países en desarrollo.
- El cáncer cervicouterino se atribuye a una infección por el HPV, que es una infección vírica de transmisión sexual muy frecuente. Esta infección ocurre muy a menudo en varones y mujeres jóvenes que podrían no ser conscientes de padecerla.
- El uso de preservativos ofrece una protección parcial frente al HPV y puede disminuir el riesgo de contraer enfermedades relacionadas con este virus tales como las verrugas genitales y el cáncer cervicouterino.
- La mayoría de las infecciones por HPV no son persistentes, ni causan cáncer.
- Las pocas infecciones por HPV que persisten, pueden llevar a contraer pre cáncer y si no se tratan, pueden convertirse en cáncer.
- Por lo general, se necesitan muchos años para que la infección por el HPV cause pre cáncer y muchos años más para que el pre cáncer progrese a cáncer.
- La prueba citológica puede detectar el pre cáncer. En esta etapa el 100% de las lesiones se curan.
- Las mujeres a partir de los 25 años son más propensas a contraer pre cáncer cervicouterino. Por lo que deben realizarse la prueba citológica cada tres años hasta los 64 años.
- La prueba citológica es relativamente sencilla, rápida e indolora.
- Las lesiones precancerosas son asintomáticas, se pueden tratar con facilidad y generalmente no requieren hospitalización.
- Si el cáncer se detecta y se trata de forma precoz, puede curarse.
- Las mujeres deben solicitar rápidamente atención médica si padecen un flujo anormal, hemorragia vaginal, hemorragia después del coito o cualquier sangrado después de la menopausia; podrían ser signos de cáncer cervicouterino.
- Las mujeres tienen derecho a tomar sus propias decisiones acerca de su salud (con la participación de su pareja o de su familia si lo desean).

3. Sobre el comportamiento personal

Retrase el primer coito: las personas que entablan precozmente relaciones sexuales, son más susceptibles de contraer una infección por el HPV. Las mujeres jóvenes son más vulnerables al contagio con un acto sexual único.

Retrase el primer embarazo: los cambios propios del embarazo en edades tempranas pueden aumentar el riesgo de enfermar de cáncer cervicouterino.

Límite el número de embarazos: las mujeres que han tenido cinco o más hijos, tienen más posibilidades de enfermar de cáncer cervicouterino.

Reduzca el número de parejas sexuales: cuantas más parejas tiene una persona, mayor es la posibilidad de contraer infecciones por el HPV y el VIH/SIDA u otra ITS, ya que aumenta el riesgo de cáncer cervicouterino.

Evite los compañeros promiscuos: las mujeres cuyos compañeros tienen (o han tenido) múltiples parejas, presentan una tasa superior de cáncer cervicouterino.

Use preservativos: se ha visto que estos protegen contra las ITS y reducen el riesgo de cáncer cervicouterino.

No fume: las mujeres que fuman presentan mayor riesgo de enfermar de casi todos los tipos de cáncer, incluido el cervicouterino.

Busque tratamiento médico de inmediato si tiene síntomas de una ITS o sospecha que se ha expuesto a tal infección. Algunas de estas infecciones pueden facilitar el desarrollo de cáncer cervicouterino y causar otros efectos indeseados sobre la salud, como la esterilidad. Un tratamiento rápido de las infecciones de transmisión sexual puede proteger contra el HPV y el cáncer cervicouterino.

Si tiene más de 25 años, hágase la prueba citológica. Casi todas las mujeres que han realizado el coito se han expuesto probablemente al HPV. Esta prueba puede detectar lesiones incipientes, de manera que se las puede tratar antes de que progresen a cáncer.

Mensaje especial para varones y muchachos: reduzcan el número de sus parejas sexuales y utilicen siempre preservativos, especialmente con las nuevas parejas.

4. Nota para el educador

Algunos de los comportamientos mencionados aquí arriba pueden ser difíciles de poner en práctica, especialmente en las mujeres que no pueden decidir cuándo, con quién y cómo practicar el acto sexual. Si los varones fueran conscientes de ello, podrían tratar a sus parejas con mayor equidad.

5. Materiales didácticos a utilizar

La educación sanitaria se imparte mejor en encuentros directos «cara a cara».

Sin embargo, el uso de materiales didácticos, siempre que sean apropiados en su entorno, lo pueden ayudar, por ejemplo:

Rotafolios

Folletos

Carteles

Proyecciones de diapositivas

Escenificación de situaciones y psicodramas

Vídeos

Programas de radio y de televisión

Presentaciones realizadas por expertos capaces de comunicarse en un lenguaje sin tecnicismos.

FEDERACIÓN DE MUJERES CUBANAS

La Federación de Mujeres Cubanas (FMC) es una organización de masas, que desarrolla políticas y programas encaminados a lograr el pleno ejercicio de la igualdad de la mujer en todos los ámbitos y niveles de la sociedad. Entre los objetivos de esta organización está brindar sistemáticamente su aporte a la formación y el bienestar de las nuevas generaciones.

Su labor de coordinación se aprecia en los programas implementados de conjunto con diversos ministerios y organismos de gobierno, donde se destaca la comisión de **coordinación del empleo femenino** y las **casas de orientación a la mujer y la familia**, en aras de atender los requerimientos laborales, sociales y de salud, de la mujer cubana en los momentos actuales.

En las casas de orientación a la mujer y la familia radican equipos integrados por especialistas en Psicología, Psiquiatría, Pedagogía, trabajadoras sociales y profesionales según prioridades. Su finalidad es brindar ayuda a quienes necesitan saber cómo llevar la vida en familia, pues esta resulta el núcleo social donde surgen diferentes problemas y conflictos relacionados con el alcoholismo, la violencia intrafamiliar, los divorcios, la maternidad temprana, entre otros aspectos, que afectan las conductas de sus integrantes, principalmente de los menores y ancianos. Esos expertos también imparten cursos de capacitación y adiestramiento, que dan la oportunidad a las mujeres no profesionales y amas de casa de incorporarse a la vida social.

La salud de la mujer también es atendida con prioridad en las casas de orientación a la mujer y la familia. Dentro de sus propósitos está el incidir en la conciencia de las féminas y sus familiares, haciéndoles saber la importancia de la prueba citológica y cómo evitar las ITS para prevenir el cáncer de cuello uterino; además del auto examen de mamas y del examen anual que debe efectuar el médico de la familia para diagnosticar a tiempo el cáncer de mama, así como de la realización del Test de Sangre Oculta en Heces Fecales (SUMASOHF), a fin de prevenir el cáncer de colon, y de otras pruebas con vistas a detectar el VIH/SIDA, el dengue y la influenza.

Para dar cumplimiento a esas funciones, cuenta con la participación de miles de trabajadoras sociales y brigadistas sanitarias que, de manera voluntaria, apoyan en los barrios, las campañas masivas de vacunación y prevención, para incrementar la calidad de vida de la población.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En Cuba con la Estrategia Nacional para el Control del Cáncer aplicada desde la atención primaria de salud (APS) se integran los esfuerzos que contribuyen a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población, así como la detección y prevención de factores de riesgo a nivel poblacional.

En la actualidad existe un incremento considerable de nuevos casos diagnosticados y del tiempo que estos permanecen en la comunidad para continuar su evolución. La APS es el eslabón fundamental en la cadena de los procesos de atención médica, por lo que constituye un desafío, el desarrollar un conjunto de acciones encaminadas a garantizar con calidad, el diagnóstico precoz y la atención médica integral y dispensarizada a todas las mujeres con riesgo de padecer cáncer cervicouterino, de ahí la necesidad de mejorar en el policlínico las competencias para el buen desempeño de los profesionales y técnicos de la salud.

La organización de los servicios en las instituciones de salud, es un elemento indispensable para asegurar una óptima atención a la población. Se impone reorganizar las estructuras de dirección, para que respondan a las necesidades de la situación de salud del territorio y/o institución, con el propósito de lograr eficiencia en el trabajo y que los profesionales de la salud asuman la responsabilidad de garantizar que cada paciente sea conducido por el sistema de forma adecuada y que reciba la atención que corresponda con calidad.

Los cambios que se observan en el nuevo entorno de las organizaciones de salud influyen cada vez más en el papel a desempeñar por la Jefa del Departamento de pesquisa citológica en el policlínico.

Las jefas de departamentos tienen objetivos que son vitales y válidos para cualquier nivel de gestión como son:

- Cumplir los propósitos de la organización de enfermería.
- Mantener la calidad de la atención de pacientes y familiares.
- Propiciar la motivación de los trabajadores y sentido de pertenencia con su institución.
- Incrementar la capacitación y superación continua del personal que dirige.
- Desarrollar el espíritu de trabajo en equipo.
- Responder a las necesidades de cambio de la organización y del personal cuando sea necesario.

FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

En el Área de Salud

Enfermera responsable de la Pesquisa de cáncer cervicouterino

1. Conocer el universo de mujeres a examinar en cada trienio (casos nuevos y reexámenes) según proceso de dispensarización.
2. Controlar de forma numérica y nominal por consultorios, las mujeres que les corresponde realizarse la prueba citológica por mes y año.
3. Repetir la citología a toda paciente con resultado No útil, en un plazo que no exceda los 6 meses después de notificada.
4. Ante una segunda citología No útil deberá enviar a la mujer a la CPC para valoración colposcópica.
5. Recepcionar las muestras recibidas de los consultorios e inscribir en el libro registro (uno para casos nuevos y otro para reexamen).
6. Revisar las tarjetas de citodiagnóstico que llegan del CMF y comprobar que estén correctamente confeccionadas con los siguientes datos:
 - Clave del policlínico
 - Año en curso
 - Número consecutivo
7. Enviar las muestras al laboratorio de citodiagnóstico en un plazo que no exceda los 7 días.
8. Visitar el laboratorio de citodiagnóstico con frecuencia semanal, para recoger los resultados de las citologías.
9. Inscribir en el libro de registros los resultados de la prueba e informar inmediatamente al EBS cualquiera que este sea (Negativa, No útil, Anormal).
10. Supervisar que el EBS entregue a la mujer la tarjeta del informe citológico con el resultado correspondiente.
11. Notificar al EBS la cita de las mujeres con resultados anormales para acudir a la consulta de Patología de Cuello según corresponda.
12. Efectuar una visita mensual (despacho) a la CPC para control y chequeo de los casos con resultado anormal de la pesquisa, y actualizar la tarjeta de cada paciente.
13. En estos despachos deberá controlar, además, las pacientes que se atiendan en dichas consultas diagnosticadas con lesiones intraepiteliales cervicales o cáncer, que no procedan de la pesquisa.
14. Tendrá conocimiento del estatus en que se encuentra cada paciente en la CPC:
 - Pendiente de diagnóstico
 - Pendiente de tratamiento
 - Paciente en seguimiento
 - Inasistente
 - Baja
 - Alta
 - Traslado
15. Realizará control de las pacientes inasistentes a la CPC y las acompañará a la cita, si es necesario.
16. Efectuará visita al hogar de aquellas pacientes que se conocen como inasistentes a CPC, junto a un integrante del EBS.
17. Comprobará la veracidad de toda paciente inasistente a CPC que refiera se atiende por otra área u hospital.
18. Realizará control y análisis mensual de los resultados de citología No útil por EBS.
19. Despachará quincenalmente con la jefa de enfermera el cumplimiento de la pesquisa.
20. Entregará el plan de trabajo mensual a la jefa de enfermeras, el cual será aprobado por la misma.
21. Realizará actividades de supervisión integral de la pesquisa a los consultorios médicos con frecuencia trimestral.
22. Entregará a la jefa de enfermeras una copia de las supervisiones realizadas a los CMF.
23. Confeccionar la planificación del kit de citología y citospray en el primer trimestre del año anterior, para entregarlo al vicedirector de Asistencia Médica del área.
24. Asistirá a la reunión del Grupo Básico de Trabajo (GBT), donde da a conocer la asignación de kit que le corresponda a cada CMF mensual.
25. Controlará junto a la jefa de enfermeras la entrega y uso de los kit de citología a los CMF.
26. Realizará despachos mensuales o según necesidad, con el vicedirector de Asistencia Médica para informar las dificultades y cumplimiento de la pesquisa.
27. Realizará actividades de capacitación permanente ya sea incidental o programadas y de promoción de salud.
28. Colaborará con el médico en las áreas de salud donde se realice la CMPBC, para garantizar la asistencia de las pacientes remitidas a CPC.
29. Realizará las curas especiales que el médico de la CMPBC considere.
30. Participará en las actividades de promoción de salud que se realicen referidas al cáncer cervicouterino.
31. Mantener el departamento ordenado y con el material necesario y disponible. (vitrina, mesa ginecológica, lámpara de cuello).

En el nivel provincial

1. Controlar el cumplimiento de las funciones de la enfermera responsable de la pesquisa en las áreas de salud.
2. Consolidar la información nominal y numérica del levantamiento anual de mujeres a pesquisar en su provincia.
3. Controlar el cumplimiento de la pesquisa citológica mensualmente.
4. Analizar las causas del no cumplimiento junto al coordinador provincial de cáncer.
5. Conciliar con el Dpto. de Estadística provincial el propósito anual de mujeres a pesquisar.
6. Asesorar al subdirector de Asistencia Médica de la provincia en la adopción de decisiones relacionadas con esta actividad.
7. Participar en las reuniones del grupo provincial de cáncer cervicouterino.

CONSULTAS MUNICIPALES DE PATOLOGÍA BENIGNA DE CUELLO UTERINO (CMPBC)

La extensión de la videocolposcopia en Cuba incluye la instalación de videocolposcopios en las CMPBC, una por cada municipio, lo que permitirá realizar pesquisa de segundo nivel a las pacientes asintomáticas con lesiones pre invasoras del cérvix o cáncer invasor y resultado negativo de la citología, o con síntomas relacionados con otras afecciones del TGI, para mejorar la atención ginecológica de todas las mujeres.

NO se atenderá en estas consultas a las mujeres con citología anormal, pues éstas se atienden en las CPC del hospital de referencia.

REGLAMENTO

1. El videocolposcopio (VC) se instalará en la consulta de un policlínico de cada municipio, seleccionado por la provincia.
2. Esta consulta será realizada por un especialista de Ginecología y Obstetricia con entrenamiento en colposcopia y en el manejo de la videocolposcopia.
3. En esta consulta se atenderán los casos remitidos de las distintas áreas de salud del municipio, con citología negativa y afecciones ginecológicas para definir diagnóstico y tratamiento tales como:
 - cervicitis.
 - ectopia y ectropión sintomático.
 - leucorrea persistente.
 - sangrado postcoito.
 - sangrado intermenstrual.
 - sangrado postmenopáusico.
 - lesiones cervicales para estudio.
4. Todas las mujeres con imágenes colposcópicas anormales de acuerdo a la Clasificación Internacional de Patología Cervical Río 2011, serán remitidas a la CPC del hospital de referencia.
5. En las CMPBC donde existan condiciones, se realizará la biopsia y se enviará la muestra al Departamento de Anatomía Patológica del hospital de referencia, según las normas establecidas para este proceder.
6. Serán remitidas a las CPC del hospital de referencia los siguientes casos:
 - Pacientes con resultados histológicos de lesiones intraepiteliales escamosas cervicales (LIEC).
 - Pacientes con sospecha de neoplasia intraepitelial glandular.
 - Mujeres con sospecha clínica de cáncer invasor (lesiones exofíticas (tumor) o endofíticas (úlceras), para realizar la biopsia y confirmar el diagnóstico. (Deben ir acompañadas por la enfermera de su área de salud).
 - Mujeres con patología benigna que requieran tratamiento quirúrgico o cualquier otro proceder que no se pueda realizar en el policlínico.
 - Mujeres embarazadas y adolescentes con resultado colposcópico anormal
 - Pacientes que requieran de tratamiento con radiocirugía.
7. Los tratamientos conservadores como la electrocoagulación y criocirugía, se realizarán en las consultas que dispongan de estos equipos, según normas de indicación y técnica depurada.
8. A toda mujer con colposcopia anormal, que se le realice biopsia o se envíe para tratamiento a la CPC de referencia, se le completará el modelo de historia clínica ginecológica establecido.
9. La historia quedará archivada en la consulta con un código que identifique el área de salud, el CMF, en orden alfabético y con un orden consecutivo.
10. Se llevará la hoja de registro de pacientes en el modelo establecido, que a su vez constituye el registro primario, para la confección de los informes estadísticos de la actividad de la CMPBC.
11. Se realizará el reporte semestral de actividades de la CMPBC en el modelo correspondiente.
12. El reporte semestral de estas actividades se enviará a la dirección provincial de Estadística para consolidar la información de la provincia y enviar a la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.
13. En cada consulta se establecerá la periodicidad, número de casos diarios y el flujo de atención, acorde a las características de la población, de manera que el acceso y la demanda para este servicio especializado responda a los intereses de las mujeres.
14. La planificación de los recursos necesarios para estas consultas se coordinará con la Dirección del policlínico (solución de ácido acético al 5%, lugol, solución salina, mercurio cromo, clorhexidina, frascos para soluciones, pinzas de anillo, porta gasa, espéculos y material gastable estéril (aplicadores montados, torundas, gasa vaginal).
15. La puesta en marcha de esta consulta será supervisada por el Coordinador de cáncer y el Jefe del grupo de control del cáncer cervicouterino de cada provincia.
16. Se realizarán visitas de control y ayuda por el responsable del GET-CCU de cada provincia con frecuencia trimestral.
17. Los especialistas de estas consultas participarán en las reuniones del GET-CCU provincial.
18. Las actividades de capacitación continuada serán organizadas por el Jefe del grupo provincial de control del cáncer cervicouterino con periodicidad no mayor de tres meses.
19. Todas las dificultades técnicas del videocolposcopio estarán a cargo de la División Regional de TECNOSUMA.
20. La actualización del antivirus para el equipo puede ser por el centro donde está instalado el mismo.

DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

LABORATORIO DE CITODIAGNÓSTICO

El laboratorio de citodiagnóstico es una sección del departamento de Anatomía Patológica, su objetivo fundamental es diagnosticar las muestras citológicas procedentes de la pesquisa y de la CPC.

Para fomentar la comunicación entre el laboratorio y el ginecólogo teniendo en cuenta la experiencia clínica y los avances del conocimiento acerca de la carcinogénesis cervical, surgió un nuevo sistema de nomenclatura para informes citológicos en Ginecología (Sistema o clasificación de BETHESDA), adoptada en 1988, modificada en 1991 y actualizada en 2001 y 2012.

La opinión unánime de los expertos reunidos en BETHESDA, fue indicar que el informe citológico es un acto médico, cuyo responsable final es el especialista en Anatomía Patológica con entrenamiento en citopatología. No se emite un diagnóstico, sino la interpretación o resultado. El diagnóstico y esquema final de tratamiento de una paciente, contempla no solo el resultado del estudio citológico, sino también la anamnesis, hallazgos clínicos, estudio de laboratorio, así como la interpretación de la histología. **El resultado citológico representa solo uno de los componentes del diagnóstico final y es probable que no siempre lo refleje.**

El GET-CCU y la SICC, conscientes de la necesidad de unificar criterios y considerando que son más las ventajas que aporta, que los inconvenientes que suscita, indican la implementación de la clasificación de BETHESDA, como nomenclatura oficial para emitir resultados citológicos. **(Anexo No. 1)**

Para garantizar el éxito en el funcionamiento del laboratorio de citodiagnóstico, el volumen de trabajo debe ser 25 mil pruebas citológicas anuales como mínimo, lo que permite diagnosticar mayor número de muestras anormales y mantener las aptitudes del personal para el diagnóstico.

