

filtración en profundidad y extensión que modifique el estadio y por lo tanto la conducta terapéutica

Cuando se trate de una mujer joven nulípara o con paridad no satisfecha, el método de elección para la conización diagnóstica es el bisturí frío, ya que asegura la integridad de los BSQ, lo cual permite que la conización pueda considerarse como terapéutica conservadora, hasta que se complete la descendencia. (Ver atención oncológica).

Manejo de mujeres con biopsia de adenocarcinoma *in situ* (AIS)

La incidencia del AIS es baja, pero creciente. Su manejo es controversial ya que los criterios del tratamiento conservador del NIC II-III, no se aplican para este tipo de lesiones. Los hallazgos colposcópicos pueden ser mínimos y el límite de la lesión puede ser difícil de precisar, ya que con frecuencia se extiende dentro del canal.

Cuando se sospecha en la colposcopia una lesión glandular, se impone la biopsia por sacabocados, lo cual permite seleccionar el método de conización óptimo, en dependencia de si es diagnóstico y/o terapéutico.

Se acepta la conización por cualquiera de los métodos disponibles, no obstante se recomienda la técnica del bisturí frío, cuando se indica con carácter terapéutico. No se recomienda la conización radioquirúrgica en «sombbrero tejano»

La profundidad de la escisión se debe considerar, ya que las lesiones pueden ser multifocales y discontinuas, por lo que el margen negativo no asegura que la lesión haya sido extirpada completamente.

La histerectomía total es el método terapéutico de elección en las mujeres con paridad satisfecha. Para la mujer que desea mantener la fertilidad, la conización con bisturí frío es la opción más aceptada, ya que asegura la integridad de los bordes de sección y permite excluir la enfermedad invasora y tratar en un solo tiempo.

Se reporta un riesgo pequeño de cáncer invasor aún con los márgenes negativos, por lo que el seguimiento citocolposcópico sistemático debe ser riguroso.

Consideraciones

1. La muestra endocervical (CC o LEC) al mismo tiempo que cuando se realiza el proceder escisional diagnóstico (conización), puede predecir lesión residual.
2. Si la muestra endocervical post conización resulta AIS o NIC, la reconización es factible siempre y cuando la paridad no esté satisfecha.
3. La evaluación citocolposcópica y el estudio de canal son mandatorios, en el seguimiento de las lesiones glandulares de AIS, independientemente de los márgenes (positivos o negativos), hasta que se realice la histerectomía total, después de completada la paridad deseada.
4. Si el diagnóstico de AIS es un hallazgo en una pieza de conización por radiocirugía, solo se considerará suficiente si los bordes están libres.
5. Si en una pieza de conización por Radiocirugía los bordes son positivos o no permiten el diagnóstico,

se recomienda la reconización con bisturí frío para considerarlo terapéutico y permitir el seguimiento cito-colposcópico, de acuerdo a los deseos reproductivos. (Anexo No. 17)

SEGUIMIENTO POST TRATAMIENTO CONSERVADOR

El seguimiento incluye el examen citológico y colposcópico en cada visita. Las mujeres con historia de LIEC, incrementan el riesgo de tener una lesión de cáncer en vagina, vulva, periné y región anal, por lo que es mandatorio en cada valoración el examen colposcópico del TGI.

• **LIE BG/LSIL con bordes positivos o negativos:** citología, cepillado endocervical y colposcopia cada seis meses por dos años. Si se mantiene con resultados negativos, alta a los dos años y se incorpora a la pesquisa de rutina en su área de salud.

• **LIE AG/HSIL con márgenes negativos:** citología, cepillado endocervical y colposcopia cada cuatro meses el primer año, cada seis meses el segundo año y anual hasta completar 10 años. Si en el periodo de seguimiento aparece lesión residual o recidiva, se realiza reconización si la paridad no esta satisfecha y se re inicia el seguimiento nuevamente o se realiza histerectomía, completando el seguimiento por 10 años, con alta e incorporación a la pesquisa de rutina en su área de salud.

• **LIE AG/HSIL con márgenes positivos:** citología, cepillado endocervical y colposcopia cada cuatro meses en el primer año, posteriormente cada seis meses hasta que se logre la reproducción. Si después de ésta se mantiene con resultados negativos, se valorará el seguimiento anual o el tratamiento definitivo con la histerectomía. En ambas situaciones se valorará el alta a los 10 años e incorporar a la pesquisa de rutina en su área de salud.

• **LIE AG/HSIL con márgenes no diagnosticables:** igual conducta que con márgenes positivos.

• **Carcinoma microinfiltrante:** citología, cepillado endocervical y colposcopia cada 4 meses en el primer año y cada seis meses hasta que se logre la reproducción. Cumplidos los deseos reproductivos se recomienda histerectomía extrafascial tipo II sin anexectomía. Posteriormente seguimiento cito-colposcópico anual por un periodo de 10 años.

Consideraciones durante el seguimiento

1. La sospecha de lesión residual o recidiva de LIE AG/HSIL, impone biopsia para confirmación histológica y se valora el recono en caso de paridad no satisfecha, o la histerectomía sin anexectomía en caso de completada la paridad.

2. La histerectomía en las LIE AG/HSIL se deberá realizar en un tiempo no mayor de seis meses. Si no es posible en ese periodo, se recomienda evaluación cito-colposcópica con estudio de canal cervical cada seis meses hasta que se opere, para descartar invasión oculta en endocervix y detectar lesiones de NIVA.

3. Se recomienda individualizar la prolongación del seguimiento a mujeres en las que exista un riesgo elevado de recidivas o de lesiones de otras localizaciones del TGI.

PACIENTE INASISTENTE A CONSULTA

Según organismos internacionales (OMS, OPS) el éxito para reducir la mortalidad por cáncer cervicouterino radica, en la óptima cobertura y el efectivo diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las mujeres con LIEC. Teniendo en cuenta este criterio es preciso conocer que se considera inasistente a la consulta, cuando una mujer no acude de manera total o parcial al diagnóstico, tratamiento o seguimiento, según el momento en que se encuentre.

Inasistente al diagnóstico: Cuando la mujer tiene una citología anormal pero no se ha concluido el diagnóstico.

Inasistente al tratamiento: Cuando la mujer ya está diagnosticada con lesión cervical, pero no se ha realizado el tratamiento indicado.

Inasistente al seguimiento: La mujer ya fue diagnosticada y tratada, pero no acude al seguimiento con la periodicidad establecida de acuerdo al tipo de lesión cervical.

Causas que favorecen la inasistencia a CPC

1. Prioridad a los cuidados relacionados con la salud del resto de la familia.
2. Carga doméstica y laboral (doble jornada).
3. Miedo al cáncer.
4. Tabúes y creencias religiosas.
5. Desconocimiento sobre prevención y diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino (CCU).
6. Repetición de la citología anormal en varios lugares en busca de que la citología inicial «este equivocada o mal realizada».
7. Asisten a otra CPC (dentro o fuera de la provincia) en busca de especialistas de mayor experiencia o de mejor atención.
8. Acuden a un hospital clínico quirúrgico para que «la operen» porque consideran que ese es el tratamiento efectivo.

De las causas a considerar en esta problemática de la inasistente a CPC, las cuatro primeras son más complejas porque van a depender de factores socio culturales en lo que tienen que intervenir diferentes instituciones y requieren más tiempo para modificarlos.

El resto de las causas si bien pueden ser más o menos complejas, las características de nuestro sistema de salud permiten regular, modificar y exigir diferentes acciones y medidas, que eliminen o reduzcan la inasistencia a situaciones plenamente justificadas.

Acciones para reducir la inasistencia a CPC

1. Divulgar por todos los medios masivos de comunicación, la importancia del diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y seguimiento de las mujeres con citologías anormales.

2. Divulgar por todos los medios de difusión masiva que la citología realizada en el consultorio:
 - Se diagnostica en laboratorios especializados del país.
 - Ante una citología anormal siempre se debe realizar colposcopia en CPC.
 - La repetición de una citología anormal es por indicación médica.
 - Una citología negativa después de una anormal, no asegura que no exista lesión cervical.

3. Cuando una mujer se atiende en una CPC que no le corresponde por regionalización, siempre debe hacer el traslado con la copia de su tarjeta para que se pueda incorporar a la nueva consulta.

4. Las enfermeras responsables de la pesquisa y el EBS en la APS, deben asegurar el cumplimiento de las acciones establecidas para el control de las mujeres con citología anormal.

CONTROL DE CALIDAD PARA LAS CONSULTAS DE PATOLOGÍA DE CUELLO

Intervalos entre las acciones de diagnóstico y tratamiento

- Entre el día de la citación y la fecha real de la consulta (BIEN 30 DÍAS HÁBILES / REGULAR 31 A 60 DÍAS / MAL 61 Ó MÁS)
- Entre el diagnóstico colposcópico y el diagnóstico histológico (BIEN 15 DÍAS / REGULAR 16 A 30 DÍAS / MAL MÁS DE 30 DÍAS)
- Entre el diagnóstico histológico y el tratamiento (BIEN HASTA 30 DÍAS / REGULAR 31 A 90 DÍAS / MAL MÁS DE 90 DÍAS)
- Se revisarán no menos de 10 tarjetas al azar por cada concepto y se promedia el porcentaje de cada uno.

Del diagnóstico y tratamiento

- Biopsias adecuadas para diagnóstico: 90%
- Biopsias con LIEC o cáncer: 85%
- Correlación entre biopsia y colposcopia:(mayor) > 80%
- Precisión colposcópica con lesión de alto grado: (mayor) > 80%
- Cáncer micro o invasor inadvertido por el examinador: (menor) < 20%
- Márgenes libres de lesión: (mayor) > 85%
- 1. Márgenes con lesión residual: (menor) < 10%
 - Complicaciones post-tratamiento: (menor) < 5%

Del seguimiento

Primera citología postratamiento negativa: (mayor) > 90%

Se revisará por el jefe de las CPC, el cumplimiento de cada indicador con frecuencia semestral, y por los evaluadores externos según programación.

Fórmula para obtener índice de BSQ libres

Número especímenes obtenidos por Radiocirugía con BSQ libres lesión

Número total de especímenes obtenidos por Radiocirugía

X 100

GRUPOS ESPECIALES

I. MUJERES MENORES DE 25 AÑOS

Manejo de las LIEC en las mujeres menores de 25 años

La OMS denomina **adolescentes**, al grupo de edad que está entre los 10 a 19 años y **jóvenes** al que se encuentra entre los 10 y 24 años. Aproximadamente un cuarto de la población global se encuentra clasificada como jóvenes.

En Cuba los adolescentes ocupan el 12.3% (1 millón 387 mil 696) de la población total, según datos del Anuario Estadístico de Salud 2015.

Existen varios factores fisiológicos y sociales que hacen a la adolescente más vulnerable (que a otro grupo de la población) a las ITS, en particular la infección por HPV, dentro de ellos se incluyen:

- Susceptibilidad biológica real, por la presencia de la ectopia cervical congénita.
- Metaplasia escamosa inmadura que ocurre en la ZT y constituye un terreno fértil para la infección por el HPV.
- Alteraciones cito-histológicas que acompañan a la infección por HPV.
- Práctica de conductas sexuales de riesgo (inicio precoz, múltiples parejas sexuales, varón promiscuo).
- No protección en las relaciones sexuales.

La LIEC se diagnostica en mujeres jóvenes y adolescentes cada vez con mayor frecuencia, lo que favorece la decisión de realizar sobre tratamientos que pueden comprometer la salud reproductiva de estas pacientes.

Por tal motivo, es preciso considerar para el manejo del diagnóstico y tratamiento de estas afecciones, los siguientes aspectos:

- La infección por HPV es una enfermedad de transmisión sexual común y muestra poca persistencia entre las adolescentes y jóvenes.
- Se sugiere la naturaleza benigna de las LIE BG/LSIL en adolescentes según estudios recientes.
- El 90% de las LIE BG/LSIL (VPH y NIC I) regresan a la normalidad en un período de 12 a 36 meses.
- La NIC I es biológicamente similar a la infección por HPV, ambas se consideran infecciones agudas y transitorias.
- Numerosos episodios de infección por HPV y algunos de NIC I y NIC II en esta etapa de la vida, no evolucionan a NIC III y cáncer.
- La LIE AG/HSIL se diagnostica en número creciente en esta etapa de la vida, aunque en menor proporción que las de bajo grado
- Solo el 3% de las HPV negativas y el 7% de las positivas, desarrollan una LIE AG/HSIL, después de una Infección por HPV (según estudios internacionales).

Recomendaciones

- Seleccionar la conducta expectante cuando se confirme la LIE BG/LSIL a las adolescentes y jóvenes con adherencia al seguimiento.
- Decidir una conducta activa (excisión electro quirúrgica con asa (LEEP), excéresis de la ZT con asa grande (LLETZ) y Crioterapia), pero conservadora, ante la confirmación diagnóstica de una LIE AG/HSIL.
- El cono con bisturí frío en esta etapa de la vida incrementa el riesgo de patología obstétrica futura.

Consideraciones para el diagnóstico y tratamiento en mujeres menores de 25 años

- No se pesquiza a las adolescentes y jóvenes debido a que:
 - Existe mayor regresión para las LIEC en esta etapa de la vida.
 - La tasa de incidencia de cáncer invasor es cero en las adolescentes y hasta 0,7 en el grupo de 20 a 24 años.
 - Provoca sobre indicación de estudios colposcópicos.
 - Favorece el sobre tratamiento.
- La Citología orgánica se realiza cuando:
 - Está en estudio alguna afección cervical en una joven con más de tres años del primer coito.
 - Durante el seguimiento de una LIEC tratada.
- Para realizar los procedimientos diagnósticos es necesario tener en cuenta que:
 - La colposcopia se realiza por el especialista de mayor experiencia y si es necesario solicitar segunda opinión.
 - La biopsia previa al tratamiento es mandatorio.
 - Cuando el resultado histológico corresponde a LIE AG/HSIL o no existe correlación colpo/histológica, se recomienda buscar segunda opinión antes de realizar el tratamiento.
- Para seleccionar el tratamiento conservador es preciso tener en cuenta:
 - Edad.
 - Paridad.
 - Tamaño de la lesión (número de cuadrantes).
 - Estudio del canal endocervical.
 - Correlación cito – colpo – histológica.
 - Posibilidad de seguimiento.
 - Disponibilidad de equipos.
- Los métodos de tratamientos recomendados en esta etapa de la vida son:
 - TDL: Se recomienda la crioterapia o electrocoagulación, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:
 - La lesión debe estar situada en una ZT tipo I (totalmente visible).
 - La lesión no debe ocupar más de un cuadrante.
 - El canal endocervical debe estar libre de lesión.
 - Es preciso cumplir estrictamente los requisitos del proceder.
 - Tratamiento escisional con radiocirugía: Es preciso tener en cuenta que el tejido a eliminar es solo el afectado y se describen tres formas:
 - Excéresis solo de la lesión (LEEP).
 - Excéresis de la ZT (LLETZ).
 - Conización cervical: La conización cervical que incluya parte del canal endocervical, solo se realizará a las pacientes que hayan parido, portadoras de LIE AG/HSIL con componente endocervical no visible (ZT tipo III).

Manejo de las LIE BG/LSIL en mujeres menores de 25 años

- La conducta expectante es la de elección y conlleva los siguientes aspectos:
 - Adherencia al seguimiento.
 - Eliminar la infección vaginal.
 - Orientaciones nutricionales
 - Orientaciones sobre higiene sexual.
 - Suplementos vitamínicos si necesario.

- Inmunomoduladores si es necesario.
- Promover estilos de vida saludables.
- Orientaciones a la pareja.
- Consentimiento informado de la joven y del padre o tutor.
- Vigilancia cito-colposcópica cada seis meses.

La conducta expectante debe ser un componente intencionado y controlado.

- La observación se realizará por un periodo no menor de dos años, que se puede extender a tres años.
- Se realizará tratamiento cuando:
 - Persiste la lesión por dos años o más.
 - Aparece una LIE AG/HSIL en el periodo de observación.
- Métodos de tratamiento:
 - TDL (de elección)
 - La radiocirugía puede realizarse cuando la lesión se encuentra en una
 - ZT tipo III (componente endocervical no visible).
 - En inaceptable la conización con bisturí frío o la histerectomía. **(Anexo No.18)**

Manejo de las LIE AG/HSIL en mujeres menores de 25 años.

- El tratamiento conservador escisional es el de elección:
 - Se realiza excéresis de la lesión (LEEP), cuando es pequeña y/o circunscrita a un cuadrante y es totalmente exocervical (ZT tipo I).
 - Se realiza excéresis de la ZT (LLETZ), cuando la lesión ocupa más de un cuadrante, o tiene un componente endocervical totalmente visible (ZT tipo II).
 - Se realiza conización que interese canal (selectivo en jóvenes con partos anteriores) cuando la UEC no es visible, con un componente endocervical no visible (ZT tipo III).
 - El Multiponche es una opción selectiva para lesiones pequeñas.
 - No realizar de rutina excéresis del canal endocervical.
- El TDL es de indicación selectiva en adolescentes con lesiones pequeñas de uno o dos cuadrantes, sin compromiso endocervical (Ver consideraciones para diagnóstico y tratamiento en mujeres menores de 25 años).
- La conducta expectante es estrictamente selectiva y se deben cumplir los siguientes requisitos:
 - Preferiblemente en NIC II confirmado por histología.
 - Menor de 20 años
 - UEC visible.
 - Cepillado de canal endocervical normal.
 - Afectación colposcópica en un cuadrante.
 - Adherencia al seguimiento.
 - Decisión en equipo **(Anexo No.19)**

Consideraciones generales

1. En esta etapa de la vida es importante:
 - Evaluar costo/beneficio entre los riesgos del tratamiento y la progresión de la lesión.
 - Individualizar la indicación.
 - Tomar decisiones en equipo (sin premura)
 - Evitar tratamientos invasivos.
 - Destruir con la cirugía solo el tejido afectado para no comprometer la fertilidad.
 - Atender en equipo multidisciplinario.
 - Preservar la capacidad reproductiva.
2. Antes de realizar cualquier proceder en esta etapa, tener en cuenta:
 - Consentimiento informado.
 - Preparación psicológica a la paciente y familiares.
 - Eliminar infección vaginal.
 - Realizar bajo visión colposcópica.
 - Gentileza en el proceder.
 - Realizar técnica depurada.
3. El seguimiento se realiza de la siguiente forma:
 - LIE BG/LSIL: realizar control cito – colposcópico cada 6 meses el primer año, después anual de dos a tres años.
 - LIE AG/HSIL: realizar control cito – colposcópico cada 6 meses el primer año y después anual hasta que alcance los 25 años de edad y se incorpore a la pesquisa según corresponda.

II. MUJERES EMBARAZADAS

Manejo de mujeres embarazadas con resultado de citología orgánica anormal

La CO se debe hacer a la mujer embarazada durante el primer trimestre (antes de las 14 semanas), si no tiene actualizada la citología de la pesquisa (dentro de los tres años vigentes). Si la tiene actualizada, no se realiza de rutina durante el embarazo, sino cuando le corresponda.

Si la paciente antes de salir embarazada, se encuentra en seguimiento en la CPC y esta tratada, solo debe asistir a esta consulta cuando le corresponda según la etapa del seguimiento en que se encuentre.

Cuando el resultado citológico es anormal, la embarazada constituye parte de un grupo especial para el manejo de la citología, debido a que es preciso tener en cuenta dos consideraciones importantes:

- No utilizar procedimientos invasivos que afecten la salud materno/fetal.
- Excluir el cáncer invasor.
- Ante cualquier resultado citológico anormal en la embarazada, se debe realizar estudio colposcópico por el especialista más experimentado de la consulta, para lograr que el proceder se realice en el menor tiempo posible y que la localización e interpretación de los hallazgos colposcópicos, sean confiables. El objetivo fundamental es definir una conducta a seguir adecuada. Si el resultado citológico informa Cáncer Invasor, se debe excluir la enfermedad invasora con seguridad. **(Anexo No.20)**

Consideraciones sobre la biopsia

- La biopsia durante el embarazo no está contraindicada; pero se debe prever un sangramiento más profuso que el usual y conlleva un riesgo pequeño de aborto espontáneo, por lo que se debe ingresar la paciente para realizar el procedimiento.
- La biopsia durante el embarazo está indicada cuando existe sospecha colposcópica de LIE AG/HSIL o cáncer invasor.
- Se puede realizar en cualquier momento del embarazo, aunque el II trimestre (alrededor de las 16 semanas) es el periodo óptimo.
- Es responsabilidad del especialista de mayor experiencia, realizarla bajo visión colposcópica y en la zona de mayor significación.
- El método de elección es la biopsia por sacabocados.
- El legrado endocervical está contraindicado durante el embarazo.
- No se recomienda el cepillado endocervical (cuando la lesión colposcópica penetra en canal).
- Para evitar complicaciones (sangramientos, infecciones, entre otras), se debe tener en cuenta:
 - La indicación precisa.
 - Que no exista infección vaginal.
 - Reducir el número de muestras.
 - Que no existan factores de riesgo relacionados con aborto o parto pre término.
- Es importante hacer biopsia de cualquier lesión sospechosa de cáncer (sin importar el resultado citológico), ya que el índice de citología falsa negativa es muy alto, cuando existe enfermedad invasora en el embarazo.
- La colposcopia sola sin biopsia dirigida, conlleva a un riesgo importante de subestimar la gravedad de la lesión cervical.
- La decisión de no realizar la biopsia en presencia de lesión sugestiva de cáncer invasor, depende de la evaluación de un equipo multidisciplinario que valore los riesgos de morbilidad materna y perinatal, acorde al trimestre del embarazo en que se encuentre la paciente.
- La presencia de lesiones clínicas francamente invasoras en el tercer trimestre del embarazo, se pueden manejar sin biopsia, previo consentimiento informado de la paciente.

Consideraciones sobre la conización diagnóstica

- La indicación de conización diagnóstica durante el embarazo se restringe a:
 - Sospecha de microinvasión en el examen colposcópico o estudio histológico realizado.
 - Citología francamente maligna, con sospecha de cáncer invasor en el examen colposcópico y no se pueda descartar con la biopsia dirigida.
- El II trimestre del embarazo es el periodo óptimo para realizar la conización, ya que en el primer trimestre se eleva el riesgo de aborto.
- Realizar en salón de operaciones por especialista experto.

- Se recomienda la técnica con bisturí frío.
- La técnica de aradiocirugía requiere un operador experto y electrodos de alta calidad para impedir el daño tisular del espécimen
- La conización durante el embarazo puede acompañarse de complicaciones hemorrágicas, partos prematuros y mortalidad perinatal.
- La decisión de realizar o no la conización diagnóstica, depende de la evaluación de un equipo multidisciplinario que valore los riesgos de morbilidad materno/perinatal y del proceder en sí, previo consentimiento de la paciente.

MANEJO DE LAS LIE DURANTE EL EMBARAZO

LIE BG/LSIL

- La citología LIE BG/LSIL no requiere de la realización de procedimientos durante el embarazo (con o sin signos colposcópicos de bajo grado).
- No se contraindica el parto transpelviano.
- La evaluación definitiva se realiza a los tres meses después del parto.

LIE AG/HSIL

- La citología LIE AG/HSIL sin lesión colposcópica, requiere repetir citología y colposcopia en el II y III trimestre. Si se mantiene sin lesión se evaluará a las seis semanas post parto.
- La citología LIE AG/HSIL con lesión colposcópica sugestiva de alto grado, requiere realizar biopsia dirigida bajo visión colposcópica, sino existen contraindicaciones maternas/fetales.
- Si hay confirmación histológica del alto grado se realiza colposcopia en el II y III trimestre.
- El tratamiento definitivo se realizará seis semanas después del parto.
- No se contraindica el parto transpelviano.

Consideraciones y manejo del carcinoma microinvasor

- El diagnóstico durante la primera mitad del embarazo, implica la interrupción de la gestación previo consentimiento informado de la mujer.
- Cuando se diagnostica por biopsia en la primera mitad, es necesario valorar la posibilidad de realizar conización diagnóstica de acuerdo a riesgos, previo consentimiento informado.
- Cuando se confirma el diagnóstico de cáncer microinvasor mediante conización cervical con márgenes negativos, se recomienda seguimiento hasta el momento de la viabilidad fetal.
- Si no se puede realizar la conización diagnóstica por el rechazo de la embarazada, por la edad gestacional o por otra contraindicación, se realizará evaluación colposcópica en cada trimestre y se interrumpirá el embarazo por cesárea clásica (corpórea) con feto maduro.
- La vía del parto debe ser por cesárea electiva segmento corpórea.
- No se recomienda histerectomía post cesárea por la alta morbilidad operatoria.
- El tratamiento definitivo se realizará a las seis semanas de la cesárea.

Consideraciones sobre el cáncer cervicouterino invasor en el embarazo

- El cáncer cervical en el embarazo no es frecuente, por lo que cuando aparece implica un dilema clínico.
- Ante cualquier sospecha de enfermedad invasora es preciso realizar citología, colposcopia y estudio histológico para confirmar diagnóstico, ya que de esto depende el resultado final del embarazo.
- Cuando el tumor es visible, la biopsia dirigida debe ser amplia para establecer el diagnóstico.
- En el caso de sospecha sin lesión clínica, está indicada la conización diagnóstica hasta el I mitad del embarazo, en iguales situaciones de riesgo y conducta, que para el microinvasor.
- Ante un proceso hemorrágico durante el embarazo sin causa determinada, se debe hacer estudio colposcópico para excluir cáncer cervical oculto.
- Para establecer el diagnóstico y decidir la conducta, es importante tener en cuenta los siguientes factores:
 - Edad de la gestación.
 - Tamaño y etapa del tumor.
 - Deseos de la mujer de conservar su embarazo.
 - Asesoramiento de riesgos y opciones terapéuticas

Manejo del cáncer invasor en la primera mitad del embarazo

- La conducta apropiada es iniciar el tratamiento con radiaciones (con feto in situ), para lograr la expulsión del producto y continuar el tratamiento.
- Si la paciente se niega a interrumpir el embarazo y decide posponer el tratamiento, el seguimiento y control materno - perinatal se realiza bajo condiciones especiales. Según estudios realizados, el cáncer cervical parece no afectar adversamente al feto, no obstante, la terminación del embarazo debe ser con feto viable previa maduración pulmonar.
- La vía del parto será por cesárea clásica (corpórea).
- El tratamiento definitivo se realizará a las seis semanas. **(Anexo No. 21)**

Manejo del cáncer invasor en la segunda mitad del embarazo

- Es una difícil y delicada situación para abordar desde todos los puntos de vista.
- Se impone la vigilancia estricta del binomio hasta la viabilidad fetal.
- Previa maduración pulmonar se interrumpe el embarazo por cesárea corpórea.
- El tratamiento definitivo se realizará a las seis semanas.
- No se recomienda realizar tratamiento quirúrgico inmediato post cesárea debido a:
- Imposibilidad de estadiar clínicamente el caso, ya que el volumen del útero impide definir si es quirúrgico.
- Sangramiento profuso, por las condiciones vasculares e inmunológicas del embarazo
- Riesgo para realizar cualquier proceder quirúrgico inmediato, por las pérdidas hemáticas fisiológicas, propias del parto. **(Anexo No. 22)**

III. MUJERES CON VIH/SIDA

En el proceso diagnóstico terapéutico de las mujeres con lesiones preinvasoras o invasoras del cérvix uterino, resulta importante considerar el grado de afectación del sistema inmunológico, no solo por considerarse un cofactor significativo en la génesis del cáncer, sino también porque puede influir en las decisiones terapéuticas y en el seguimiento, para controlar la enfermedad.

Las mujeres con VIH tienen mayor riesgo de infecciones persistentes por HPV, de lesiones precancerosas, así como mayor probabilidad de desarrollar cáncer y morir por esta causa.

El índice de progresión de la enfermedad en mujeres inmunodeprimidas es más alto y más rápido, que en mujeres sin inmunodepresión. Los índices de recurrencia pueden llegar hasta un 54% en mujeres con función inmunitaria normal y a 87% en aquellas con cuentas de CD4 menores de 200 cel/mcl.

Recomendaciones para la pesquisa citológica en las mujeres con VIH/SIDA

- La pesquisa citológica se realizará a toda mujer sexualmente activa independiente de la edad, en cuanto se conozca el resultado positivo de la prueba de VIH.
- Las mujeres VIH positivo con función inmunitaria normal se realizarán la citología cada tres años.
- Las mujeres VIH positivo inmunodeprimidas, se valorarán con citología y colposcopia, cada año.
- La vigilancia cito-colposcópica se debe ajustar según el riesgo individual de padecer LIEC o cáncer cervical.

Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de LIE escamosa o glandular del cuello uterino (sin importar el grado) en una mujer con VIH/SIDA:

- La técnica para realizar la colposcopia, biopsia o legrado endocervical, no se modifica porque una mujer sea VIH positivo.
- Es de elección el tratamiento escisional.
- No realizar TDL, pues el índice de curación es bajo.
- Tener en cuenta en la selección del tratamiento el alto riesgo de recidiva.
- Después de cualquier procedimiento en estas pacientes, puede aumentar la eliminación de virus, por lo que debe abstenerse de relaciones sexuales hasta su recuperación.
- Evaluar por colposcopia el TGI durante el seguimiento para diagnosticar precozmente las LIE de vulva, vagina, periné y región perianal.
- Establecer el seguimiento colpo – citológico de acuerdo a lo establecido para cada tipo de lesión y mantenerlo de por vida.

Tratamiento del cáncer cervicouterino en mujeres con VIH

- Requiere evaluación por equipo multidisciplinario del nivel terciario.
- La evaluación es individual, por la presencia de enfermedades crónicas que puedan afectar más su estado inmunitario y su capacidad para tolerar la terapia anticancerosa inmunodepresora.

Consideraciones generales

- La mujer con VIH-SIDA se atenderá en la CPC que le corresponda según regionalización.
- Se aplicarán las medidas de asepsia y antisepsia establecidas.
- Indicarle VIH a todas las mujeres con citología anormal.
- Se aplicarán las medidas de protección establecidas.

CONSIDERACIONES PARA LA ATENCIÓN DE MUJERES CON LESIONES CERVICALES PREINVASORAS E INVASORAS EN HOSPITALES CLÍNICO QUIRÚRGICOS

ASPECTOS A CONSIDERAR:

- Toda mujer con citología orgánica anormal debe ser valorada en CPC para realizar el diagnóstico definitivo.
- Resulta inaceptable decidir cualquier proceder quirúrgico a una mujer con citología anormal sin estudio previo en CPC.
- La decisión del proceder quirúrgico ante una paciente con resultado histológico de lesión preinvasora o invasora, debe ser evaluada por especialistas de la CPC y/o oncólogos, según corresponda.
- Es inaceptable realizar conización con bisturí frío o histerectomía a una mujer menor de 25 años por LIE (de cualquier grado) sin previa valoración en la CPC.
- No debe realizarse histerectomía a una mujer menor de 30 años con resultado histológico de NIC I (lesión de bajo grado) sin previa valoración por el especialista de la CPC.
- Para decidir histerectomía ante patologías benignas ginecológicas es preciso tener en cuenta:
 - Resultado negativo de citología orgánica.
 - Valoración por CPC si tuviera antecedentes de patología preinvasora.

.....

ATENCIÓN ONCOLÓGICA

Dentro de las variantes histológicas del cáncer cervicouterino, el carcinoma escamocelular (epidermoide) comprende aproximadamente el 90 % de los cánceres cervicales, mientras que el adenocarcinoma representa aproximadamente el 10 % de los mismos. Los carcinomas adenoesquamosos y carcinomas de células pequeñas, son relativamente poco frecuentes. Otros tipos histológicos como los sarcomas primarios cervicales y los linfomas malignos se han descrito ocasionalmente.

En la actualidad, el abordaje del tratamiento de esta enfermedad es multidisciplinario e incluye la cirugía (que abarca desde la conización del cuello hasta la operación radical de Wertheim-Meigs), el uso de radiaciones ionizantes (Braquiterapia y teleterapia) y la quimioterapia.

Resulta de vital importancia tener en cuenta:

I. ANATOMÍA

Subsitios anatómicos

- Endocérvix.
- Exocérvix

Ganglios linfáticos regionales

- Ganglios paracervicales
- Ganglios parametrales
- Ganglios obturadores
- Ganglios iliacos internos
- Ganglios externos y comunes
- Ganglios presacros y sacros
-

II. SISTEMÁTICA DIAGNOSTICA

1. Anamnesis

Precisar historia obstétrica y ginecológica, antecedentes personales de lesión en el cuello uterino y familiares, de cáncer cervicovaginal. Sobre los síntomas actuales, determinar referencias al tiempo y secuencia de aparición de los mismos.

- Sangramiento post-coital y/o dispareunia
- Dolor vaginal o pélvico al esfuerzo físico
- Secreción vaginal fétida, entre otros.