El GET CCU y la SICC son los responsables de autorizar la apertura de laboratorios que diagnostiquen menos de 25 mil muestras anuales. En este caso, se adoptarán otras estrategias por el jefe del laboratorio para cumplir con el adiestramiento permanente del personal técnico, por ejemplo, utilizar las muestras anormales del archivo.

CONDICIONES MÍNIMAS RECOMENDADAS

- Debe contar con locales separados para el patólogo, recepción y rotulación, coloración y montaje, diagnóstico y secretaría.
- Iluminación apropiada.
- Climatización.
- Disponer de agua corriente las ocho horas.
- Muebles adecuados (mesas, sillas, archivos para láminas y para documentos, estantes para reactivos y colorantes).
- Microscopios binoculares (cantidad suficiente de acuerdo al número de citologías que se procesen).
- Microscopio multicabeza (con cámara fotográfica). Para fines docentes
- Microscopio con cámara digital acoplada, por lo menos uno en el laboratorio de la cabecera provincial.
- Cristalería propia de laboratorio.
- Conservas de cristal o metálicas con tapa.
- Gradillas, soporte vertical metálico o contenedor de láminas suficientes.
- Bandejas de láminas citológicas.
- Láminas portaobjeto con extremo esmerilado y cubreobjeto de 24x50 mm.
- Kit de toma de muestra.
- Guantes quirúrgicos.
- Colorantes, reactivos, papel de filtro y gasa.
- Computadora e impresora.
- Modelaje oficial para el control del cáncer cervicouterino.
- Material de oficina.

PERSONAL QUE LABORA EN LOS LABORATORIOS DE CITODIAGNÓSTICO

- Especialista en Anatomía Patológica, con adiestramiento en el diagnóstico de la citología cervicovaginal.
- Licenciados en Citohistopatología y citotécnicos de acuerdo con el número de muestras promedios que debe procesar el laboratorio.
- Secretaria.
- Auxiliar general.

FUNCIONES DEL PERSONAL QUE LABORA EN LOS LABORATORIOS

ESPECIALISTA EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

1. Conocer anualmente la población objeto de la pesquisa, por cada municipio que le corresponda.
2. Controlar la calidad y eficiencia del trabajo de los licenciados en Citohistopatología y citotécnicos, con la revisión de todas las citologías anormales y/o dudosas que los técnicos diagnostiquen.
3. Revisar diariamente al menos el 10% de las citologías negativas diagnosticadas por los técnicos (elegidas al azar) y las muestras no útiles, si no existe el licenciado o un citotécnico seleccionado para esta actividad.
4. Revisar el diagnóstico citológico definitivo del 100 % de las muestras de la CPC, previamente diagnosticadas por el personal técnico.
5. Exigir el cumplimiento de las normas establecidas para los controles de calidad en el laboratorio.
6. Solucionar las dudas que puedan presentar los técnicos bajo su responsabilidad.
7. Organizar el trabajo del laboratorio, adecuado a las necesidades de cada momento (número de pruebas a procesar, personal, recursos y otros), de conjunto con el jefe técnico.
8. Mantener la actualización del nivel técnico del personal (charlas, clases, cursos, talleres y otros).
9. Participar en actividades científicas, publicaciones, asesoría de tesis, entrenamientos, diplomados, formación de especialistas, talleres, cursos, maestrías y doctorados.
10. Planificar los recursos materiales de laboratorio de conjunto con el jefe técnico. **(Anexo No. 2)**
11. Realizar la información estadística inherente al laboratorio según la periodicidad establecida, de conjunto con el jefe técnico, secretaria y estadística.
12. Llevar los controles de calidad establecidos en esta Guía y analizarlos en la reunión de control de calidad de cada mes.
13. Exigir por el cumplimiento de las normas de bioseguridad en el laboratorio.
14. Colaborar estrechamente con los distintos factores relacionados con el control del cáncer cervicouterino: ginecólogos, patólogos, enfermeras, estadísticos y organizaciones de masas.
15. Controlar al personal que labora en el laboratorio la información relacionada con:
 - Citologías negativas diagnosticadas por el personal técnico, que en el rechequeo resultaron anormales.
 - Citologías anormales diagnosticadas por el personal técnico, que en el rechequeo resultaron negativas.
 - Citologías no útiles/insatisfactorias diagnosticadas por el personal técnico.
 - Correlación cito-histológica.
 - Citologías diagnosticadas como LSIL, HSIL, ASCUS, ASCUS-H, AGC, Carcinoma.

FUNCIONES DEL LICENCIADO EN CITOHISTOPATOLOGÍA

1. Ocupar la jefatura técnica para adecuar el trabajo según las necesidades (debe ser el de mayor experiencia).
2. Revisar todas las muestras con resultado insatisfactorio (No útil) para diagnóstico.
3. Revisar diariamente el 10% como mínimo (seleccionadas al azar) de las citologías negativas diagnosticadas por los técnicos.
4. Revisar el 100% de las citologías con resultado anormal, antes de entregarlas al patólogo para su diagnóstico final.
5. Revisar las citologías que ofrezcan dudas a los citotécnicos para el diagnóstico.
6. Colaborar con el patólogo en los controles de calidad.
7. Participar en el tamizaje, de acuerdo con las necesidades del laboratorio.
8. Archivar las láminas diagnosticadas con apoyo del personal técnico (negativo, durante tres años y anormal, sin límite de fecha).
9. Realizar la información estadística del laboratorio junto al patólogo.
10. Participar en actividades científicas, publicaciones, asesoría de tesis, entrenamientos, diplomados, formación de especialistas, talleres, cursos, maestrías y doctorados.
11. Asumir el trabajo administrativo y técnico en ausencia del patólogo, sin llegar a emitir el diagnóstico final de los casos anormales.
12. Participar en la reunión mensual del control de calidad del laboratorio.

FUNCIONES DEL CITOTÉCNICO

1. Recepcionar las muestras citológicas procedentes de las diferentes áreas.
2. Revisar que estén debidamente identificados los casos nuevos, reexámenes y repetición de No útil y los fuera de la pesquisa.
3. Comprobar la numeración consecutiva y veracidad de los datos clínicos.
4. Inscribir las muestras recibidas en el modelo correspondiente.
5. Confeccionar un libro por policlínico con los datos establecidos para casos nuevos, reexámenes y No útil.
6. Rotular las láminas con lápiz grafito en el extremo esmerilado de acuerdo con la clave establecida:
7. Código de la unidad que envía la muestra.
8. Año en curso.
9. Número consecutivo de la muestra.
10. Procesar las láminas para diagnóstico. **(Anexo No. 3)**
11. Diagnosticar la muestra según la clasificación de BETHESDA (de 35 a 40 casos diariamente).
12. Registrar el resultado citológico en la tarjeta de solicitud de citodiagnóstico y en los libros correspondientes.
13. Hacer duplicado de la tarjeta de citodiagnóstico de los casos anormales, para gestionar la cita de la primera CPC (sin exceder los 30 días).
14. Reflejar la fecha de la cita a CPC en la tarjeta de solicitud de citodiagnóstico.
15. Preparar los lotes de muestras diagnosticadas para entregar a las áreas.
16. Archivar las láminas diagnosticadas con apoyo del licenciado (negativos durante 3 años y anormales sin límite de fecha)
17. Mantener en óptimo estado todos los medios de trabajo.
18. Ofrecer el dato primario para la elaboración de los informes estadísticos.
19. Participar en las visitas de control y ayuda a las áreas de salud a partir de las dificultades que presentan.
20. Participar en la preparación de actividades científicas, publicaciones, entrenamientos, talleres, cursos.
21. Participar en la reunión mensual del control de calidad del laboratorio.

FUNCIONES DE LA SECRETARIA (A TIEMPO COMPLETO)

1. Asumir las funciones administrativas del citotécnico.
 2. Recepcionar las muestras citológicas procedentes de las diferentes áreas de salud.
 3. Revisar que estén debidamente identificados los casos nuevos, reexámenes y repetición de No útil y los fuera de la pesquisa.
 4. Comprobar la numeración consecutiva y veracidad de los datos clínicos.
 5. Inscribir las muestras recibidas en el modelo correspondiente.
 6. Confeccionar un libro por policlínico con los datos establecidos para casos nuevos, reexámenes y No útil.
 7. Registrar el resultado citológico en la tarjeta de solicitud de citodiagnóstico y en los libros correspondientes.
 8. Hacer duplicado de la tarjeta de citodiagnóstico de los casos anormales, para gestionar la cita de la primera CPC (sin exceder los 30 días).
 9. Reflejar en la tarjeta de solicitud de citodiagnóstico la fecha de la cita a CPC.
 10. Preparar los lotes de muestras diagnosticadas para entregar a las áreas de salud.
 11. Realizar la información estadística del laboratorio junto al patólogo jefe del laboratorio.
 12. Participar en la reunión mensual de control de calidad del laboratorio.
-

LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Para concluir el diagnóstico de una paciente se requiere del estudio histopatológico de la muestra, el cual será emitido de acuerdo con la clasificación recomendada por la OMS/2014. **(Anexo No. 4)**

Las formas más frecuentes de realizar este tipo de estudio son por ponche/sacabocados o conización por radiocirugía. Este último es el proceder que más se utiliza para la conización diagnóstica y terapéutica en las CPC, por lo que es importante tener en cuenta el procesamiento del espécimen radioquirúrgico.