2. Exámen físico

- General
- Ginecológico, que debe incluir el tacto bimanual, vaginal y rectal, examen con espéculo para visualizar el cérvix y vagina, con la intención de poder describir el volumen y características del tumor, así como la infiltración a parametrios y paredes pélvicas, si existieran.
- Colposcopia y Test de Schiller, para dirigir la biopsia por ponche al área sospechosa de cáncer.

3. Exámenes complementarios

- Estudios de laboratorio clínico
 - Hemograma con diferencial para tratar la anemia, si existiera.
 - Serología y VIH.
 - Coagulograma.
 - Sedimento urinario
 - Otros estudios habituales, según cuadro clínico de la paciente y criterio del médico de asistencia.
- Estudio de Imágenes
 - Rx. de tórax: a todos los casos para descartar metástasis pulmonar y como valoración preoperatoria.
 - Urograma descendente: se utiliza para evidenciar la presencia de dilatación de las vías urinarias excretoras.
 - Ultrasonido hepático y abdominal.
 - Tomografía Axial Computarizada (TAC) de abdomen y pelvis: para evaluar el estado de los ganglios abdominales y caracterizar la lesión primaria.
- Estudios endoscópicos
 - Cistoscopia: Si existe sospecha de infiltración vesical, ya que permite describir la lesión y realizar la biopsia.
 - Rectoscopia: si existe sospecha de infiltración del recto (por tacto rectal) o en dependencia de la sintomatología de la paciente.
- Estudios de Anatomía Patológica
 - Biopsia por ponche de cérvix: para diagnóstico definitivo.
 - Conización: tiene doble objetivo, diagnóstico y terapéutico en los casos de carcinoma *in situ*. En el carcinoma microinfiltrante permite apreciar la extensión y profundidad de la enfermedad.
 - Estudio anatomopatológico del espécimen quirúrgico.

III. ESTADIAMIENTO

El carcinoma cervical tiene sus orígenes en la UEC, ya sea en el canal endocervical o en la porción cervicouterina. La verdadera lesión precursora es la Displasia Severa o Carcinoma *in situ* (NIC III/CIS), que posteriormente puede convertirse en Cáncer Invasor. Este proceso puede ser muy lento.

Algunos estudios longitudinales revelan que del 30 al 70 % de las pacientes con carcinoma *in situ* sin tratar, desarrollarán carcinoma invasor en un período de 10 a 12 años. Sin embargo, alrededor del 10 % pueden progresar de *in situ* a invasor, en periodo inferior a un año.

A medida que se hace invasor, el tumor irrumpe a través de la membrana basal e invade el estroma cervical. La extensión del tumor cervical puede manifestarse en último término como una ulceración, tumor exofítico o infiltración extensa del tejido subyacente, incluyendo la vejiga o el recto, además de la invasión local.

El carcinoma cervical puede diseminarse por los linfáticos regionales o del torrente sanguíneo. La diseminación tumoral generalmente es una función de la extensión e invasión de la lesión local. A pesar de que el cáncer cervical progresa de manera ordenada, ocasionalmente se puede presentar un tumor pequeño con metástasis distante.

Por este motivo, se debe evaluar cuidadosamente a las pacientes en búsqueda de enfermedad metastásica.

Las etapas se definen por la clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) o por la clasificación TNM del Comité Americano. (Anexos 23, 24 y 25)

IV. TERAPÉUTICA

TRATAMIENTO PRIMARIO CONSERVADOR (paridad no satisfecha)

Etapa IA1 (sin invasión del espacio linfovascular)

- Cono con margen negativo
- Si margen positivo
 - Reconizar
 - Traquelectomía

Etapa IA1 con invasión del espacio linfovascular y IA2.

- Cono con margen de seguridad + linfadenectomía pélvica.
- Si márgen (+) considerar:
 - Traquelectomía +linfadenectomía pélvica
 - Reconizar + linfadenectomía pélvica.

Etapa IB1

- Traquelectomía radical+linfadenectomía pélvica+ muestreo de los ganglios linfáticos para aórticos.
- No realizar traquelectomía:
 - si tumor mayor o igual a 2cm
 - células pequeñas de origen neuroendocrino
 - adenocarcinoma

TRATAMIENTO PRIMARIO CON PARIDAD SATISFECHA

Etapa IA, sin invasión del espacio linfovascular

- Cono con margen negativo e inoperable

Observación

- Cono con margen negativo y operable

Histerectomía extrafascial tipo 2

- Cono con margen positivo de displasia o carcinoma *in situ*

Histerectomía extrafascial tipo 2. Exéresis de anejos según edad.

Etapa IA₁ con invasión del espacio linfovascular y IA₂

- Histerectomía radical + linfadenectomía pélvica
- Radioterapia (RTP) pélvica + braquiterapia (BQT) (si inoperable o en desacuerdo con tratamiento quirúrgico)

Etapa IB1 y IIA1

- Histerectomía radical + linfadenectomía pélvica con muestreo de los ganglios linfáticos para aórticos
- RTP Pélvica + BQT + quimioterapia (QTP) concurrente.

En dependencia del informe del espécimen quirúrgico se recomienda:

a. Observación si:

- Ganglios linfáticos regionales negativos.
- Ausencia de invasión estromal profunda.
- Ausencia de invasión del espacio linfovascular.
- Bordes de sección quirúrgica libres.
- Parametrios negativos.

b. Tratamiento adyuvante con radioquimioterapia concurrente + BQT si una de las siguientes condiciones está presente:

- Ganglios linfáticos regionales positivos.
- Presencia de invasión estromal profunda (+ 1/3).
- Presencia de invasión del espacio linfovascular.
- Bordes de sección quirúrgica positivos.
- Parametrios positivos.
- Volumen tumoral (+ 4 cm).

Alternativa terapéutica si contraindicaciones quirúrgicas
En el caso de las pacientes con contraindicación quirúrgica, se obtienen los mismos resultados con el uso de radioquimioterapia concomitante: teleterapia pélvica + quimioterapia (platino 40mg/m² semanal) seguido de BQT-HDR, 4 aplicaciones en dos semanas

Etapa I B₂, II A₂ – IV A

- RTP Pélvica +BQT+ QTP concurrente.

El tratamiento de elección en estas pacientes consiste, en el uso de la radioquimioterapia concomitante: Teleterapia pélvica + QTP (platino 40mg/m² semanal) seguido de BQT- HDR con cuatro aplicaciones en dos semanas. (Anexo 26)

El adenocarcinoma tiene el mismo tratamiento por estadios que el carcinoma escamocelular.

V. SEGUIMIENTO POST TRATAMIENTO

Incluye los siguientes procedimientos:

Examen físico periódico.

- Citología orgánica cada 3 meses el primer año, cada 4 meses el segundo año, cada 6 meses del tercer al quinto año y posteriormente cada año de por vida, en casos no irradiados.
- Rx de tórax anualmente.
- Hemograma y estudio de los azoados cada seis meses.
- Otros estudios como TAC, resonancia magnética nuclear (RMN) y endoscopias no se recomiendan realizar de rutina, solo si clínicamente está justificado.
- Se puede sugerir el uso de dilatadores vaginales en las pacientes que recibieron radiaciones ionizantes como tratamiento.

En las pacientes sometidas a tratamiento con radiaciones ionizantes, se debe tener en cuenta la aparición de toxicidades tardías asociadas al uso de la misma, como cistitis y proctitis radioinducida.

VI. SITUACIONES ESPECIALES

a. Descubrimiento incidental de un carcinoma de cuello uterino en una histerectomía simple

- Estadio IA1 sin invasión del espacio linfovascular: Seguimiento de la paciente.
- Estadio IA1 con invasión del espacio linfovascular y Estadio IA2 o mayor con márgenes negativos las opciones de tratamientos son:
 - RTP Pélvica +BQT+ QTP concurrente.
 - Parametrectomía con linfadenectomía pélvica.

En dependencia del informe del patólogo sobre el espécimen quirúrgico.

1. Observación si:

- Ganglios linfáticos regionales negativos.
- Ausencia de invasión estromal profunda.
- Ausencia de invasión del espacio linfovascular.
- Bordes de sección quirúrgica libres.

2. Tratamiento adyuvante con radioquimioterapia concurrente si una de las siguientes condiciones está presente:

- Ganglios linfáticos regionales positivos.
- Parametrios positivos.
- Presencia de invasión estromal profunda.
- Presencia de invasión del espacio linfovascular.
- Bordes de sección quirúrgica positivos.

b. Manejo de la recurrencia o la persistencia pélvica

Es preciso tener en cuenta el tratamiento recibido, por lo que deben ser clasificados en dos grupos: pacientes tratados y no tratados con radioterapia previa.

- Pacientes no tratados con RTP previa: Se recomienda radioquimioterapia concurrente como tratamiento de rescate.

- Pacientes tratados con radioterapia previa:

En este grupo se valorará si la recurrencia o persistencia es central o no.

Recurrencia central: se valorará tratamiento quirúrgico de rescate

- Exenteración pélvica
- En caso de lesiones inferiores a 2 cm, histerectomía radical

Las pacientes con recurrencia central que presenten contraindicaciones para la cirugía, o con recaídas posteriores a una cirugía de rescate, se tratarán como las pacientes con recurrencia no central.

Recurrencia no central

- QTP sistémica utilizando regímenes basados en platino.
- Inclusión en ensayos clínicos.
- Mejor tratamiento de soporte.

c. Manejo de la recurrencia extrapélvica

En este grupo de pacientes es importante determinar la extensión de la enfermedad y la posibilidad de reseccabilidad.

▪ Enfermedad aislada

En los casos de metástasis aisladas únicas, se valorará la metastasectomía. El análisis será individualizado, pudiéndose realizar resecciones pulmonares, hepáticas, ganglionares y consolidando posteriormente con RTP y QTP.

Para las pacientes en los cuales no sea posible la opción anterior, se tratará como en la enfermedad diseminada.

▪ Enfermedad diseminada

- QTP sistémica con el uso de regímenes basados en platino.
- Inclusión en ensayos clínicos
- Mejor tratamiento de soporte

VII. MANEJO DE LA EMBARAZADA CON CÁNCER INVASOR

(ver grupos especiales)

VIII. CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuidados paliativos son un elemento esencial en el control del cáncer cervicouterino, ya que ayudan a afrontar los problemas asociados a una enfermedad potencialmente mortal, lo que mejora la calidad de vida de las pacientes y sus familiares.

Consiste en la prevención y alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor, y de otras formas de sufrimiento físico, psicosocial y espiritual. Ayuda a las personas con enfermedad avanzada, a tener dignidad y paz durante las fases difíciles y terminales de su vida.

El EBS del área donde reside la paciente, estará al tanto de la evolución y necesidades de toda mujer con cáncer invasor.

Ver libro de Cuidados al Final de la Vida, de la colección del PICC/.2012, disponible en la página web de Red de Conocimientos para el Control del Cáncer. www.instituciones.sld.cu/sicc

IV. IX. OTROS ASPECTOS A CONSIDERAR

- La remisión de la paciente al nivel terciario debe ser:
 - Con letra clara y legible
 - Con todos los datos necesarios.
 - Acompañada de las láminas y bloques de parafina, de las biopsias previas realizadas.
- Realizar el reporte de cáncer en el modelo establecido en la unidad donde se realice el diagnóstico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

¿Qué es el consentimiento informado?

Es un proceso de diálogo donde una persona con capacidad de decisión, recibe información comprensible y suficiente, que le sirve para tomar decisiones relacionadas con procedimientos diagnósticos o terapéuticos, así como los cuidados a recibir, a consecuencia de su enfermedad.

Con el consentimiento informado se pueden presentar algunas interrogantes tales como quién informa, a quién se le brinda la información, cómo se debe dar la información, hasta dónde hay que informar, pueden participar los familiares y la paciente, en qué lugar se realiza este acto, entre otros aspectos que a continuación se orienta como responder.

Aspectos a tener en cuenta para obtener el consentimiento informado:

- Ofrecer por un personal calificado o que atienda el proceso en la CPC.
- Proporcionar a la mujer toda la información necesaria acerca de lo que usted está a punto de hacerle y pídale que dé su consentimiento antes de emprender cualquier examen o procedimiento. No es ético solicitar el consentimiento informado de forma retroactiva.
- Dar participación en la conversación a los miembros de la familia, solamente si la mujer ha dado su permiso explícito.
- Respetar los deseos de la mujer y tener en cuenta que puede ser culturalmente importante, que participen otras personas en el proceso de toma de decisiones, por ejemplo, la pareja.
- Reducir la terminología médica a su mínima expresión y explicar cualquier tecnicismo sin equivalente local.
- Dibujar o valerse de dibujos para ilustrar sus explicaciones si le resulta útil.
- Ser claro y no utilizar palabras que la paciente no comprenda o resulten imprecisas, como neoplasia o crecimiento.
- Abordar todas las cuestiones importantes sin confundir a la mujer con explicaciones innecesarias.
- Dar tiempo a la mujer para asimilar lo que usted le ha dicho y luego permitirle que formule las preguntas que desee.
- Solicitar oficialmente su consentimiento una vez contestadas todas sus preguntas.
- Obtener el consentimiento informado (**ver anexo No. 6**)

La mujer debe dar su consentimiento antes de someterse a cualquier prueba de detección del cáncer cervicouterino y éste debe ser informado, entendiéndose por ello que ella ha comprendido lo que va a suceder, incluido los riesgos y las complicaciones de seguir o no con el procedimiento, y que además autoriza el mismo. Le tiene que quedar claro que no se adoptarán medidas punitivas de ningún tipo si rechazara dicho procedimiento.

¿Qué hacer durante la orientación?

- Garantice la intimidad.
- Salude a la mujer por su nombre y preséntese.
- Mire a la mujer a la cara, a menos que no sea culturalmente apropiado.
- Use maneras naturales y comprensibles.
- Sea comprensivo: póngase en el lugar de la mujer.
- Utilice un lenguaje corporal aprobador (asienta, sonría, etc., según convenga).
- Utilice un lenguaje sencillo y palabras que la mujer entienda.
- Conteste con la verdad a sus preguntas.
- Conceda suficiente tiempo a la sesión.
- Si ve que la mujer tiene dudas, invítela a volver más tarde para que le diga lo que ella (o su familia) han decidido.

¿Qué evitar durante la orientación?

- Parecer distraído (mirar el reloj, responder una llamada telefónica).
- Utilizar un tono de voz seco o actuar con impaciencia.
- Permitir interrupciones durante la visita.
- Interrumpir a la mujer.
- Ser crítico, sentencioso o grosero.
- Abrumar a la mujer con demasiados detalles o información que no viene al caso.
- Utilizar palabras propias del lenguaje médico que la mujer no entienda.
- Forzar una decisión; si ve que tiene dudas, invítela a volver más tarde para que le diga lo que ella (o su familia) han decidido.

LA ÉTICA EN LAS ACCIONES DE CONTROL DEL CÁNCER CERVICO UTERINO

Entre los problemas sociales que pueden desencadenarse en el proceso de pesquisa, detección precoz, diagnóstico y tratamiento de las lesiones cervicales relacionadas con el cáncer cervicouterino, está la violación de la ética médica.

En este capítulo no se pretende establecer todas las condicionales que puedan violar la ética médica, pero sí los momentos fundamentales en que puede ocurrir y cómo evitarlas.

El proceso se divide en varios momentos:

- Citación de las mujeres para pesquisa
- Toma de la muestra citológica
- Diagnóstico citológico.
- Información del resultado citológico.
- Citación a la consulta de patología de cuello.
- Visita a la consulta de patología de cuello.
- Realización de la biopsia.
- Procesamiento de la biopsia para diagnóstico y sus resultados.
- Procedimientos para tratamiento: criocirugía o electrocoagulación, conos por radiocirugía o bisturí frío, histerectomía simple o radical
- Resultado positivo de cáncer en estadios precoces (etapa 0 y 1A1)
- Resultado positivo de cáncer superior a estadio IA1 y su remisión a Oncoginecología.
- Tratamiento en Oncoginecología.
- Registro de Morbilidad por Cáncer del cuello uterino.
- Cuidados paliativos.
- Consentimiento Informado

Citación de las mujeres para pesquisa: Se realizará en dependencia de si es un caso nuevo, reexamen o repetición por resultado No útil, según lo establecido. La cita se realizará a cada mujer por la enfermera o brigadista sanitaria de la FMC; **nunca delante de los hijos o terceras personas.**

Realización de la citología: Las condiciones de privacidad para toma de muestra citológica y el uso del kit, son obligatorios para cada mujer, por lo que deben estar disponibles en el CMF o en el área destinada para ello. La violación de cualquiera de los pasos, desde la entrevista personal de la paciente, la no realización de la prueba en el lugar adecuado, hasta el entrenamiento previo del personal que va a realizar la citología, constituye violaciones de procedimientos que atentan de una manera u otra con la ética.