El estudio histopatológico del espécimen radioquirúrgico, constituye todavía un reto para los patólogos, no solo por la identificación de los bordes de sección quirúrgica, sino por la cantidad de muestras a procesar, ya que más del 90% de las conizaciones se realizan con el método radioquirúrgico, que hasta la fecha, es el método escisional de elección para el tratamiento conservador de las lesiones intraepiteliales cervicales.

Para solicitar el estudio histopatológico de esta muestra, se debe utilizar el modelo 57-09 del MINSAP, (anexo No.3, Consenso de Radiocirugía), donde el ginecólogo aportará la información necesaria para que el patólogo llegue al diagnóstico adecuado, además es preciso tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Emplear técnica depurada para la obtención de la muestra (por el ginecólogo).
- Eliminar la lesión en un solo fragmento.
- Orientar el espécimen cuando no se logre obtener en una sola muestra.
- Señalar la hora 12 del cérvix, con hilo de sutura u otro que se acuerde.
- Identificar el fragmento contiguo al cono, cuando se toma muestra de canal endocervical.
- Colocar cada muestra previamente identificada en frascos diferentes.
- Fijar las muestras en formalina al 10% o enviarla al laboratorio inmediatamente sin fijar, previa coordinación.

Para el procesamiento del espécimen quirúrgico es necesario tener en cuenta:

- Medir él o los especímenes en sus tres dimensiones.
- Identificar con tinta china del borde quirúrgico al endocérvix.
- Fijar la pieza durante 24 a 48 horas.
- Cortar la pieza con técnica depurada.
- Cumplimentar el resto de los pasos según lo establecido.

La adecuada y estrecha relación entre el patólogo y el ginecólogo, permitirá incrementar la calidad de todo el proceso, e interpretar los resultados para la adopción de decisiones acertadas en beneficio de las pacientes. (Ver capítulo 5 del Consenso de Radiocirugía).

Aspectos a informar por el patólogo en el resultado histopatológico de un espécimen con cáncer invasor.

1. Variedad histológica, con inclusión del tipo celular predominante, según la clasificación de Reagan.
2. Definir las características especiales del carcinoma en estadio IA:
 - IA1- si infiltración menor de 3 mm.
 - IA2- si infiltración entre 3 y 5 mm.
3. Extensión en superficie.
4. Invasión vascular y linfática.
5. Patrón de crecimiento tumoral (digitiforme, en cordones gruesos, confluyente).

El diagnóstico anátomo-patológico no debe exceder las 2 semanas a partir de la admisión del caso en el hospital

CONTROL DE LA CALIDAD EN EL LABORATORIO DE CITOLOGÍA

El **control de calidad** es uno de los pilares fundamentales para mantener y mejorar el nivel de los servicios que presta el laboratorio de Citopatología.

Diversos estudios demuestran que entre el 60% y 70% de los falsos negativos se deben a errores metodológicos, determinados en su mayoría por la ausencia de células anormales en la muestra, lo que depende del volumen y localización de la lesión, así como de los instrumentos y técnicas utilizados en el muestreo.

El informe de la *Agency for Health Care Policy and Research* actualmente *Agency for Health care Research and Quality* (AHRQ), señala que las mayores causas de falsos negativos en la citología se relacionan en sus dos tercios con **el error en la toma de la muestra** (las células anormales no se recolectan o no son transferidas a la lámina) y el tercio restante se debe a **errores en la detección** (las células anormales se omiten o se interpretan de manera equivocada durante la visualización microscópica).

Las tasas de **falsos negativos** pueden llegar a ser muy elevadas, entre un cinco y el 30%, e incluso superior.

Se admite que la fracción aceptada de falsos negativos sea hasta del cinco por ciento.

Un resultado falso negativo es muy grave, pues amenaza la vida de la paciente. Las causas más comunes son:

- Error en la toma de muestra: por especimen insuficiente y las células diagnósticas no están en el frotis, 60%.
- Error en la detección: las células se encuentran, pero no son detectadas al observar el frotis, 40%.
- Error de interpretación: el patólogo examinó las células, y las consideró benignas, siendo malignas, 0,12%.

Los **falsos positivos** para el diagnóstico de carcinoma invasivo y lesión intraepitelial de alto grado (LIE AG/HSIL), están en el orden del uno y el 10 % respectivamente; casi siempre son resultado de errores de interpretación (sobreestimación de cambios reactivos, inflamación y cambios posteriores a la radioterapia, entre otros).

Los falsos positivos o sobre-diagnósticos, desconciertan a médicos y a pacientes, desacreditan la prueba y obligan a realizar procedimientos innecesarios y en muchos casos costosos. Las causas más comunes de falsos positivos son:

- Error de interpretación: cuando existe cervicitis, reparación del tejido, radio o quimioterapia.
- Interpretación incorrecta: cuando existe metaplasia, frotis atróficos o frotis donde hay artefactos de desecación, principalmente de las células endocervicales.

La interpretación de la citología la realiza un **ser humano y está sujeta a errores** por el grado de subjetividad que esto implica. Si bien se acepta que «errar es de humanos», también es reconocido que se puede prevenir y evitar alrededor de un 50% de los eventos adversos y los efectos indeseables en la atención de salud.

El objetivo del control de calidad en la citología es lograr la sensibilidad y especificidad adecuada del diagnóstico. Esto depende fundamentalmente de tres aspectos: toma de la muestra, procesamiento y diagnóstico.

TOMA DE LA MUESTRA: Su calidad se valora mediante dos indicadores: el porcentaje de muestras con resultado no satisfactorio (No útil) y el porcentaje de muestras carentes de células representativas de la Zona de Transformación (ZT).

MUESTRA NO SATISFATORIA: cuando no se identifica adecuadamente la muestra o no coincide con la solicitud del examen, faltan datos clínicos, lámina rota, defectos en la extensión, mala fijación y deficiente coloración.

Como indicador de No útil se aprobó menos de un 5% y para muestras superficiales sin células de la ZT, no debe rebasar el 20 por ciento.

PROCESAMIENTO: Es importante la identificación de las láminas y el cumplimiento estricto de la técnica de Papanicolaou.

DIAGNÓSTICO: El laboratorio de citología debe contar con un sistema de evaluación, que permita reducir y/o evitar errores diagnósticos, así como medir la competencia del personal. El patólogo es el máximo responsable de este proceso, por lo que debe tener en cuenta:

- Re observar todas las láminas con resultado preliminar de cambios reactivos, reparativos y en las que el citotecnólogo muestre dudas.
- Hacer el diagnóstico definitivo de LIEC o cáncer, por lo que debe revisar el 100% de las láminas evaluadas por el citotecnólogo con este diagnóstico inicial.
- Revisar el 10% de las citologías con resultado negativo.
- Revisar el 100% de las citologías anormales y no satisfactorias.

INDICADORES

- Tiempo entre la toma de muestra y llegada al laboratorio: siete a 10 días.
- Tiempo entre la llegada al laboratorio y el diagnóstico: 15 días.
- Tiempo entre el diagnóstico y la entrega al área de salud: siete días.
- Citologías reobservadas:
 - 100% de las citologías anormales, superficiales y no útiles.
 - 10% como mínimo de las citologías negativas
- Citologías anormales entre 1,8 y 2 por ciento.
- Citología con células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), no debe exceder el 5 por ciento.
- Citología ASCUS H de 3-10% de lo diagnosticado como lesión intraepitelial de bajo grado (LIE BG/LSIL).
- Citología no satisfactoria (No útil) menor 5 por ciento.
- Citología superficial (sin células de la ZT) hasta el 20 por ciento.

CONTROL DE LA CALIDAD EN EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Los resultados histológicos son el estándar de referencia para el diagnóstico y a partir de éste, se califica la citología y la colposcopia. La conducta a seguir depende de estos resultados, por lo que resulta de gran importancia establecer controles de calidad en estos laboratorios.

Se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Recepción de las muestras: bien identificadas, en frasco previamente rotulado y que coincidan ambas identificaciones.
- Solicitud de biopsia con datos clínicos completos.
- Registrar las muestras en el libro de entrada de biopsias en orden consecutivo y con fecha de la toma de la muestra.
- El número con que se identifique la muestra antes de la descripción macroscópica tiene que ser el mismo durante todo el proceso.
- Procesar el espécimen radioquirúrgico según se recomienda en el consenso de Radiocirugía.
- Tener en cuenta los resultados previos (citológicos e histológicos) para emitir el diagnóstico final y evitar sobre o sub diagnóstico.
- Intercambiar láminas al azar entre diferentes laboratorios, patólogos y citotécnicos, para re evaluar el diagnóstico y comprobar competencia del personal.

INDICADORES

- Modelos de solicitud de biopsia en el 100% de las muestras.
- Adecuada fijación de la biopsia en el 100% de las muestras.
- Correlación colpohistológica mayor al 80% de los casos.
- Cáncer inadvertido por colposcopia en menos del 20% de los casos.
- Número de secciones por cono.
- Proporción de especímenes con lesión en los bordes menos del 10 por ciento.
- Proporción de especímenes sin lesión en los bordes mayor al 90 por ciento.
- Tiempo entre la toma de muestra y el diagnóstico histológico:
 - Bien: 14 días
 - Regular: 30 días
 - Mal: más de 30 días
- Calidad del procesamiento técnico, pase y corte de la pieza completa ciento por ciento.