Diagnóstico citológico: El adecuado procesamiento de las muestras tomadas en la APS o en el hospital si fuera necesario, permitirá la correcta identificación de las láminas, lo que impide diagnósticos equívocos y el estrés adicional que genera la espera del resultado. El diagnóstico citológico será informado por la secretaria del laboratorio de citodiagnóstico o la jefa técnica, a la enfermera correspondiente de cada área y no directamente a la persona, de lo contrario se violaría los principios de la ética médica.

Información del resultado citológico: Se informará a la mujer por el médico o enfermera de la familia, independientemente del resultado. En caso de que sea anormal se explicará la repercusión en su vida personal, conyugal, familiar, profesional. y la necesidad de asistir a la CPC. Es de suma importancia brindar adecuada información relativa a la infección por HPV u otra infección detectada en la citología, ya que puede malinterpretarse por la paciente y adoptar posturas negativas en cuanto a su relación conyugal, familiar, etc. Recordar que la mayoría de estas infecciones son transitorias y regresan espontáneamente a la normalidad, en dependencia del estatus inmunológico y la presencia o no de factores de riesgo.

Citación a la Consulta de Patología de Cuello: Debe ser a través del médico o la enfermera de la familia, nunca a través de terceras personas, para lograr que la paciente conozca la importancia de su asistencia a la consulta en la fecha señalada. Este proceso debe ser sin sobreestimar o subestimar a la paciente, quien puede ver transgredida su intimidad por otras personas.

Visita a la Consulta de Patología de Cuello: Es preciso evitar violaciones como errores en la identificación de la tarjeta de la paciente, afectación de la privacidad, comentarios o conversaciones inadecuadas por parte del personal de la consulta, que genere rechazo por parte de la paciente.

Realización de la biopsia (por ponche o radiocirugía): Se realiza en la consulta y requiere de una adecuada relación médico-paciente, que permita la colaboración de la paciente con el procedimiento diagnóstico.

Procesamiento de la biopsia: En tal sentido se deben evitar violaciones de la ética tales como llenado incompleto de la indicación, identificación inadecuada de la muestra, incorrecta inscripción del caso o falta de cortes suficientes para diagnóstico, elementos que pueden producir trastornos insalvables en muchas ocasiones, para la paciente sometida a este procedimiento.

El procesamiento de los especímenes debe ser exhaustivo, acorde a las normas establecidas, y su resultado, enviado a la CPC a través de la secretaria del Departamento de Anatomía Patológica y debe ser recepcionado por la enfermera que atiende la misma. Este resultado será visto por el médico de la consulta y comunicado directamente por él a la paciente, nunca por la secretaria del laboratorio de Anatomía Patológica, la enfermera o la secretaria de dicha consulta, tampoco entregarán el informe a la paciente, aunque sea negativo. Cualquier resultado histológico debe ser interpretado por el médico de asistencia, quien explicará cual será el próximo paso a seguir.

Procedimientos para tratamiento de las LIE: Criocirugía o electrocoagulación, conos por radiocirugía o bisturí frío, histerectomía simple o radical. Requiere de una adecuada relación médico-paciente que permita la colaboración de la paciente con el proceder terapéutico, y se le explicará con detalles, los pasos y riesgos posibles.

Resultado positivo de cáncer en etapas precoces (0 y IA₁): Es necesario que el médico comunique a la paciente la conducta a seguir y la necesidad de seguir los algoritmos presentados en esta nueva Guía de Consenso, así como las posibles consecuencias de no cumplirlas. Es importante recordar que los procedimientos quirúrgicos establecidos para estas etapas, deberán ser realizados por personal e instituciones acreditadas al efecto por el Sistema Nacional de Salud.

Resultado positivo de cáncer en estadio Ib o superior: El resultado será comunicado a la paciente y sus familiares por el médico de la consulta, en un ambiente de privacidad, con lenguaje claro y comprensible, teniendo en cuenta que la carga emotiva puede ser muy alta. Es imprescindible explicar la importancia de su asistencia a la consulta de Oncoginecología, donde se realizará el diagnóstico completo e indicará tratamiento oncoespecífico, para así lograr extender la sobrevida e incrementar la calidad de vida de estas pacientes.

Tratamiento por Oncoginecología: Debe ser consensado por un equipo multidisciplinario que definirá la conducta según las características de cada caso. Se le explicará a la paciente tal decisión sin descuidar el por qué, los posibles resultados y la necesidad de cumplir la indicación hasta el final, con el objetivo de incrementar su calidad de vida. Es necesario contar con la ayuda primera de la paciente, luego de sus familiares, y además la de su médico de asistencia en la APS.

Registro de morbilidad por cáncer del cuello uterino: Es importante que se cumplan con rigor, los procedimientos establecidos por el Registro Nacional de Cáncer (RNC) para el llenado del reporte de cáncer. Dominar el reporte implica conocer el proceso de la enfermedad, la incidencia, prevalencia, además de la planificación de los recursos para este tipo de tumor maligno.

Cuidados paliativos: Se realizarán en la APS teniendo en cuenta los procedimientos establecidos en todos los órdenes, para la paciente, sus familiares y el equipo de salud. La adecuada preparación del personal de salud y de los familiares, permitirá aumentar la calidad de vida de la paciente en estadios avanzados de la enfermedad.

Consentimiento informado: Es indispensable cumplimentarlo por escrito; se llenarán dos modelos, uno para la historia clínica y otro se le entregará a la paciente, es preciso incluir todo proceder diagnóstico-terapéutico independientemente de la envergadura del mismo.

ABREVIATURAS

AIS	Adenocarcinoma in situ
AGC	Células glandulares atípicas
ASCCP	<i>American Society Colposcopic Cervical Pathology</i>
ASCUS	Células escamosas atípicas de significado indeterminado
AHRQ	<i>Agency for Health Care Research and Quality</i>
APS	Atención Primaria de Salud
BSQ	Bordes de sección quirúrgica
BQT	Braquiterapia
CO	Citología orgánica
CC	Cepillado canal endocervical
CCU	Cáncer cervicouterino
CIS	Carcinoma <i>in situ</i>
CMF	Consultorio del médico de la familia
CPC	Consulta de Patología de Cuello
CMPBC	Consulta Municipal Patología Benigna Cuello
CNEPS	Centro Nacional de Educación y Promoción de Salud
CIEO-3	Clasificación Internacional Enfermedades Neoplásicas, 3era
EBS	Equipo básico de salud
EMSUME	Empresa de Suministros Médicos
FMC	Federación de Mujeres Cubanas
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
GBT	Grupo Básico de Salud
GET	Grupo Especial de Trabajo
GET CCU	Grupo Especial de Trabajo Cáncer Cervicouterino
HPV	Virus del Papiloma Humano
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
ICRT	Instituto Cubano de Radio y Televisión
IFCPC	Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia
LIEC	Lesión Intraepitelial Cervical
LEC	Legrado endocervical
LEM	Legrado endometrial
LEEP	Escisión electroquirúrgica con asa
LIEBG/LSIL	Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado
LIEAG/HSIL	Lesión intraepitelial escamosa de alto grado
LLETZ	Excéresis con asa grande de la zona de transformación
NCCN	<i>National Comprehensive Cancer Network</i>
NIA	Neoplasia intraepitelial anal
NIC	Neoplasia intraepitelial cervical
NIC I	Neoplasia intraepitelial cervical grado I
NIC II	Neoplasia intraepitelial cervical grado II, III
NIG	Neoplasia intraepitelial blandular
NIV	Neoplasia intraepitelial vulvar
NIVA	Neoplasia intraepitelial vaginal
NCCN	<i>National Comprehensive Cancer Network</i>
MINSAP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PICC	Programa Integral para el Control del Cáncer
QTP	Quimioterapia
RTP	Radioterapia
RMN	Resonancia Magnética Nuclear
RNC	Registro Nacional de Cáncer
SICC	Sección Independiente de Control del Cáncer
SIE	Sistema de Información Estadística
SC-H	Células escamosas atípicas: no puede excluirse LIEAG/HSIL
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SUMASOHF	Test de Sangre Oculta en Heces Fecales
TAC	Tomografía Axial Computarizada
TGI	Tracto genital inferior
TECNOSUMA	Tecnología Suma
TDL	Tratamiento destructivo local
TNM	Clasificación del tumor, ganglio y metástasis
UEC	Unión escamo cilíndrica
VC	Videocolposcopio
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humano
ZT	Zona de transformación

GLOSARIO

DEFINICIONES

Colposcopia: Es el examen del TGI con el uso del colposcopio, instrumento óptico que permite la ampliación de imágenes después de la aplicación de ácido acético y lugol, para identificar las lesiones intraepiteliales cervicales y poder realizar la biopsia dirigida.

Colposcopia adecuada: Indica que se visualiza completamente la unión escamocolumnar y el margen de cualquier lesión visualizada con el colposcopio.

Diagnóstico escisional: Es el proceso de obtención de un espécimen de la ZT y el canal endocervical para estudio histopatológico, mediante el láser, bisturí frío, el proceder de excisión electroquirúrgica (LEEP), la excéresis amplia de la ZT electroquirúrgica (LLETZ) y la conización electroquirúrgica.

Estudio del canal endocervical: Es el proceso de evaluación del canal cervical mediante el cepillado o el *curetage* endocervical. La pinza endocervical de Kogan y el colposcopio, pueden evidenciar en ocasiones la porción inferior del canal cervical.

Muestra endocervical: Es la muestra del canal endocervical obtenida mediante el cepillo endocervical para el estudio citológico o el legrado/ *curetage* endocervical para el estudio histopatológico.

Muestra endometrial: Incluye la obtención de espécimen endometrial para estudio histopatológico, mediante dispositivo de aspiración, *curetage* o histeroscopia.

Mujeres fuera de la pesquisa: casos con menos de 25 años, más de 64 años y el realizado antes de los tres años.

Tamizaje: comienza desde la recepción de las muestras de las áreas inscripción, coloración, diagnóstico, pase de diagnóstico a los libros y registro, duplicar tarjeta de citologías con resultado anormal y gestionar el turno de la primera CPC, preparar y enviar el lote.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Agramunt S, et al. H-SIL en Adolescentes. Actualización y nuevas perspectivas. *Ginecología Obstetricia Clínica* 2009;10(3):152-156.
2. Agurto I, Arrossi S, White S, et al. Involving the community in cervical cancer prevention programs. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*.2005; 89 (Suppl 2): S38-S45.
3. Almonte M et al. Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina *Salud Pública Mex*, 2010, 52:544-559.
4. Alvarez C, et al. Actualización de la Estadificación de cáncer de cuello uterino. RAR- volumen 76. número 2-2012,pag. 169-171.
5. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer. *CA CANCER J CLIN* 2012; 00:000-000
6. Anttila A, Kotaniemi-Talonen L, Leinonen M, et al. Rate of cervical cancer, severe intraepithelial neoplasia, and adenocarcinoma in situ in primary HPV DNA screening with cytology triage: randomized study within organised screening programme. *BMJ*. 2010; 340:c1804.
7. Anuario Estadístico de Salud/MINSAP/Cuba. 2015.
8. Azim HA Jr, Azim H, Peccatori FA. Treatment of cancer during pregnancy with monoclonal antibodies: a real challenge. *Expert Rev Clin Immunol* 2010; 6(6):821-6
9. Bermudez A, Bhatla N, Leung E. Cancer of the cervix uteri. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 131(2015) S88-S95.
10. Blumenthal PD, Lauterbach M, Sellors JW, Sankaranarayanan R. Training for cervical cancer prevention programs in low-resource settings: focus on visual inspection with acetic acid and cryotherapy. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*.2005; 89(Suppl 2): S30-S37.
11. Bornstein J, Bentley J, Bosze P, Girardi F, Haefner H, Menton M, Perrotta M, Prendiville W, Russell P, Sideri M, Strander B, Torne A, Walker P. 2011 IFCCP colposcopic nomenclature.
12. Castle PE, Stoler MH, Wright TC Jr, Sharma A, Wright TL, Behrens CM. Performance of carcinogenic human papilloma virus (HPV) testing and HPV16 or HPV18 genotyping for cervical cancer screening of women aged 25 years and older: a subanalysis of the ATHENA study. *Lancet Oncol*. 2011; 12:880-890.
13. Cervical Cancer Screening in Developing Countries. Report of a WHO consultation.2012. ISBN 92 4 154572 0. 2012.
14. Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines). Cervical cancer Screening. Version 1. 2011
15. Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales. OMS. 2007. ISBN 978 92 4 354700 8.
16. Control de Calidad en Citología, Colposcopia y Estudios Anatomopatológicos. Dr. Víctor Llanos Arriaga, Dr. Drusso Vera Gaspar. Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior [AMATGi] Control de calidad en citología, colposcopia y estudios anatomopatológicos. Año III - Número 6 - Abril 2012.
17. Darragh TM, Colgan TJ, Thomas Cox J, Heller DS, Henry MR, Luff RD. et al. Members of the LAST Project Work Groups. The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization project for HPV-associated lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. *Int J Gynecol Pathol*. 2013; 32:76-115.
18. De Melo-Martin I. The promise of the human papillomavirus vaccine does not confer immunity against ethical reflection. *Oncologist*.2006; 11(4):393-396.
19. Demeter A, Sziller I, Csapo Z, Szantho A, Papp Z. Outcome of pregnancies after cold-knife conization of the uterine cervix during pregnancy. *Eur J Gynaecol Oncol* 2012; 23:207-10
20. De Palo G, Dexeus S, Chanen W. Neoplasia intraepitelial cervical. En: *Patología y tratamiento del tracto genital inferior*. Barcelona: Editorial Masson, Segunda edición.
21. Estrategia Nacional bases normativas y manejo de los pacientes con VIH-SIDA
22. Frappart L., Fontanière B., Lucas E., Sankaranarayanan: Histopathology of the uterine cervix-digital atlas. IARC. 2004.
23. Fruscio R, Villa A, Chiari S. Delivery delay with neoadjuvant chemotherapy for cervical cancer patients during pregnancy: a series of nine cases and literature review. *Gynecol Oncol* 2012; 126:192-7
24. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Guía clínica de la patología cervical. Enero 2008. Disponible en: <http://www.ivo.es/images3/patologia-cervical.pdf>. Citado 11 nov 2008.
25. Gambino A, Gorio A, Carrara L. Cancer in pregnancy: maternal and fetal implications on decision-making. *Eur J Gynecol Oncol* 2011; 32:40-5.
26. Ghaem-Maghami S, Sagi S, Majeed G, Sotter W. Incomplete excision of cervical intraepithelial neoplasia and risk of treatment failure: a meta analysis. *Lancet Oncol*, 2007, 8:985-993.
27. Guías y tendencias en el manejo de las lesiones escamosas intraepiteliales del cérvix uterino (leibg y leiag). Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior Año VI, No. 11, Octubre 2014. Sección 6.Hospital Civil de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara (U de G), Guadalajara, Jal. México.
28. Gurpreet Singh. Cancer in pregnancy. *Indian J Surg* 2009; 71:374-9
29. Hoellen F, Reibke R, Hornemann K, Thill M, Luedders DW, Kelling K et al. Cancer in pregnancy. Part I: basic diagnostic and therapeutic principles and treatment of gynecological malignancies. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 285:195-205.
30. http://www.ecured.cu/index.php/centro_nacional_de_promocion_y_educacion_para_la_salud.
31. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Comparison of risk factors for invasive squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix: collaborative reanalysis of individual data on 8,097 women with squamous cell carcinoma and 1,374 women with adenocarcinoma from 12 epidemiological studies. *Int J Cancer*. 2007; 120:885-891.

32. J. W. Sellors and R. Sankaranarayanan: La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes. Capítulo XIII: Tratamiento de la lesión intraepitelial cervical mediante escisión electroquirúrgica, Año 2003. pag 103-111.
33. Kirn V, Geiger P, Riedel Ch, Bergauer F, Friese K, Kainer F. Cervical conization and the risk of preterm delivery: a retrospective matched pair analysis of a German cohort. *Arch Gynecol Obstet* 2014; 36(2): 1-5.
34. Liu Y, Wang Y, Chen X, Chen H, Zhang J. Malignancies associated with pregnancy: an analysis of 21 clinical cases. *Ir J Med Sci* 2014; 19(2): 23-9
35. López-Alegría, F. Algoritmos de derivación y confirmación diagnóstica de citología cervical atípica: desafíos para la actualización. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2012; 77(4): 322 - 328.
36. Marcel H, Nilda; et al. Administración y Gestión de los servicios de enfermería. Editorial de Ciencias Médicas. Ciudad Habana, Cuba: 2006.
37. Marnitz S, Kohler C, Oppelt P. Cisplatin application in pregnancy: first in vivo analysis of 7 patients. *Oncology* 2010; 79(1-2):72-7
38. Martha María Chávez Valdivia, Alfredo Quiñones, Ileana Franco Zunda: Método para el Análisis histopatológico de especímenes del cérvix con NIC obtenidos por Radiocirugía. *Revista de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*. ISSN: 1727-897x 2006.
39. Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M et al. 2012 Updated Consensus Guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *Obstet Gynecol* 2012;121(4):829-46
40. Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al. 2012 ASCCP Consensus Guidelines Conference 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *J Low Genit Tract Dis*. 2013; 17:S1-27. doi: 10.1097/LGT.0b013e318287d329.
41. McIntyre-Seltman K, Lesnock JL Cervical cancer screening in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2008; 35:645-58
42. Melnikow J, McGahan C, Sawaya GF, Ehlen T, Coldman A. Cervical intraepithelial neoplasia outcomes after treatment: long-term follow-up from the British Columbia Cohort Study. *J Natl Cancer Inst* 2009; 101:721-728.
43. Morice P, Uzan C, Uzan S. Cancer in pregnancy: a challenging conflict of interest. *Lancet* 2012; 379:495-6.
44. Morice P, Uzan C, Gouy S, Verschraegen C, Haie-Meder C. Gynaecological cancers in pregnancy. *Lancet* 2012; 379:558-69
45. Moscicki AB. Management of adolescent who have abnormal cytology and histology. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2008;35(4): 633-43
46. Moscicki AB. Conservative management of adolescents with abnormal cytology and histology. *J Natl Compr Canc Netw* 2008;6 (1):101-6
47. Moscicki AB et al. Regression of low-grade squamous intra-epithelial lesions in young woman. *Lancet*, 2004, 364: 1678-1683.
48. Moscicki AB, Cox J. Practice improvement in cervical screening and management: Symposium on management of cervical abnormalities in adolescents and young woman. *Journal of lower genital tract disease*, 2010, 14:73-80.
49. N. Ismiil, Z. Gorab , A. Covens, S. Nofech- Mozes, R. Saad, V. Dubé and M.A. Khalifa: Intraoperative margin assessment of the radical trachelectomy specimen. *Gynecologic Oncology*. Volumen 113, Issue 1, April 2009, Pages 42-46.
50. National cancer institute, American Society of Cytopathology. Bethesda System Website Atlas. Available at:<http://nih.techriver.net/>. Accessed December 17, 2014.
51. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Cervical Cancer.V.I.2016.www.nccn.org
52. OMS. Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales, ISBN 978-92-4-354700-8. 2007.
53. OMS. Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica. Geneva, 2005.
54. OMS. Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales. ISBN 978-92-75-31879-9. 2016.
55. Pentheroudakis G. Cancer and pregnancy. *Ann Oncol* 2008; 19 (5):38-9
56. Pentheroudakis G. Cancer, fertility and pregnancy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2010; 21(5): 266-73.
57. Prevención del Cáncer cervicouterino. Instituto Nacional el Cáncer. Ministerio de Salud Argentina.
58. Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cervicouterino. 2001.
59. Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. Pautas para la Gestión. ECIMED 2010; ISBN 978-959-212-641-1.
60. Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. Manual de Procedimientos del Registro Nacional de Cáncer. ECIMED 2010; ISBN 978-959-212-642-8.
61. Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. Consenso Radiocirugía en el Tracto Genital Inferior. ECIMED 2011. ISBN 978-959-212-712-8.
62. Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. Control del cáncer en Atención Primaria de Salud. Experiencias cubanas. ECIMED; 2012. ISBN978-959-212-818-7.
63. Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. Estrategia nacional para el Control del Cáncer. ECIMED 2013. ISBN 978-959-212-815-6.
64. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cervicouterino. Ministerio de Salud Pública. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2001.
65. Rabaiotti E, Sigismondi C, Montoli S. Management of locally advanced cervical cancer in pregnancy: a case report. *Tumori* 2010; 96(4):623-6
66. Solomon D, Schiffman M. Have we resolved how to Triage euivocl Cervical Cytology? *Journal of the Nationl Cancer Institute*, Vol. 96, No 4, February 18, 2004. Oxford University.
67. Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, Raab S, Sherman M, Wilbur D, Wright T Jr, Young N; Forum Group Members; Bethesda 2001 Workshop. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA*. 2002 Apr 24; 287(16):2114-9.[Medline].

-
68. Solomon D, Nayar R. El Sistema Bethesda para informar la citología cervical. Definiciones, criterios y notas aclaratorias. Buenos Aires, Ediciones Journal, 2005.
 69. Soutter W, Sasleni P, Panoskaltis T. Long term risk of invasive cervical cancer after treatment of squamous cervical intraepithelial neoplasia. *Int J Cancer*, 2006; 118:2048–2055.
 70. Surbone A, Peccatori F, Pavlidis N. Why is the topic of cancer and pregnancy so important? Why and how to read this book. *Recent Results Cancer Res* 2008; 178:1–2
 71. Tae Hun Kim et al. Clinical Implication of p16, Ki-67, and Proliferating Cell Nuclear Antigen Expression in Cervical Neoplasia: Improvement of Diagnostic Accuracy for High-grade Squamous Intraepithelial Lesion and Prediction of Resection Margin Involvement on Conization Specimen. *J Cancer Prev*. 2015 Mar; 20(1): 70–77. doi: 10.15430/JCP.2015.20.1.70. PMID: PMC4384717.
 72. Terán Porcayo MA, Gómez del Castillo Rangel O, Barrera López N, Zeichner Gancz I. Cancer during pregnancy: 10-year experience at a regional cancer reference center in Mexico. *Med Oncol* 2007; 24:297–300
 73. The Royal College of Pathologists. Standards and Dataset for reporting Cancers: Dataset for histological reporting of cervical neoplasia. 2da edition. Junio 2008. citado en www.rcpath.org
 74. Transformaciones Necesarias en el Sistema de Salud Pública. MINSAP. 2010.
 75. Van Calsteren K. Pharmacokinetics of chemotherapeutic agents in pregnancy: a preclinical and clinical study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010; 89(10):1338–45.
 76. Wells M, Ostor AG, Crum CP, Francheschi S, Tommasino M, Nesland JM et al. Tumours of the uterine cervix: epithelial tumours. Tavassoli F.A. and Devilee, P. Editors. World Health Organization Classification of Tumours Pathology & Genetics Tumours of the Breast and Female Genital Organs. Lyon: IARC Press, 2003. CAMBIARE
 77. Wright TC, Massat LS, Dunton CJ, Spitzer M. 2006 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia or adenocarcinoma in situ. *Am J Obstet Gynecol* 2006; October; 340–5
 78. Wright TC Jr, Cox JT, Massad LS, Twiggs LB, Wilkinson EJ; ASCCP Sponsored Consensus Conference. 2001 Consensus Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. *JAMA* 2002; 287: 2120 – 2129.
 79. Xia T, Gao Y, Wu B, Yang Y. Clinical analysis of twenty cases of cervical cancer associated with pregnancy. *J Cancer Res Clin Oncol* 2014; 32(4): 23–8
 80. Yamazaki T, Inaba F, Takeda N, Huruno M, Kamemori T, Kousaka N et al. A study of abnormal cervical cytology in pregnant women. *Arch Gynecol Obstet* 2006; 273: 274–7
 81. Zappa M, Visioli CB, Ciatto S, Iossa A, Paci E, Sasieni P. Lower protection of cytological screening for adenocarcinomas and shorter protection for younger women: the results of a case-control study in Florence. *Br J Cancer*. 2004; 90:1784–1786.

ANEXOS

Anexo No.1

Clasificación de BETHESDA para estudio citológico

Tipo de Muestra: Indicar si se trata de un extendido convencional (Pap convencional).

Calidad de la muestra.

- **Satisfactoria** para evaluación (describir presencia o ausencia de células endocervicales o de la ZT y cualquier otro indicador de calidad (presencia de hematíes, células inflamatorias, etc.)
- **Insatisfactoria** para la evaluación (especificar razón)
 - **Muestra rechazada**/no procesada debido a: (la muestra no estaba rotulada el portaobjeto estaba roto, etc)
 - Muestra procesada y examinada, pero no satisfactoria para evaluación de anomalías epiteliales debido a: (abundantes hematíes, etc)

CLASIFICACIÓN GENERAL (opcional)

- Negativo para lesión intraepitelial o malignidad
- Anomalías de células epiteliales:
Ver interpretación/Resultado (especificar «escamoso» o «glandular» como apropiado)
- Otro: Ver interpretación/Resultado (por ej. células endometriales en una mujer > 40 años de edad)

INTERPRETACIÓN / RESULTADO

I. Negativo para Lesión Intraepitelial o Malignidad

MICROORGANISMOS:

- Trichomonas vaginalis
- Organismos micóticos morfológicamente compatibles con Candida spp
- Cambio en la flora vaginal sugestivo de vaginosis bacteriana
- Bacterias morfológicamente compatibles con Actinomyces spp.
- Cambios celulares compatibles con Herpes simple

OTROS HALLAZGOS NO NEOPLÁSICOS (Opcional para el reporte)

- Cambios celulares reactivos asociado con inflamación (incluye reparación típica)
 - radiación
 - Dispositivo intrauterino (DIU)
 - Células glandulares poshisterectomía
- Atrofia
- Células endometriales (en una mujer > 40 años de edad) (Especificar si es negativo para lesión escamosa intraepitelial)

II. ANORMALIAS DE CÉLULAS EPITELIALES

CÉLULAS ESCAMOSAS

- Células escamosas atípicas (ASC)
 - de significado indeterminado (ASC-US)
 - no puede excluirse HSIL (ASC-H)
- Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL) (incluye HPV/displasia leve/CIN 1)
- Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL) (incluye displasia moderada, severa y carcinoma in situ; (CIN 2 y CIN 3)
- Con hallazgos sospechosos de invasión (si la invasión es sospechada)
- Carcinoma escamoso

CÉLULAS GLANDULARES

- Células glandulares atípicas (AGC)
- células endocervicales (sin especificar (NOS) o especificar en comentarios)
- células endometriales (sin especificar (NOS) o especificar en comentarios)
- células glandulares (sin especificar (NOS) o especificar en comentarios)

- Atípicas
 - células endocervicales, sugestivas de neoplasia
 - células glandulares, sugestivas de neoplasia

- Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS)

- Adenocarcinoma
 - endocervical
 - endometrial
 - extrauterino
 - sin especificar (NOS)

III. OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: (especificar)

PRUEBAS AUXILIARES. Describir de manera breve los métodos utilizados e informar el resultado con vocabulario que el médico solicitante comprenda con facilidad.

NOTA EDUCACIONAL Y SUGERENCIAS (opcional)

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

Criterios mínimos de celularidad escamosa.

1. Extendidos convencionales.
Los extendidos convencionales de buena calidad contienen un mínimo aproximado de 8 mil–12 mil células epiteliales escamosas bien conservadas que se observan con claridad.

2. Células endocervicales y de la zona de transformación.
- El componente de la zona de transformación es aceptable si la muestra contiene al menos 10 células escamosas metaplásicas o endocervicales bien conservadas, aisladas o en grupos.
 - La presencia o ausencia del componente de la zona de transformación, se informa en la sección que consigna la calidad de la muestra, a menos que la paciente haya sido sometida a histerectomía total.

Factores que interfieren en la evaluación de la muestra.

- Las muestras en las que más del 75% de las células escamosas, no son claramente visibles para realizar la evaluación, se consideran insatisfactorias (No útil).
- En las muestras donde exista marcada citolisis, serán consideradas insatisfactorias aquellas en la que al menos casi todos los núcleos carezcan de citoplasma.
- Toda muestra que contenga células anómalas (células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), células glandulares atípicas (AGC) o malignas, es por definición, satisfactoria para la evaluación.

Nota: Para más información del tema revisar bibliografía referida

Anexo No. 2

Colorantes, reactivos y otros insumos necesarios a utilizar para cada 10 mil pruebas citológicas

- Hematoxilina de Harris -----10 frascos
- OG -----10 frascos
- EA50 -----10 frascos
- Ácido clorhídrico ----- 1 litro
- Xilol -----290 frascos (x 400 gr)
- Bálsamo de Canadá ----- 1500 gr
- Alcohol absoluto ----- 10 hl
- Cubre objeto 24 X 50 ----- 200 cajas x mil unidades

Anexo No.3

Técnica de Papanicolaou para la coloración

Objetivos fundamentales de la Técnica:

- Definir los detalles nucleares.
- Lograr la transparencia del citoplasma.
- Alcanzar buen contraste entre el núcleo y el citoplasma.
- Observar la diferenciación de las células.

Pasos de la coloración:

1. Agua corriente.
2. Hematoxilina Harris (3-6 minutos).
3. Agua corriente.
4. Solución acuosa de ácido clorhídrico al 0.5%.
5. Agua corriente.
6. Alcohol absoluto.
7. Alcohol absoluto.
8. Alcohol absoluto.
9. Orange G (OG) (1- 1 y ½ minutos)
10. Alcohol absoluto.
11. Alcohol absoluto.
12. EA 50 (1- 1 y ½ minutos)
13. Alcohol absoluto.
14. Alcohol absoluto.
15. Alcohol absoluto.
16. Alcohol absoluto-xilol a partes iguales.

El Montaje se realiza con resina sintética o bálsamo de Canadá y se cubre con una lámina cubre objeto de 24x50.

Recomendaciones:

- Filtrar la hematoxilina diariamente antes de comenzar la coloración.
- Enjuagar, escurrir y secar con papel de filtro las extensiones antes de pasar al siguiente paso.
- Supervisar la calidad de las tinciones al comienzo y a intervalo de acuerdo al volumen de trabajo (máximo 300 casos), por medio del microscopio.
- Rellenar los frascos del colorante y rotar los alcoholes.

Anexo N. 4

Clasificación de los tumores de cérvix uterino (OMS 2014)

Tumores epiteliales

I. Tumores y precursores de células escamosas

- Lesiones escamosas intraepiteliales
 - Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado 8077/0
 - Lesión escamosa intraepitelial de alto grado 8077/2
- Carcinoma de células escamosas, NOS 8070/3
 - Queratinizante
 - No Queratinizante
 - Papilar
 - Basaloide
 - Condilomatoso
 - Verrucoso
 - Escamotransicional
 - Parecido al linfoepitelioma (lymphoepithelioma-like)

II. Tumores y precursores de células glandulares

- Adenocarcinoma in situ 8140/2
- Adenocarcinoma 8140/3
 - Adenocarcinoma endocervical tipo usual
 - Carcinoma mucinoso NOS
 - Tipo gástrico
 - Tipo intestinal
 - Tipo de células en anillo de sello
 - Carcinoma villoglandular
 - Carcinoma endometrioide
 - Carcinoma de células claras
 - Carcinoma seroso
- Carcinoma mesonéfrico
- Adenocarcinoma mezclado con carcinoma neuroendocrino

III. Otros tumores epiteliales

- Carcinoma adenoescamoso
- Carcinoma de células glassy
- Carcinoma adenoideo basal
- Carcinoma adenoideo quístico
- Carcinoma indiferenciado

IV. Tumores neuroendocrinos

- Tumores neuroendocrino de bajo grado
- Tumor carcinoide
- Tumor carcinoide atípico
- Carcinoma neuroendocrino de alto grado
- Carcinoma neuroendocrino de células pequeñas
- Carcinoma neuroendocrino de células grandes

Anexo No. 5

Clasificación colposcópica. Nomenclatura IFPC 2011 Aceptada en el Congreso Mundial de Río, 5 de Julio, 2011. sidente del Comité de Nomenclatura: Jacob Bornstein MD

TERMINOLOGÍA COLPOSCOPICA DEL CUELLO UTERINO DE IFPC 2011			
Evaluación General		<ul style="list-style-type: none"> Adecuada/inadecuada a causa de ... (por ej.: cuello uterino no claro por inflamación, sangrado, cicatriz) Visibilidad de la unión escamocolumnar: completamente visible, parcialmente visible, no visible. Tipos de zona de transformación I, II, III 	
Hallazgos colposcópicos normales		Epitelio escamoso original: <ul style="list-style-type: none"> Maduro Atrófico Epitelio columnar <ul style="list-style-type: none"> Ectopia Epitelio escamoso metaplásico <ul style="list-style-type: none"> Quistes de Naboth Aberturas glandulares y/o criptas glandulares Deciduosis en el embarazo	
Hallazgos colposcópicos anormales	Principios generales	Ubicación de la lesión: dentro o fuera de la zona de Transformación, ubicación de la lesión según las agujas del reloj. Tamaño de la lesión Número de cuadrantes del cuello uterino que cubre la lesión, tamaño de la lesión en porcentajes del cuello uterino.	
	Grado 1 (Menor)	Epitelio acetoblanco delgado. Borde irregular	Mosaico fino, Puntillado fino
	Grado 2 (Mayor)	Epitelio acetoblanco denso, Aparición rápida de epitelio acetoblanco. Orificios glandulares abiertos con bordes engrosados.	Mosaico grueso, Puntillado grueso. Bordes delimitados, Signo del límite del borde interno, Signo de cresta o sobre elevado.
	No específicos	Leucoplasia (queratosis, hiperqueratosis), Erosión Solución de Lugol (Test de Schiller): positivo/negativo	
Sospecha de invasión		Vasos atípicos Signos adicionales: Vasos delgados, superficie irregular, lesión exofítica, necrosis, ulceración (necrótica), tumoración nodular.	
Hallazgos varios		Zona de transformación congénita, Condiloma, Pólipo (exocervical /endocervical) Inflamación	Estenosis, Anomalía congénita, Anomalías post tratamiento, Endometriosis

TERMINOLOGÍA COLPOSCOPICA DEL CUELLO UTERINO – APÉNDICE DE IFPC 2011	
Tipos de tratamiento de escisión	Tipo de escisión 1,2,3
Medidas de la muestra de escisión	Largo – distancia del margen distal/externo al margen proximal/ interno Grosor – distancia del margen estromal a la superficie de la muestra extirpada Circunferencia (Opcional)- el perímetro de la muestra extirpada.