CERTEZA DIAGNÓSTICA

El término de certeza diagnóstica se refiere a la correlación entre el resultado de la citología y el diagnóstico histológico de la lesión estudiada. Esta es una de las formas más eficientes de control de la calidad. Para este cálculo se utiliza el índice de Kappa, que consiste en colocar en una tabla, los hallazgos citológicos en la columna vertical y los resultados histológicos en la horizontal, que en este caso constituyen «la regla de oro».

La calidad diagnóstica es mayor cuando existe un elevado índice de concordancia de la citología, con el diagnóstico histológico definitivo.

CORRELACIÓN CITOLOGÍA-HISTOLOGÍA

Diagnóstico citológico	Diagnóstico histológico				TOTAL
	Negativo	LIE BG/LSIL	LIE AG/HSIL	Cáncer	
Negativo	●				
LIE BG/LSIL		●			
LIE AG/HSIL			●		
Cáncer				●	
TOTAL					●

EL ÍNDICE DE KAPPA SE CALCULA POR LA SIGUIENTE FÓRMULA:

$$K = \frac{\text{Número de lesiones confirmadas por histología que coinciden con la citología}}{\text{Número total de lesiones confirmadas por histología}} \times 100$$

Es preciso tener en cuenta la sensibilidad y especificidad, para ello se requiere conocer la siguiente tabla:

	Biopsia alterada (enfermas)	Biopsia negativa (sanas)	Total
Citología alterada	A	B	A+B
Citología negativa	C	D	C+D
Total	A+C	B+D	N

Sensibilidad: mide el total de citologías verdaderas positivas del total de enfermas

$$\frac{A \times 100}{A + C}$$

Especificidad: mide el total de verdaderas negativas del total de mujeres sanas

$$\frac{D \times 100}{B + D}$$

Valor predictivo positivo: Mide el total de verdaderas positivas del total de citologías alteradas.

$$\frac{A \times 100}{A + B}$$

Valor predictivo negativo: Mide el total de verdaderas negativas del total de citologías negativas.

$$\frac{D \times 100}{C + D}$$

Eficacia total de la prueba: Mide los verdaderos resultados (positivos o negativos) del total de pruebas realizadas

$$\frac{(A + D) \times 100}{N}$$

Sensibilidad y especificidad, que son los índices más establecidos como índices de validez de las pruebas diagnósticas, corresponden al punto de vista «natural» del investigador que evalúa la prueba, pero requieren de ciertos cálculos para interpretar el resultado de una prueba en la práctica clínica.

Los **valores predictivos** representan las proporciones de interés en la práctica; pero su valor es muy limitado porque dependen de la proporción de enfermos en el grupo en que la prueba se ha evaluado.

Los cocientes de probabilidad son los índices más útiles porque permiten transformar la probabilidad pre-prueba, en probabilidad post-prueba mediante una sencilla relación, y no dependen de la proporción de enfermos en el grupo en el que se ha realizado la prueba.

Nota: Para calcular estos indicadores es necesario tener en cuenta la totalidad de las biopsias que interesen el cuello uterino (incluidos las hysterectomías y prolapsos, entre otros), realizados a mujeres entre 25 y 64 años con citología negativa, e independiente del resultado histológico.

ATENCIÓN SECUNDARIA DE SALUD

CONSULTAS DE PATOLOGÍA DE CUELLO (CPC)

Las Organizaciones Mundial y Panamericana de la Salud (OMS/OPS) y científicos de prestigio internacional, avalados por los resultados de países desarrollados con excelentes programas, reconocen que: **«El impacto efectivo de la reducción de la mortalidad por cáncer cervicouterino se logra con la máxima cobertura en la pesquisa, el diagnóstico y tratamiento precoz de las lesiones intraepiteliales cervicales de alto grado y el cáncer microinvasor».**

Las acciones de diagnóstico, tratamiento y seguimiento se realizan en las CPC. Es por ello que estas consultas representan el eje central en las acciones de control del cáncer cervicouterino.

Metodología

1. Las CPC se realizan en los hospitales ginecobstétricos y clínico quirúrgicos con servicios de ginecología.
2. El jefe de las CPC tiene que ser especialista en Ginecología y Obstetricia, con entrenamiento en colposcopia y capacitado en el control y organización de las mismas.
3. Los médicos de las CPC trabajarán en estrecha relación con el departamento de Citohistopatología, para lograr un sistemático intercambio científico que ayude a la toma de decisiones.
4. Las mujeres que asisten a esta consulta son:
 - Con resultado anormal de la citología (según la clasificación de Bethesda) y previamente citadas por la enfermera del área.
 - Con diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) o cáncer invasor, remitidas de las CMPBC o de otras instituciones, para definir la conducta y cumplir el seguimiento.
 - Con diagnóstico de NIC tratadas (sin importar método terapéutico), para cumplir el seguimiento.
 - Con diagnóstico de cáncer invasor en etapa I tratada con cirugía, para cumplir el seguimiento.
5. Consideraciones sobre los procedimientos diagnósticos a realizar en las consultas. Los procedimientos para diagnóstico realizados en las CPC son: la colposcopia, biopsia dirigida, cepillado de canal endocervical (CC), legrado endocervical (LEC), legrado endometrial (LEM) y conización por radiocirugía.

Colposcopia

- Los pasos a seguir con la paciente durante la colposcopia son definitorios, ya que el objetivo principal de este estudio es, identificar las imágenes sugestivas de lesión intraepitelial o de cáncer del cérvix, para realizar una biopsia dirigida y confirmar el diagnóstico. Por tal motivo es de importancia crucial que el colposcopista aprenda a diferenciar los patrones colposcopicos normales, los de anormalidad mínima, y de manera significativa, los anormales.
- La colposcopia ayuda a elaborar la estrategia de tratamiento conservador, ya que define el tamaño y ubicación de la lesión.
- Se utilizará la terminología colposcópica de la Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia (IFCPC), aceptada en el Congreso Mundial de Río Julio 2011. **(Anexo No.5)**.

Biopsia dirigida

- Se realizará bajo visión colposcópica en el sitio de mayor significación, para identificar el grado de lesión, y elaborar la estrategia de tratamiento, con la selección del método conservador adecuado.
- Es mandatorio en mujeres menores de 30 años, nulíparas y con paridad no satisfecha, así como en sospecha colposcópica de microinvasión o patología glandular.
- Se puede realizar por sacabocados con pinza para biopsia o por radiocirugía.
- Realizar todas las biopsias que sean necesarias, previa identificación en cada frasco del sitio de donde procedan. Especificar en la hoja de solicitud de biopsia.
- La biopsia por radiocirugía está indicada cuando se necesita obtener un fragmento largo y profundo, en cuellos escleróticos en los que la pinza de biopsia resbala y en zonas de difícil acceso.
- Si en la biopsia se informa carcinoma infiltrante, se procederá a estadiar el caso para seleccionar el tratamiento.

Muestra endocervical

Es la muestra del canal endocervical obtenida mediante el cepillado endocervical para el estudio citológico, o el legrado/curetaje endocervical para estudio histopatológico.

El cepillado endocervical se realizará:

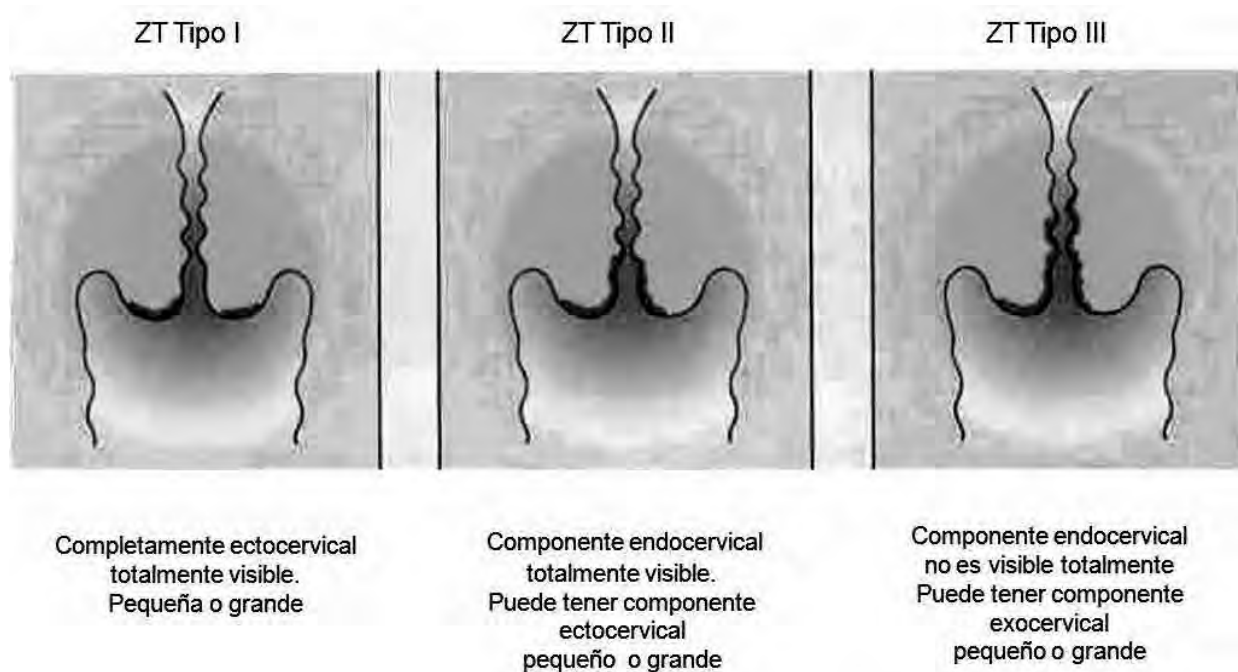
- Con la citología de pesquisa.
- Post cono inmediato cuando la lesión está en ZT tipo III.
- Reconización por lesión residual o recidiva.
- Seguimiento post tratamiento.