Anexo No. 6

Consentimiento Informado.

Servicio de Patología Cervical del Hospital

Declaración del Consentimiento:

Yo..... C. Identidad.....

No de Historia Clínica..... Área de Salud

He leído y comprendido lo que a continuación se expone:

1. Una vez citada a la consulta se me realizará interrogatorio y examen físico ginecológico y se me confeccionará Historia Clínica.
2. La necesidad de realizar el examen físico ginecológico completo que incluye, examen con especulum, tacto vaginal, colposcopia o videocolposcopia y biopsias (por ponche y legrados) si fuera necesario.
3. Las ventajas, desventajas y posibles complicaciones de las pruebas y procedimientos a realizar.
4. Las modalidades de tratamiento (médico o quirúrgico) según corresponda y del seguimiento.
5. La oportunidad de decidir en conjunto con el especialista, la modalidad de tratamiento que necesito según mi diagnóstico.
6. La necesidad de cumplir el seguimiento después de tratada y que este varía según el diagnóstico final.
7. El seguimiento incluye la realización de colposcopias, citologías, cepillado de canal y/o legrados diagnósticos si fuera necesario.
8. La importancia de asistir a las consultas, según programación.
9. Cómo localizar al personal de la consulta (teléfono y horarios) para cambiar fecha de la cita, en caso que sea necesario.

Según estas consideraciones otorgo mi consentimiento para ser atendida en esta consulta a partir de hoy.

Fecha. Día mes. año

Nombres y apellidos del Paciente y Firma.

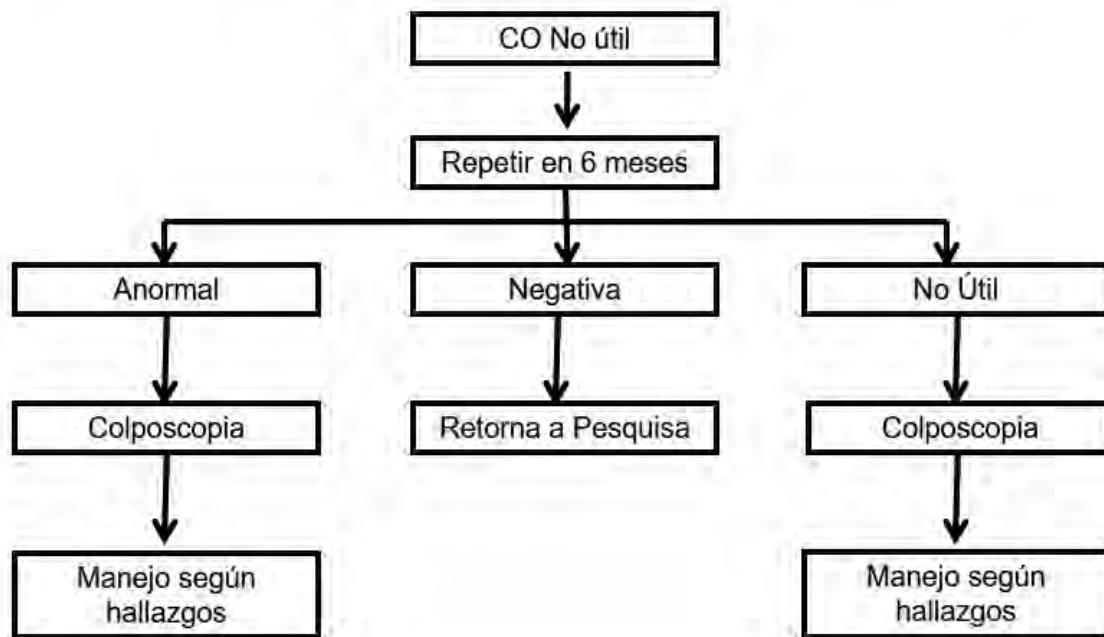
.....

Nombres y Apellidos del Especialista de consulta.

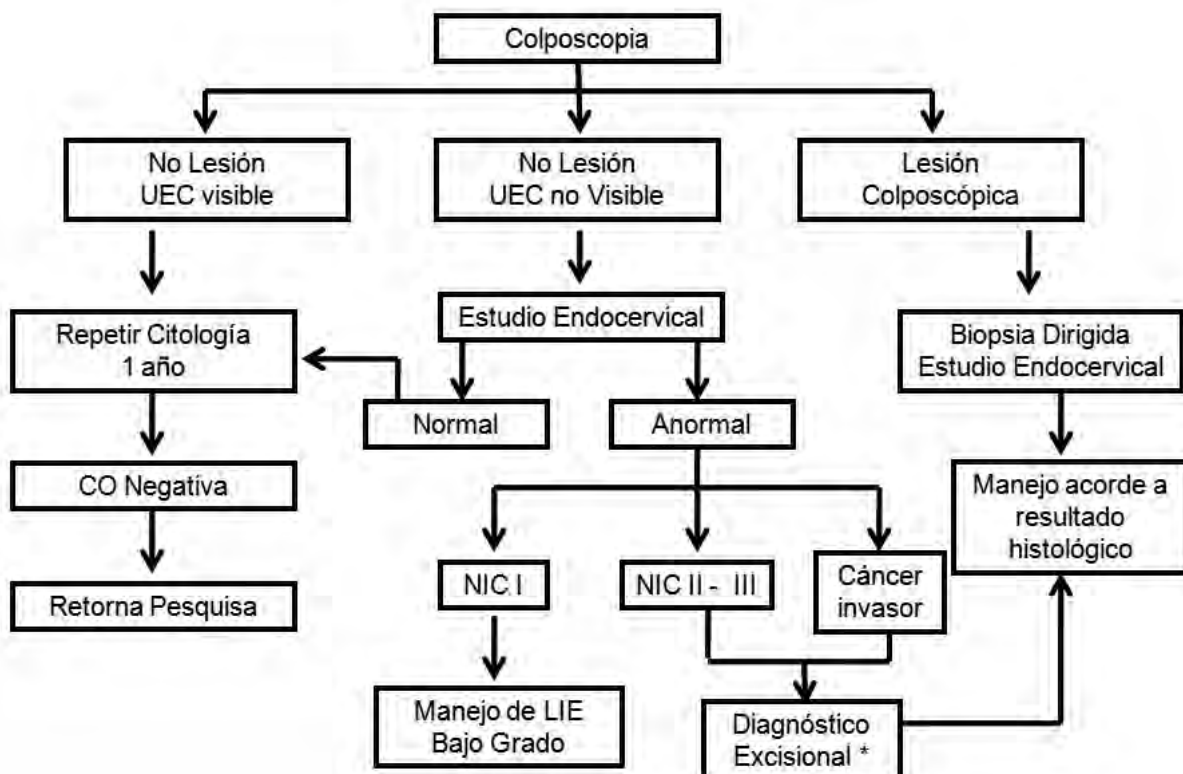
.....

Anexo No. 7

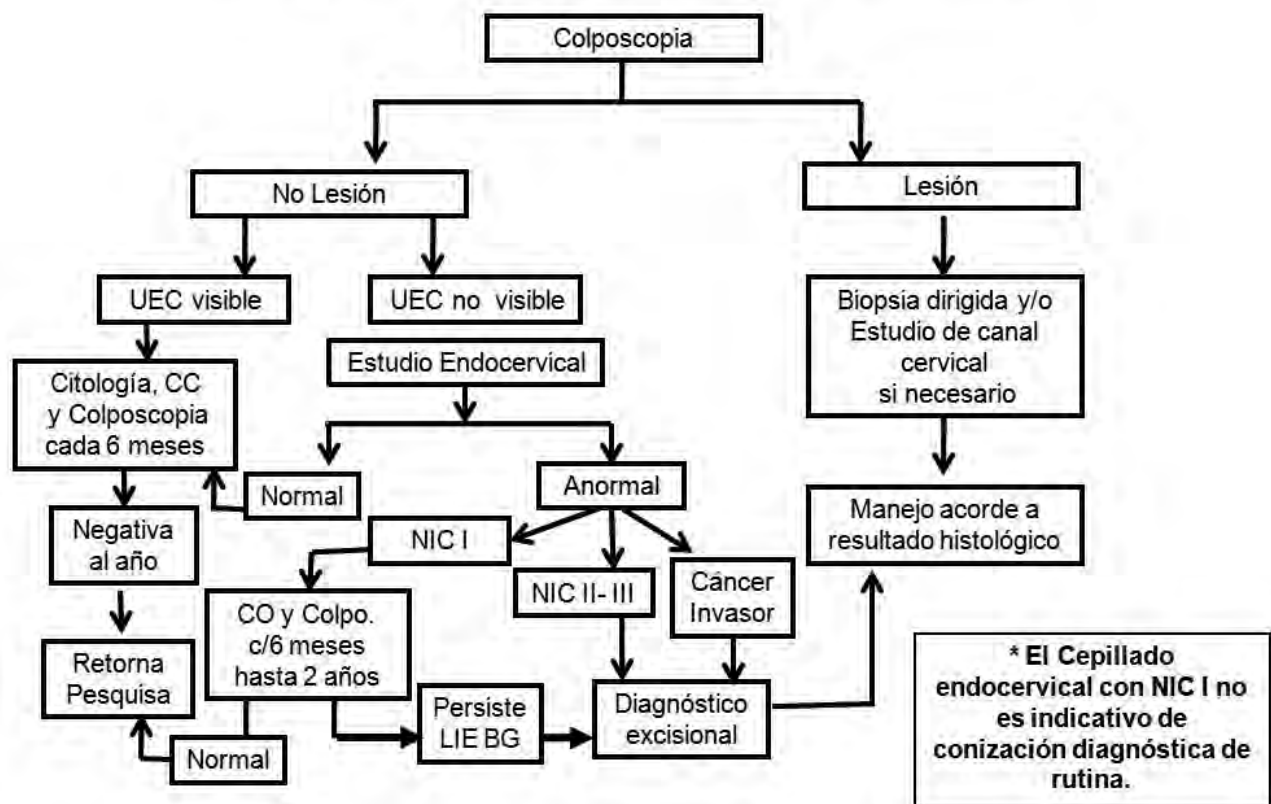
Manejo de mujeres con citología orgánica no satisfactoria (no útil) (25 - 64 años)



Anexo No. 8 Manejo de mujeres con citología ASC-US (25 - 64 años)

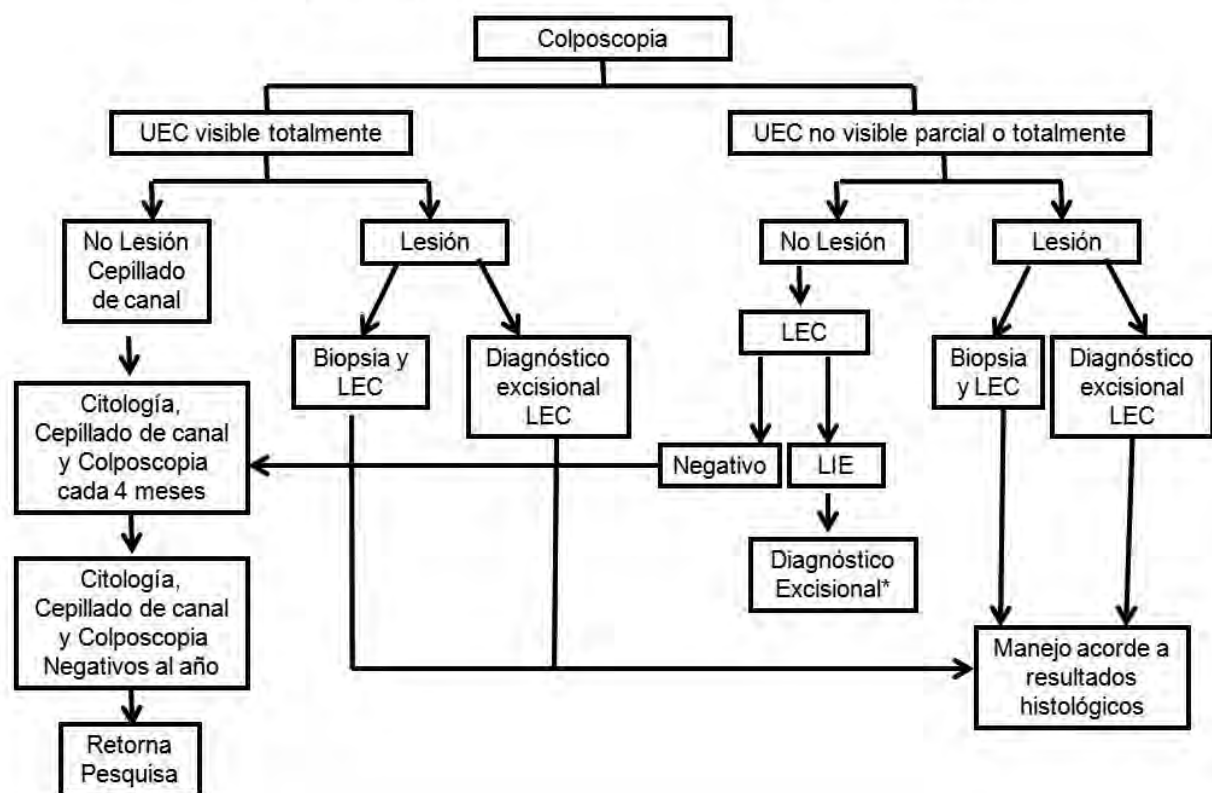


Anexo No. 9 Manejo de mujeres con citología de LIE BG/LSIL (25 – 64 años)



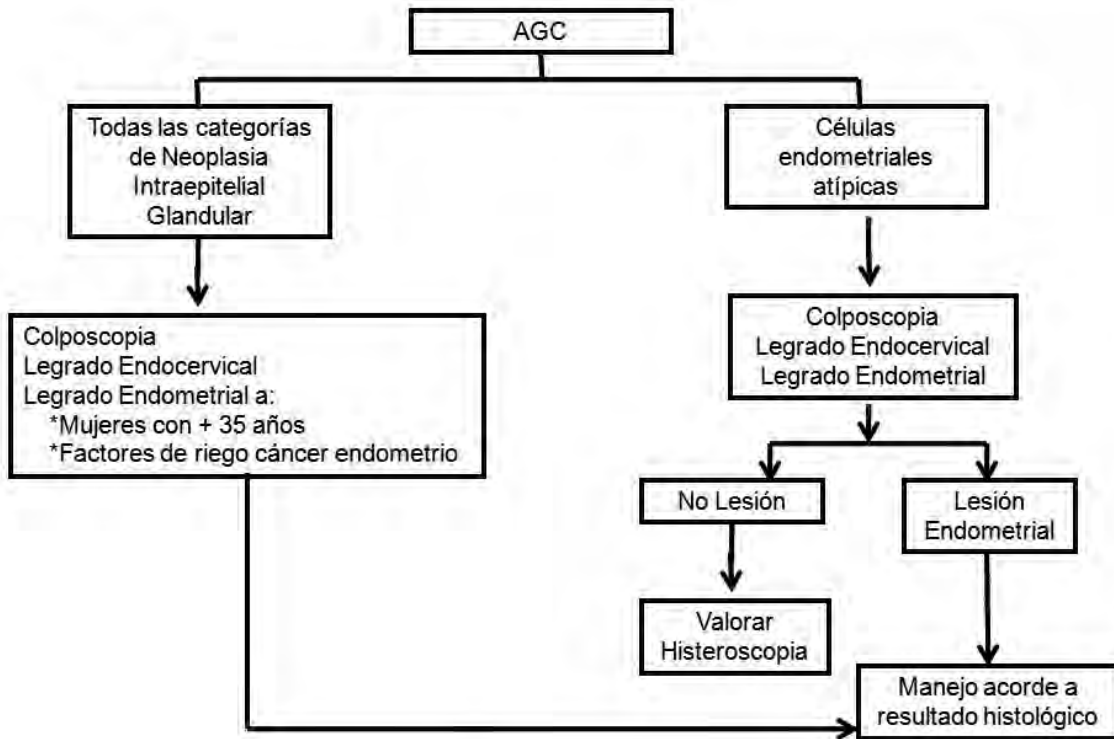
Anexo No. 10

Manejo de mujeres con citología LIE AG/HSIL (25 – 64 años)



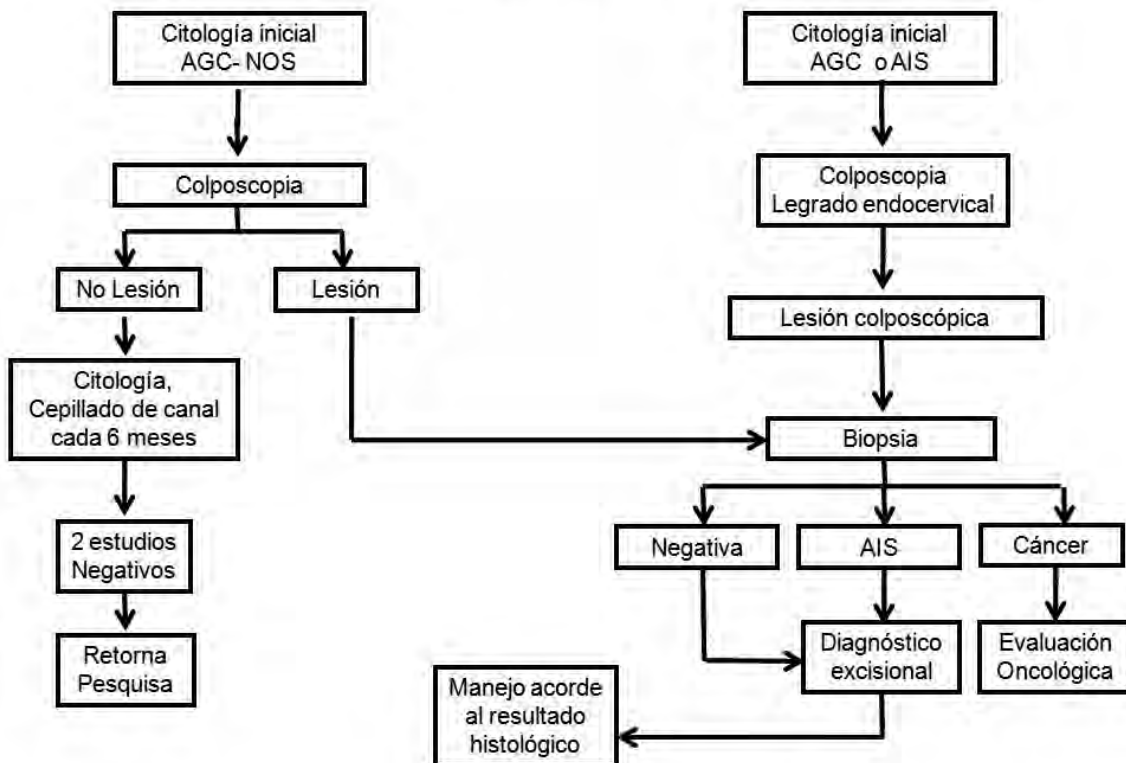
Anexo No. 11

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



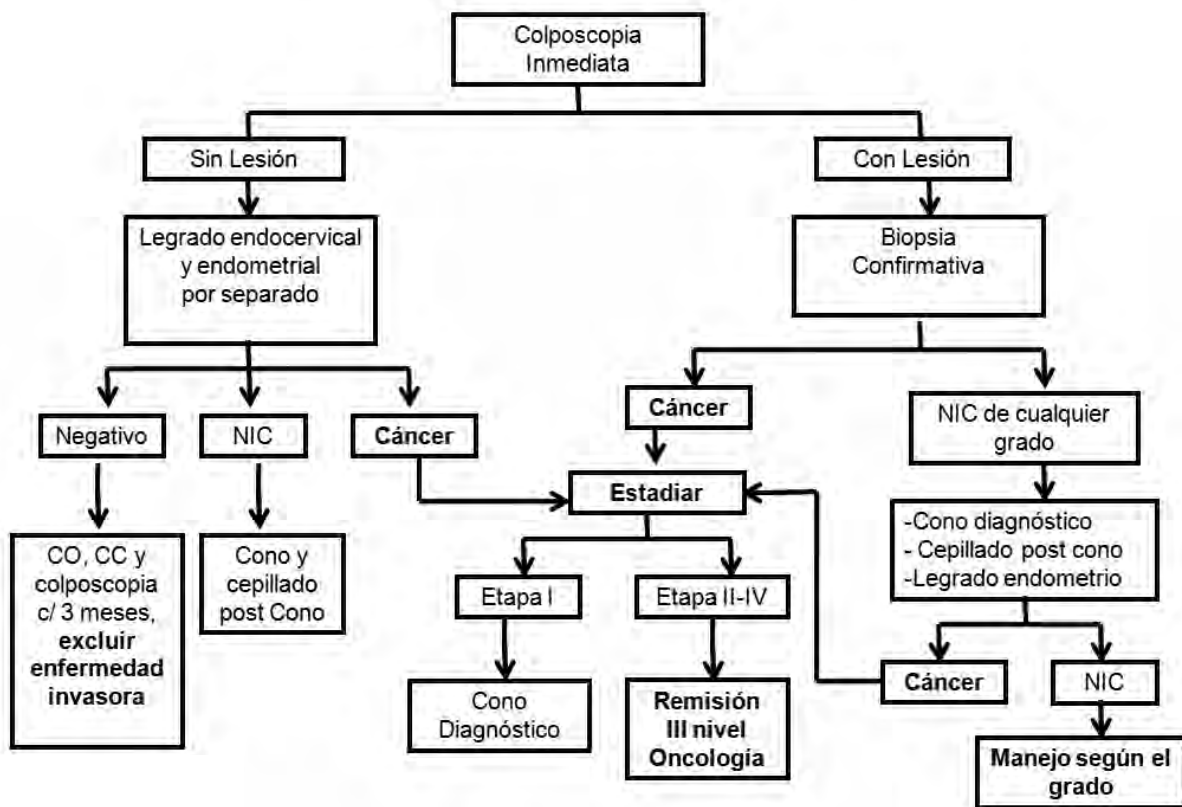
Anexo No. 12

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



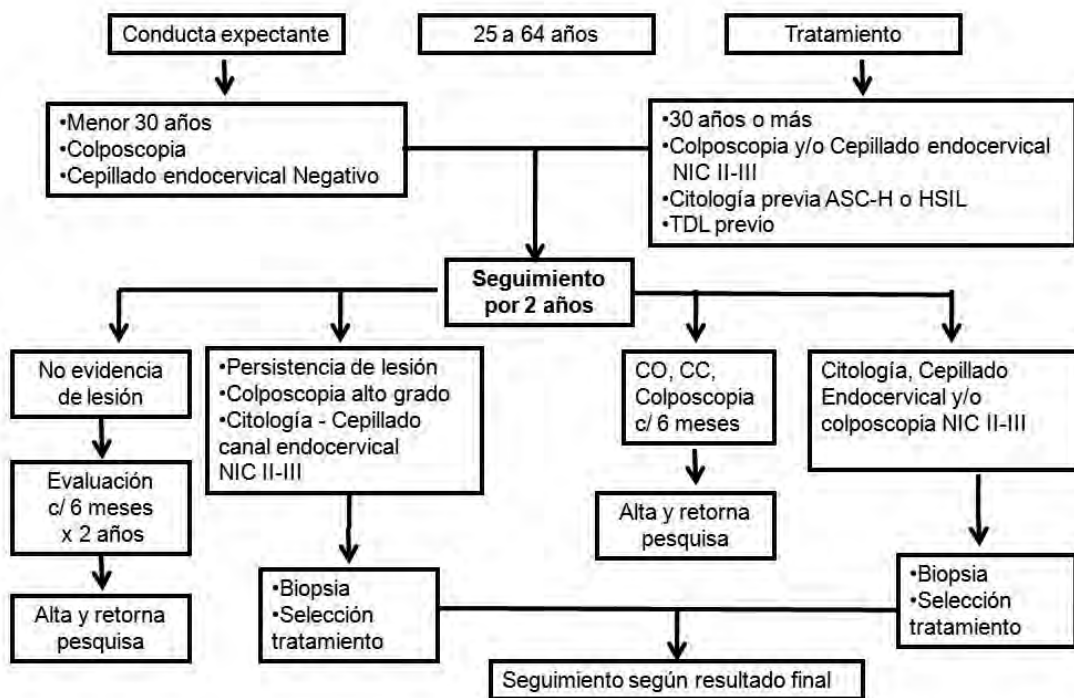
Anexo No. 13

Manejo de mujeres con citología Cáncer Invasor



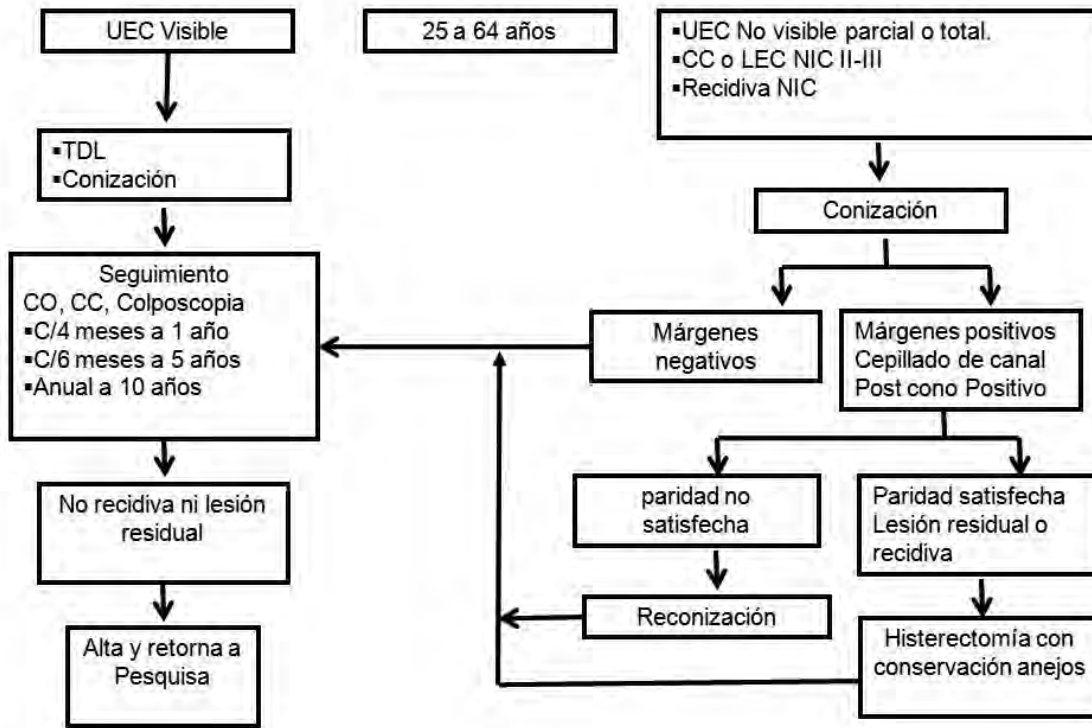
Anexo No. 14

Manejo de mujeres con Biopsia LIE BG/LSIL (PVH-NIC I)



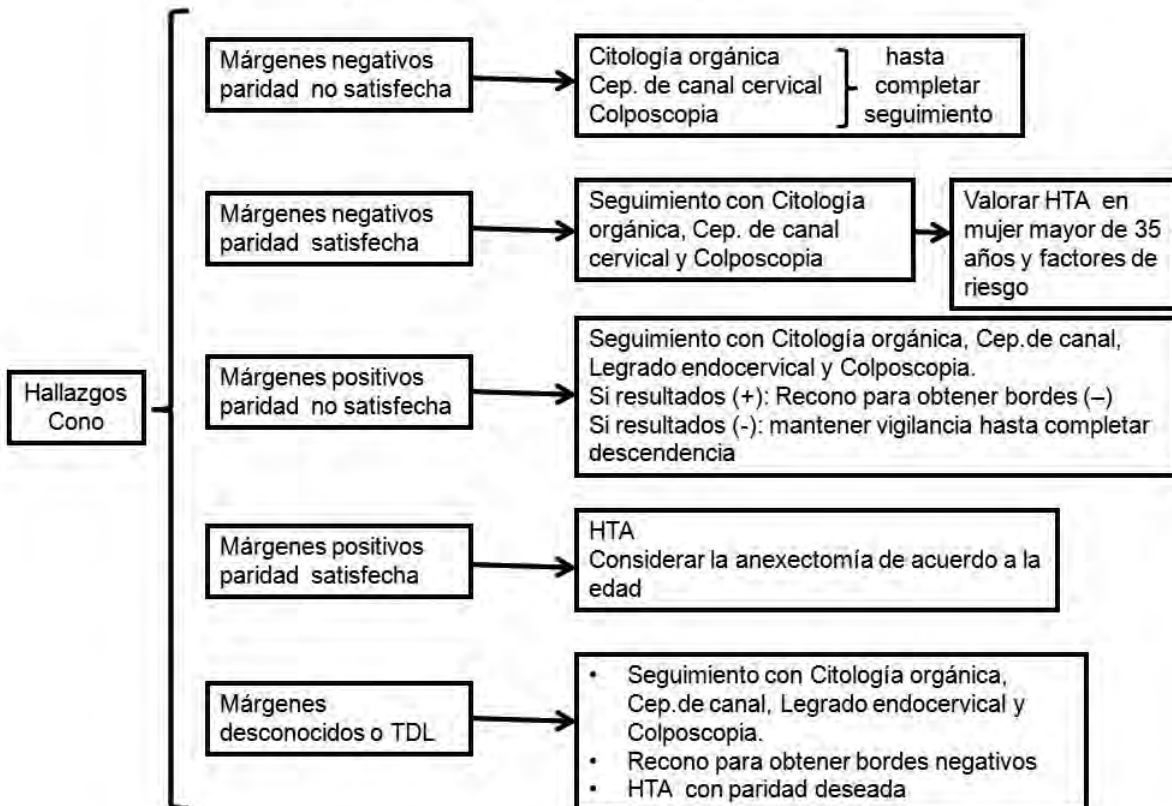
Anexo No. 15

Manejo de mujeres con Biopsia LIE AG/HSIL (NIC II - III)