El legrado endocervical está indicado en las siguientes situaciones:

- La citología es anormal y no existe lesión colposcópica visible.
- La lesión colposcópica penetra en canal endocervical (ZT tipo III).
- La citología informa anomalías glandulares.
- No se observa totalmente la unión escamo columnar.
- Exista sospecha de cáncer oculto en el canal endocervical.
- Metrorragia de causa inexplicable.
- Sangramiento postcoito sin lesión colposcópica.

La mujer con citología de alto grado o cáncer invasor, se le realizará estudio del canal endocervical a través del LEC preferiblemente, con independencia de que la unión escamo columnar este visible o no. En las de bajo grado se recomienda el CC. El LEC se realizará con cureta de Novak.

Tipos de Zona de Transformación (ZT)



Fuente: W. Prendiville

Legrado endometrial

El legrado endometrial se realiza cuando existen:

- Trastornos menstruales por exceso.
- Metrorragia de causa no precisada
- Factores de riesgo para cáncer de endometrio en mujeres de 35 años y más.
- Citología con atipia de células glandulares (AGC) en mujeres entre 25 y 64 años de edad.

Conización diagnóstica

Se indicará cuando existe:

- Citología anormal de alto grado (segunda toma), con colposcopia normal o insatisfactoria en mujeres mayores de 25 años.
- Lesión colposcópica sospechosa de LIE AG/HSIL, que penetra en canal con paridad satisfecha (individualizar la indicación).
- Estudio de canal endocervical anormal LIE AG/HSIL.
- No correlación cito-colpo-histológica.
- Biopsia dirigida con resultado de micro invasión.
- Sospecha colposcópica de lesión glandular o biopsia con lesión glandular.
- Patología cervical asociada que requiera este proceder.

Se puede realizar por método radio quirúrgico o por bisturí frío, en esta selección es importante tener en cuenta los mismos aspectos que para la terapéutica. Realizar tacto vaginal bimanual y tacto rectal antes del proceder.

6. Consideraciones sobre los métodos terapéuticos.

Los métodos conservadores son los más aceptados en el tratamiento de la patología cervical preinvasora y pueden ser:



Para seleccionar el método terapéutico es preciso considerar:

- Edad.
- Paridad.
- Tamaño de la lesión (número de cuadrantes).
- Tipo de ZT.
- Estudio del canal endocervical.
- Resultado histológico.
- Correlación citocolpohistológica.
- Posibilidad de seguimiento.
- Disponibilidad de equipos.
- Individualizar la indicación.

El éxito del tratamiento depende de la selección rigurosa del método y de la técnica depurada.

El método terapéutico con la técnica de la radiocirugía es el más utilizado, con mayores ventajas y probada eficacia, por lo que debe ser del dominio de los especialistas de las CPC. (Ver Consenso de radiocirugía).

7. A pacientes con patrón colposcópico de atrofia y citología anormal, se recomienda realizar prueba diagnóstica durante 30 días con estrógenos vaginales en crema u óvulos, para repetir la citología entre 7 a 21 días después de culminado el tratamiento.

8. Consentimiento informado. Se llenará este modelo desde la primera consulta (**Anexo No. 6**)

9. Periodos de tiempo óptimo en el proceso diagnóstico-terapéutico:

- Entre el diagnóstico citológico y la valoración colposcópica: hasta 30 días
- Entre la colposcopia anormal y la biopsia, menos de 30 días
- Entre el resultado de la biopsia y el tratamiento inicial: hasta 30 días

10. Traslados a otra CPC

Ante la necesidad o solicitud de traslado de la paciente a otra consulta dentro o fuera de la provincia, se realizarán los siguientes pasos:

- Realizar copia fiel de la tarjeta de citología de la CPC donde se atiende, dirigida a la del hospital donde se va a trasladar.
- Dejar constancia escrita del traslado en la tarjeta de la CPC original y ubicarla en el semestre en curso en la sección de Bajas, para procesarla en la información semestral.

11. Reporte de cáncer

El médico de asistencia está en la obligación de confeccionar el reporte de cáncer (en el modelo establecido), a todos los casos en el momento del diagnóstico. De igual manera le confeccionará dicho reporte a todo caso que le realice el tratamiento, aunque haya sido diagnosticado en otro centro.

- A partir del año 2007 se incluyó la NIC III, de ano (NIA), de vulva (NIV) y de vagina (NIVA), al listado de las enfermedades neoplásicas que deben ser reportadas en el modelo correspondiente. (Ver Manual de Procedimientos del Registro Nacional de Cáncer 2010).

12. Modelaje vigente

Serán solicitados periódicamente al responsable de Planificación de la Unidad donde radica la CPC, por el jefe de la consulta.

13. Funciones del personal de la CPC

Funciones del jefe de la consulta

- Supervisar cumplimiento de las funciones de la enfermera y secretaria.
- Supervisar el cumplimiento de la metodología y algoritmos establecidos a los especialistas de la consulta.
- Realizar el informe semestral en conjunto con el Jefe del Laboratorio de Citodiagnóstico y Estadística.
- Controlar los indicadores de la consulta.
- Velar por el cuidado y mantenimiento de los equipos.
- Realizar la reunión mensual de la consulta.
- Evaluar los controles de calidad con frecuencia semestral.
- Solicitar el modelaje necesario para los controles estadísticos.
- Organizar y ejecutar la capacitación continuada de los especialistas bajo su cargo.

Funciones de la enfermera

- Organizar las consultas.
- Preparar las condiciones para la cirugía menor.
- Velar y exigir el cumplimiento de las normas epidemiológicas.
- Asegurar la disponibilidad y esterilización del instrumental y material desechable.
- Controlar los turnos de reconsulta.
- Controlar el tarjetero de citologías anormales.
- Participar en el despacho mensual con las enfermeras de las áreas de salud.
- Supervisar el trabajo de la secretaria y la auxiliar general.
- Ofrecer charlas educativas a las mujeres, relacionadas con temas del control del cáncer cervicouterino.

ALGORITMOS PARA EL MANEJO DE MUJERES CON CITOLOGÍA E HISTOLOGÍA ANORMAL

En Cuba la última revisión del Programa de Detección Precoz del Cáncer Cervicouterino se realizó en el 2001. Desde entonces se han efectuado dos reuniones de consenso con representación de especialistas de todas las provincias, además de la revisión exhaustiva de información y guías actualizadas, que se utilizan en diferentes países de reconocido prestigio internacional en esta temática.

Toda la información acumulada referente a la evolución natural de la enfermedad, el manejo y tratamiento de las lesiones precursoras en mujeres adultas, así como en los grupos especiales constituidos por jóvenes, embarazadas y mujeres con afecciones que comprometen el sistema inmunológico, han permitido adecuar las acciones de control de esta enfermedad a la realidad y condiciones de nuestro país, con el fin de lograr el impacto deseado de reducir la mortalidad por este tipo de cáncer.

Un manejo apropiado de las mujeres con citologías anormales para llegar al diagnóstico histopatológico de la lesión pre cancerosa, así como la selección correcta y oportuna del tratamiento, son elementos indispensables para la prevención del cáncer cervicouterino. El rol o éxito del manejo clínico, es identificar y tratar las LIE AG/HSIL, para disminuir el riesgo de progresión al cáncer invasor.

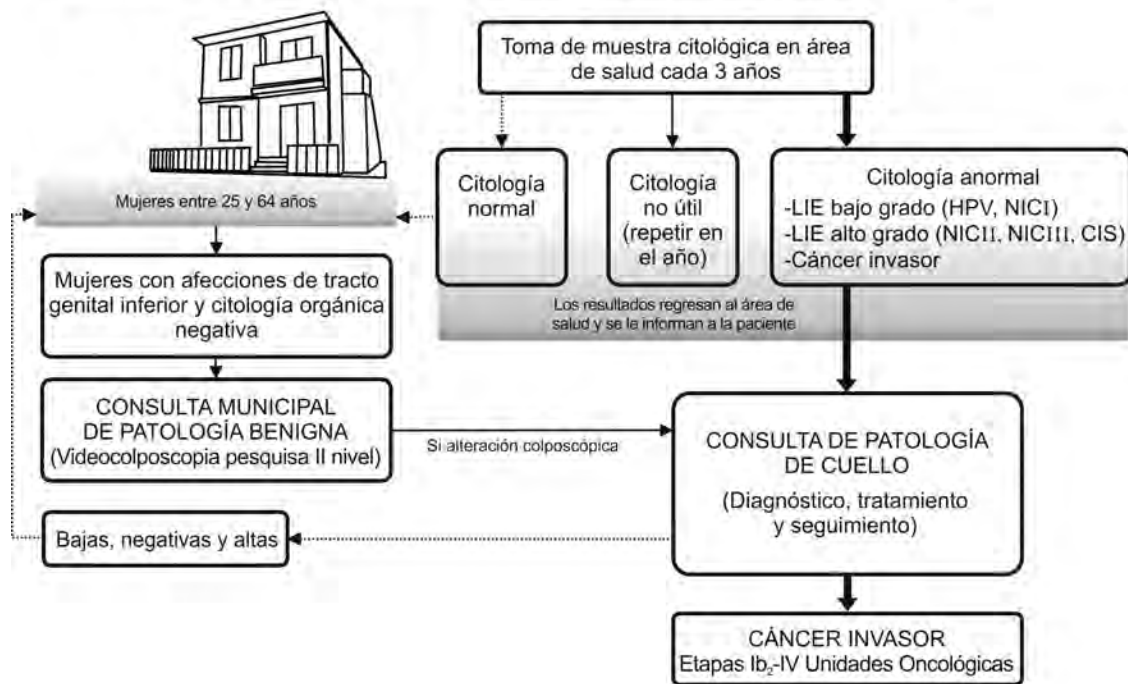
En la elaboración de este documento se tuvo en cuenta la opinión de los expertos ante diferentes situaciones; sin embargo, es preciso aclarar que ninguna Guía o Manual puede sustituir el juicio clínico, éste debe ser aplicado a cada paciente de manera individual, tomando como base, las orientaciones establecidas en cada país.

La introducción de la terminología BETHESDA para clasificar la citológica, determina la necesidad de adecuar el manejo ante los posibles resultados. Esta clasificación utiliza los términos de LIE de Bajo y Alto Grado, para referirse a las lesiones precursoras del cáncer. En Histología se utiliza una doble terminología, considerando que el NIC I es una LIE BG/LSIL y el NIC II – III es una LIE AG/HSIL. En este trabajo se utilizarán indistintamente ambas denominaciones, al igual que ocurre en otras publicaciones internacionales.

En la actualidad las Guías utilizadas en los programas de Diagnóstico y Tratamiento Precoz del Cáncer Cervicouterino de los países desarrollados, incluyen el Test de HPV para el estudio de una citología anormal, así como para evaluar el pronóstico y seguimiento después del tratamiento, en las LIE AG/HSIL. En Cuba, es una real aspiración del Sistema Nacional de Salud la introducción de éste Test, para optimizar la pesquisa, lo que está en proyecto para un futuro no lejano. Cuando se disponga de este valioso método, se orientarán los algoritmos correspondientes.

A continuación se muestra el flujograma de atención para las mujeres con citología orgánica anormal, donde se incluyen las acciones de control del cáncer para esta localización, aprobadas en el PICC vigente y aplicadas por niveles de atención.

ALGORITMO DE CONTROL DE CÁNCER CERVICO UTERINO



Manejo de las mujeres con citología no satisfactoria (NO ÚTIL) (25–64 años)

La citología insatisfactoria (No útil) se encuentra aproximadamente en el 1% de todos los tipos de preparación.

Es indispensable cumplir los requisitos establecidos para la correcta toma de muestra y garantizar la preparación del personal técnico en el procesamiento y diagnóstico de las láminas, de manera que las cifras de resultados no útiles sean mínimas (por debajo del 5%).

La citología reportada como No útil, se debe repetir en un plazo no mayor de seis meses, ya que eleva la posibilidad de enfermedad cervical perdida o no diagnosticada, lo que representa gran riesgo para la mujer.

En caso que la repetición vuelva a ofrecer resultado No útil, se citará a la mujer para realizarle estudio colposcópico, con el objetivo de evaluar factores locales como atrofia, infección y/o inflamación o descartar patología cervical pre o invasora y actuar según hallazgos. **(Anexo No. 7)**

Manejo de las mujeres con citología ASCUS (25–64 años)

La citología orgánica (CO) con resultado ASCUS, es la más común de las anomalías, y posee el más bajo riesgo de NIC III.

El test de HPV seguido del estudio colposcópico, es la conducta de elección. Cuando no se dispone del primero, se realiza la colposcopia en busca de lesiones con cambios mayores o menores.

Posibles hallazgos (ver flujograma):

No lesión colposcópica y unión escamo columnar (UEC) visible totalmente: En esta situación se repetirá la citología al año y si es negativa regresa a la pesquisa de rutina.

No lesión colposcópica y UEC no visible total o parcialmente: Se realizará estudio de canal y de acuerdo a resultado, se actúa en consecuencia

Presencia de lesión colposcópica: Se realizará biopsia dirigida y estudio de canal; la conducta depende del resultado histológico.

Consideraciones

Una citología o un cepillado de canal endocervical con LIE BG/LSIL, no implica la necesidad de realizar un procedimiento diagnóstico escisional de primera intención, solo considerar si es persistente.

Cuando el resultado es de LIEAG/HSIL o cáncer invasor, se impone el diagnóstico escisional (conización diagnóstica).

Con un resultado citológico de ASCUS, no es aceptable realizar el diagnóstico escisional de rutina, si no existe una imagen colposcópica anormal. **(Anexo No. 8)**

Manejo de las mujeres con citología de lesión intraepitelial cervical de Bajo Grado (LIE BG/LSIL) (25–64 años)

Durante la última década, se ha incrementado la proporción de resultados citológicos compatibles con LIE BG/LSIL. Estas lesiones son altamente predictivas de infección por el HPV, sin embargo según resultados obtenidos en un estudio de meta análisis reciente, el 76,6% de las mujeres con este resultado citológico, son positivas para la infección por el HPV de alto riesgo oncogénico (HPV-AR). En estudios citológicos compatibles con LIE BG/LSIL, la prevalencia de NIC II-III o cáncer, es del 12–17% tras el estudio colposcópico, por lo que es aconsejable no subestimar este resultado de LIE BG/LSIL y realizar siempre la colposcopia, sobre todo cuando no se dispone del Test de HPV.

Por estas razones, ante una citología con resultado de LIE BG/LSIL se recomienda:

- Realizar estudio del canal cervical (cepillado) cuando la UEC no es visible, o no se observa lesión colposcópica.
- Repetir citología y colposcopia a los 6 meses, si se descarta LIE AG/HSIL.
- Regresar la mujer a la pesquisa en la APS ante dos citologías y colposcopias negativas consecutivas.
- Si la citología o el estudio endocervical es de LIE BG/LSIL se puede valorar la vigilancia cito-colposcópica hasta 2 años, si persiste está indicado diagnóstico escisional. Este proceder podrá considerarse en un periodo menor, individualizando la indicación de acuerdo a edad, factores de riesgo, antecedentes de lesión intraepitelial cervical o tratamiento con electrocoagulación por causas benignas.
- No realizar conización cervical de rutina ante un cepillado endocervical con LIE BG/LSIL sin lesión colposcópica evidente, deben considerarse los factores antes señalados.
- Si en la vigilancia citocolposcópica los resultados citológicos son de alto grado se impone el diagnóstico escisional.
- Realizar siempre biopsia dirigida ante la presencia de lesión colposcópica.
- Ver flujograma (Anexo No. 9)

Manejo de las mujeres con citología de lesión intraepitelial cervical de Alto Grado (LIE AG/HSIL) (25-64 años)

El rol fundamental de la colposcopia y la biopsia es identificar LIE AG/HSIL, por lo que es preciso considerar determinados aspectos en el proceso diagnóstico, tales como:

- Es inaceptable repetir citología ante la presencia de lesión colposcópica. En estos casos es mandatorio realizar estudio histológico.
- En ausencia de lesión colposcópica es indispensable estudiar el canal endocervical, antes de citar a nueva consulta en plazo de cuatro meses.
- Si la colposcopia es inadecuada por inflamación o atrofia, realizar el tratamiento que corresponda y repetir la colposcopia en 7 a 21 días después del tratamiento.
- El estudio histológico por biopsia es mandatorio cuando la mujer tiene 30 años o menos, sin paridad satisfecha, lo cual permite elaborar una estrategia de tratamiento y asegurar solo la excéresis de la lesión sin comprometer tejido sano.

Podrá realizarse diagnóstico escisional sin biopsia previa en mujeres mayores de 30 años, con las siguientes condiciones:

- Paridad satisfecha
- Cuando la colposcopia y el estudio endocervical son negativos y el resultado de la siguiente citología es compatible con LIE AG/HSIL y paridad satisfecha.

- Inasistente o con dificultades para asistir a la CPC.
- Antecedentes de LIEC sin importar grado histológico.
- Antecedentes de tratamientos destructivos locales (TDL).
- Cepillado o legrado endocervical con LIE AG/HSIL.

Realizar siempre cepillado endocervical post-cono, para evaluar el pronóstico de lesión residual alta, en canal endocervical.

(Anexo No. 10)

Manejo de mujeres con citología de atipia de células escamosas que no se puede excluir Alto Grado (ASC-H) (25-64 años)

La citología ASC-H reporta un riesgo de LIE AG/HSIL ligeramente menor que cuando la citóloga es LIE AG/HSIL, es por eso que se recomienda tener en cuenta los mismos elementos señalados en el manejo de la citología LIE AG/HSIL.

Manejo general de mujeres con citología de atipias de células glandulares (AGC) (25 - 64 años)

En un extendido citológico, la presencia de células glandulares atípicas implica un proceso diagnóstico exhaustivo, que permita definir la presencia o no de lesión cervical intraepitelial, glandular o endometrial.

Esto lleva implícito, colposcopia en busca de patrones sugestivos de afección glandular y/o escamosa en el cuello uterino.

En mujeres mayores de 35 años y con factores de riesgo para cáncer endometrial, se recomienda tomar además muestra endometrial, para excluir enfermedad invasora en esta localización, aunque no tenga síntomas.

La histeroscopia estaría indicada cuando las pruebas señaladas resulten negativas, y la citología persista con atipia de células glandulares, o bien tenga síntomas como metrorragia y leucorrea. (Anexo No. 11)

Manejo de mujeres con citología de atipias de células glandulares (AGC) (25 - 64 años)

Ante la sospecha cito colposcópica de lesión glandular es preciso:

- Explorar minuciosamente la ZT y el área endocervical visible, la cual se puede ampliar con el uso del espéculo endocervical de Kogan, para buscar signos colposcópicos de lesión endocervical y sospecha de invasión.
- Realizar biopsia dirigida siempre que sea técnicamente posible, pues contribuye a la selección adecuada del método diagnóstico escisional para confirmar diagnóstico y excluir invasión.
- Realizar siempre legrado de canal endocervical.
- Ante la confirmación histológica de invasión, se evalúa por Oncología para estadiar el caso y seleccionar el tratamiento adecuado.

- El cono con bisturí frío es el método escisional diagnóstico/terapéutico de elección.
- La conización por Radiocirugía es aceptable para diagnóstico, cuando se realiza con electrodos adecuados y por especialistas expertos.
- Es muy importante eliminar el riesgo de obtener bordes no útiles y/o que no se destruya la lesión por daño térmico.
- La selección de un método escisional sin biopsia previa, debe ser individualizado, teniendo en cuenta edad, paridad, dificultades técnicas, características del método a utilizar y del operador.
- Realizar siempre cepillado o legrado endocervical poscono, para evaluar el pronóstico de lesión residual alta, en el endocérnix. **(Anexo No. 12)**

Es de vital importancia que no se pierda el diagnóstico de adenocarcinoma *in situ* (AIS) o de lesión invasor glandular mínima.

Manejo de mujeres con citología orgánica de cáncer invasor

- Ante una citología con resultado de cáncer invasor es obligatorio realizar estudio continuo hasta confirmar o excluir la enfermedad invasora.
- Es inaceptable esperar un intervalo de tiempo para realizar los procedimientos diagnósticos establecidos, aunque resulte negativo.
- Ante una colposcopia sin lesión se deberá realizar de manera inmediata el legrado de canal endocervical y endometrial.
- Ante una infección vaginal y/o cervical, es preciso realizar estudios microbiológicos, e imponer tratamiento de forma inmediata según los resultados.
- La colposcopia se repite después de tratada la infección vaginal y/o cervical, en un plazo no mayor de 15 días.
- Los signos de atrofia visibles en el estudio colposcópico, solo se tratarán después de excluida la enfermedad invasora en el canal endocervical
- La atrofia se tratará con estrógenos conjugados en crema vaginal durante 30 días consecutivos, para realizar la colposcopia en un plazo no mayor de 7 a 21 días y la citología, en un plazo no menor de 30 días después del tratamiento. **(Anexo No. 13)**

Manejo de mujeres con biopsia LIE BG/LSIL (PVH, NIC I) (25–64 años)

El NIC I es la manifestación histológica más frecuente de la infección por HPV, sin embargo los virus oncogénicos por lo general se encuentran en las lesiones de NIC I con tasas de regresión elevadas, especialmente en mujeres jóvenes.

La progresión de la LIE BG/LSIL a NIC II es poco común, mientras que el riesgo de encontrar un NIC III oculto en mujeres con resultado histológico de NIC I, está relacionado con el riesgo expresado por la citología previa. Se muestra bajo riesgo de NIC III a cinco años, cuando la

citología es NIC I; pero es sustancialmente alta después de HSIL, ASC-H y AGG.

Debido a las altas tasas de regresión y el bajo riesgo de progresión, se recomienda para las LIE BG/LSIL considerar la conducta expectante como alternativa de tratamiento.

Para decidir entre la conducta expectante y el tratamiento en una lesión de bajo grado confirmada por histología, es preciso considerar los siguientes factores:

- Edad
- Paridad
- Citología inicial
- Visibilidad de la unión escamocolumnar
- Estado inmunológico
- Patologías ginecológicas asociadas
- Disponibilidad de métodos de tratamiento

La conducta expectante está indicada durante dos años en:

- Mujeres menores de 30 años
- Nulíparas
- Unión escamocolumnar visible totalmente
- ZT tipo I
- Cepillado de canal endocervical negativo
- No compromiso del sistema inmunológico
- Contraindicaciones al tratamiento escisional

Se interrumpe la conducta expectante cuando:

- Aparece citología y colposcopia sugestiva de LIE AG/HSIL.
- Persiste la lesión al término del plazo establecido

El tratamiento de las LIE BG/LSIL puede ser escisional o destructivo local

Condiciones para el TDL

- UEC visible
- ZT tipo I
- Estudio canal cervical negativo (CC o LEC)
- Biopsia previa confirmativa
- Ausencia de enfermedad invasora
- Cumplimiento de los requisitos y técnica para el procedimiento seleccionado (Criocirugía, Electrocoagulación, Láser)

El tratamiento escisional de inicio está indicado en mujeres de 30 años o más con las siguientes circunstancias

- Imposibilidad de seguimiento
- Unión escamo columnar no visible o visible parcialmente
- ZT tipo II y III
- Estudio de canal endocervical con NIC II–III
- Antecedentes de TDL
- Afecciones cervicales asociadas
- Alto riesgo cáncer cervicouterino
- Enfermedades con compromiso inmunológico
- Cancerofobia

La LIE BG/LSIL no requiere por sí sola de tratamiento radical (histerectomía), considerar este proceder ante las siguientes condiciones:

- Afecciones ginecológicas asociadas (fibromas, endometriosis, sangramientos de causa inexplicable).
- Estenosis cervical no resuelta por métodos convencionales.

Manejo de mujeres con muestra endocervical de LIE BG/LSIL (NIC I)

El manejo de la NIC I en muestras endocervicales (cepillado o legrado) merece especial atención.

Es preciso tener en cuenta el elevado por ciento de casos que regresan espontáneamente, y la posible contaminación de la muestra endocervical con lesiones exocervicales. Por otro lado se reconoce un bajo riesgo de lesiones NIC II o más, cuando este resultado está precedido de citología con LIE BG/LSIL o ASC-US, por lo cual se recomienda individualizar la indicación.

Si este resultado está precedido de una citología LIE AG/HSIL, se recomienda el tratamiento escisional (conización).

Consideraciones

- Se acepta continuar el periodo de observación durante un año más (completar tres años) en caso de mujeres jóvenes y nulíparas, siempre que la unión escamo columnar sea visible y no exista evidencia de lesión de mayor grado.
- Para seleccionar la modalidad de tratamiento, se deben tener en cuenta el juicio y la experiencia del ginecólogo, los resultados histológicos previos y las características individuales de cada paciente. **(Anexo No. 14)**

Manejo de mujeres con biopsia LIE AG/HSIL (NIC II– III) de 25 a 64 años

La NIC II y III tienen una regresión más baja que la NIC I, particularmente la NIC III que es el verdadero precursor del cáncer invasor y debe ser tratada.

Es inaceptable la conducta expectante en mujeres de 25 años o más independientemente de la edad y la fertilidad.

Se ha demostrado que el tratamiento conservador en las LIEC es altamente efectivo, lo cual permite mantener la capacidad reproductiva de las mujeres que así lo desean.

Entre los métodos conservadores están los TDL y los escisionales

El método de elección para la LIE AG/HSIL es el escisional, preferiblemente la conización en sus diferentes modalidades: Radiocirugía, Bisturí Frío y Láser. La conización con Electrocirugía (Radiocirugía) es la más utilizada, por sus bondades. (Consenso Radiocirugía).

El TDL es una opción terapéutica selectiva, por lo que debe ser evaluada por el especialista en patología del TGI y colposcopia, teniendo en cuenta los siguientes elementos:

- Mujer joven, menor de 30 años
- Nulípara o con paridad no satisfecha
- Unión escamocolumnar totalmente visible
- Lesión circunscrita, visible totalmente, no mayor de un cuadrante (ZT I).
- Histología: preferiblemente NIC II

- Correlación cito-colpo-histológica
- Posibilidad de seguimiento.

En la LIE AG/HSIL existe riesgo de lesión residual y de recidiva aún con bordes negativos de lesión, lo cual obliga a considerar en un grupo importante de mujeres la reconización y el tratamiento radical con histerectomía.

La indicación de reconización está determinada por la necesidad de mantener la capacidad reproductiva de las mujeres que así lo desean, y en aquellas con contraindicación quirúrgica para la cirugía mayor.

La presencia de márgenes positivos no lleva implícito la conducta activa de reconización o histerectomía inmediata.

Es reconocido en la literatura actualizada, que el proceso de cicatrización puede eliminar la lesión de los bordes comprometidos, por lo que se acepta el seguimiento cito-colposcópico en aquellas mujeres jóvenes con paridad no satisfecha y con lesión que llega a los bordes de sección quirúrgica (BSQ); a las que se le realiza un seguimiento estrecho citocolposcópico, hasta que se logre completar la paridad.

La decisión de reconización no tiene que ser inmediata, es recomendable esperar la primera evaluación cito-colposcópica.

La histerectomía simple en la LIE AG/HSIL se indica a mujeres mayores de 35 años con paridad satisfecha, y con una o más de las condiciones siguientes:

- Márgenes de la conización positivos.
- Persistencia o recidiva de LIE AG/HSIL
- Extensión a fondo de sacos glandulares.
- Evidencia de lesión residual o recidiva en un cérvix no conizable
- Afecciones ginecológicas asociadas

Consideraciones:

Es inaceptable la histerectomía (solo con biopsia) como tratamiento primario en las LIE AG/HSIL, se debe realizar la conización para excluir la enfermedad invasora.

La histerectomía no lleva implícito la indicación de anexectomía, para tal decisión se debe tener en cuenta la edad, la presencia de afecciones ginecológicas que así lo requieran y el consentimiento de la mujer. **(Anexo No. 15)**

Teniendo en cuenta las recomendaciones de las Guías Prácticas en Oncología de la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), se expone un resumen del manejo para el seguimiento de los casos según el estado de los Bordes de Sección Quirúrgica (BSQ) y la paridad, utilizado en nuestro medio. **(Anexo No. 16)**

Manejo de las mujeres con biopsia de carcinoma microinfiltrante

La presencia de un carcinoma microinfiltrante en una biopsia implica la necesidad de realizar un procedimiento escisional diagnóstico (conización), para confirmar microinfiltración y excluir mayor grado de in-