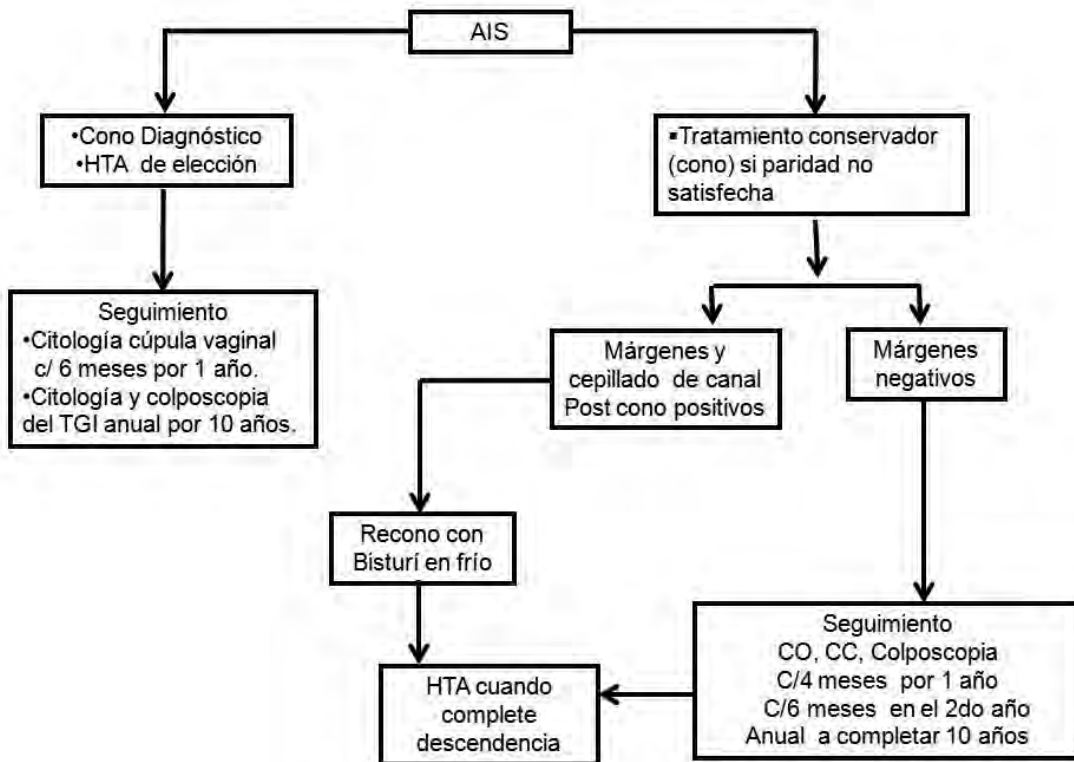


Anexo No. 16

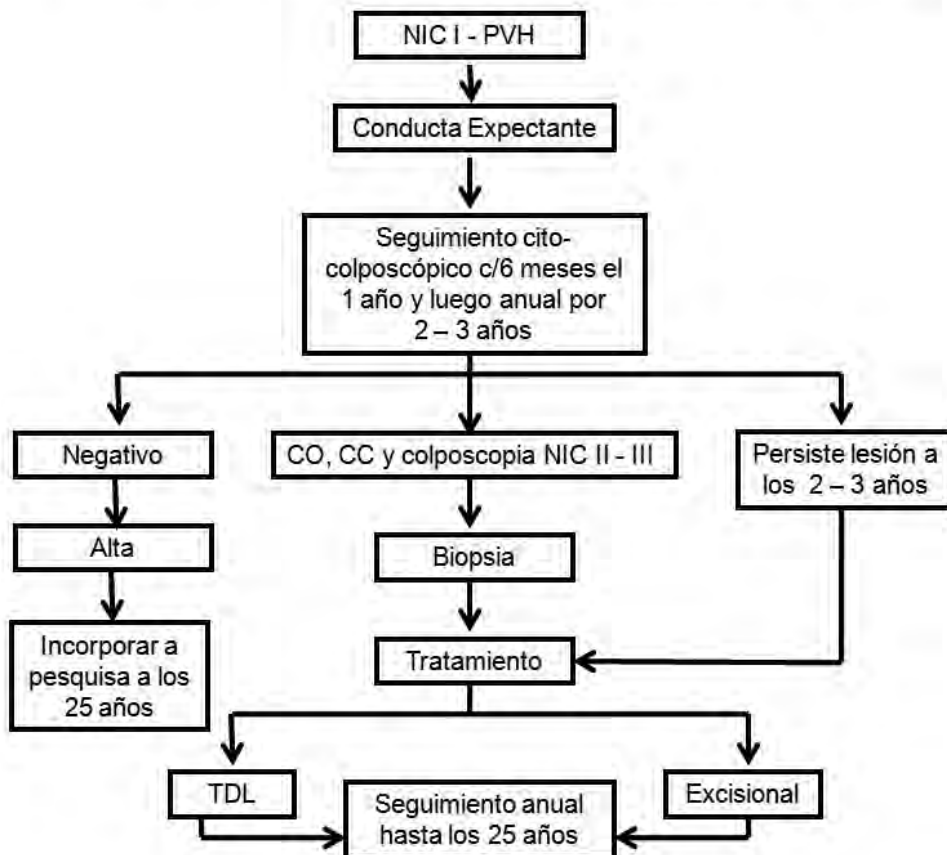
Seguimiento de las LIE AG/HSIL post tratamiento



Anexo No. 17 Manejo de mujeres con Biopsia Adenocarcinoma In situ (AIS)

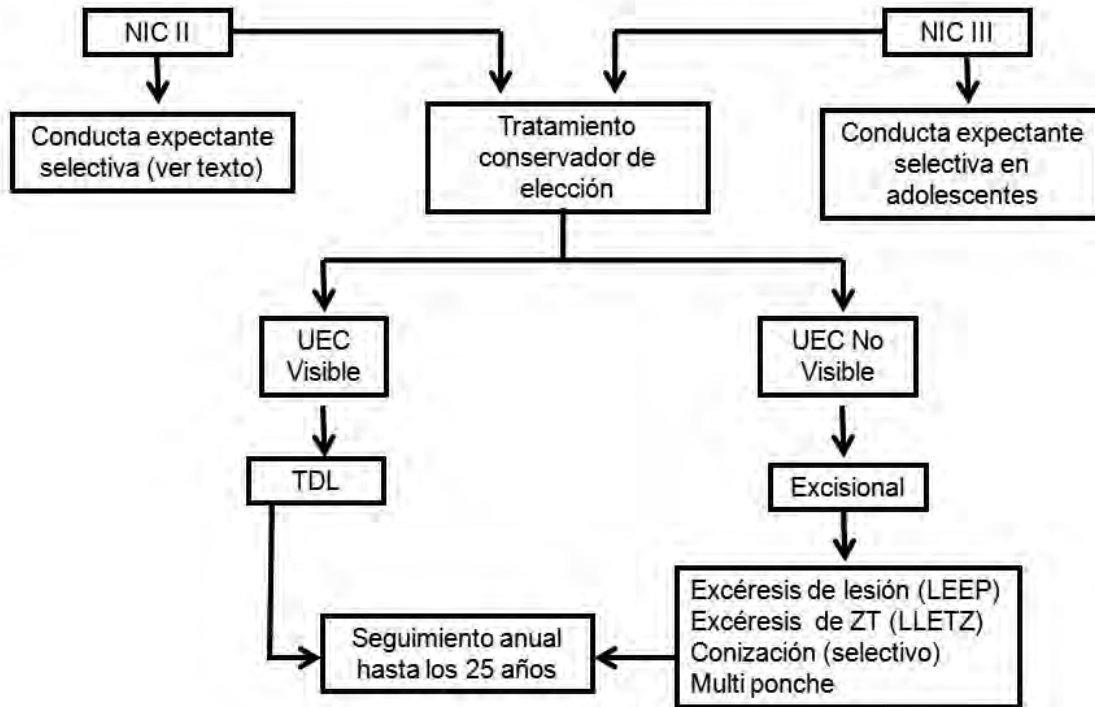


Anexo No. 18 Manejo de mujeres menores de 25 años con biopsia LIE BG/LSIL

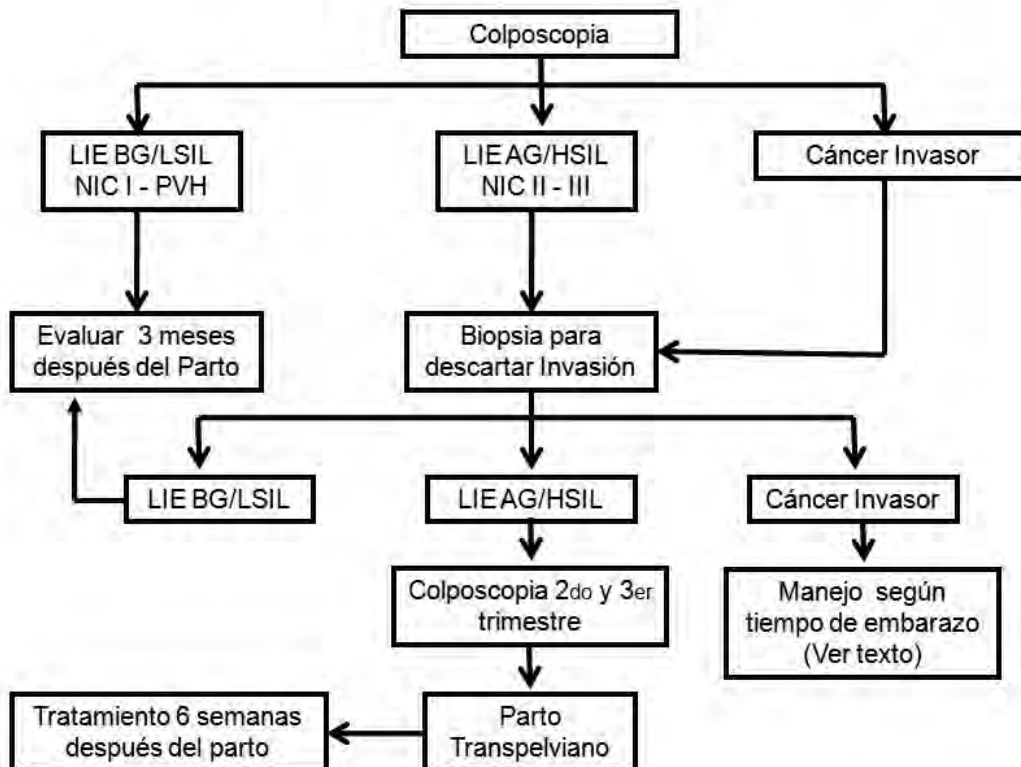


Anexo No. 19

Manejo de mujeres menores de 25 años con biopsia LIE AG/HSIL

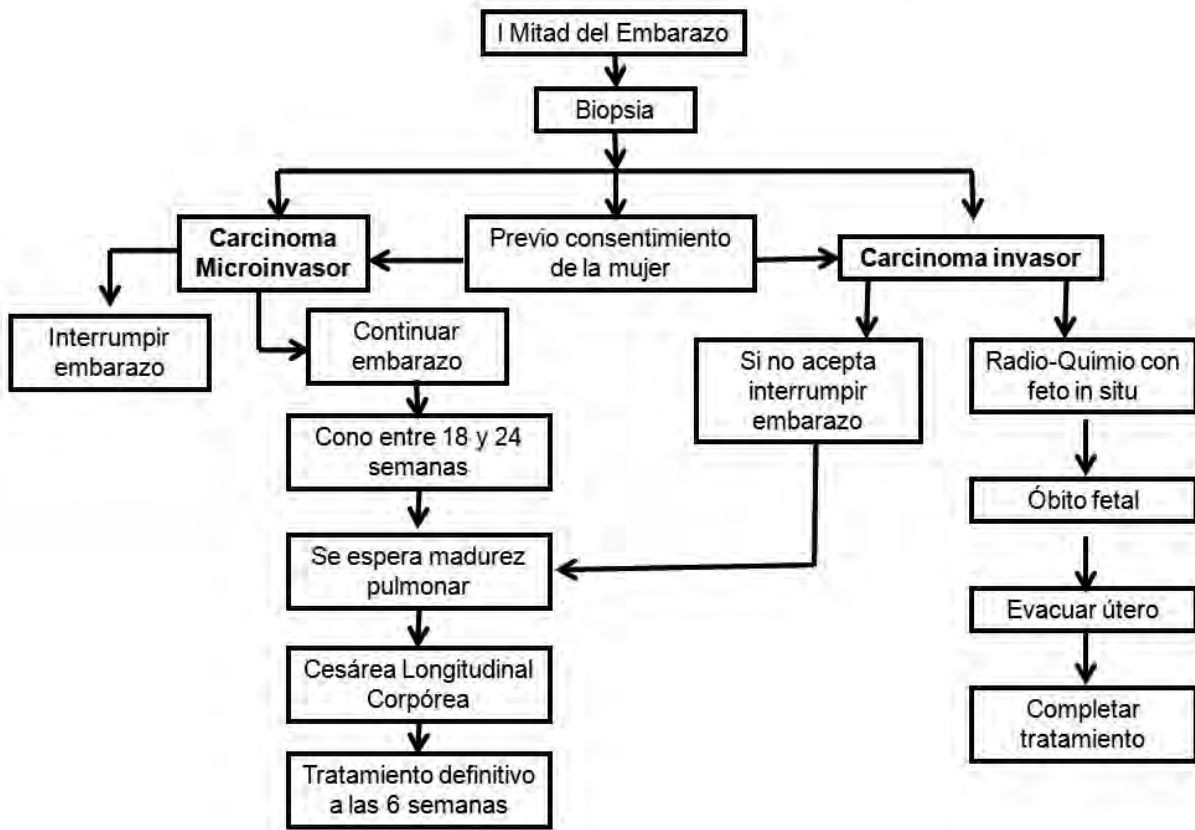


Anexo No. 20 Manejo de mujeres embarazadas con citología anormal



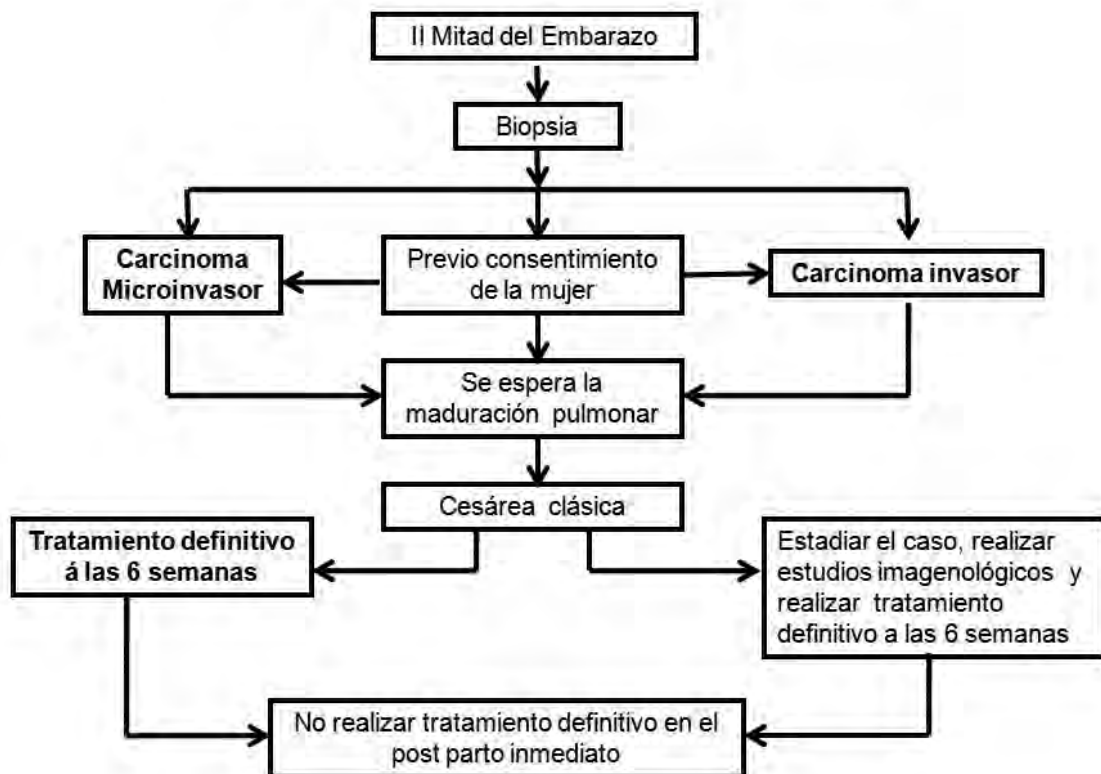
Anexo No. 21

Manejo de mujeres embarazadas con Cáncer Invasor



Anexo No. 22

Manejo de mujeres embarazadas con Cáncer Invasor



Anexo No. 23

Clasificación FIGO 2011

Etapa I	Carcinoma estrictamente limitado al cérvix; no se debe tener en cuenta la extensión al cuerpo uterino.
Etapa IA	Carcinomas invasivos sólo diagnosticados por microscopio. Todas las lesiones de gran magnitud aún con invasión superficial se consideran como cáncer en etapa Ib. La invasión se limita a la invasión del estroma con una profundidad máxima de 5 mm* y no más de 7 mm de ancho.
Etapa IA ₁	Invasión medida del estroma de no más de 3 mm de profundidad y no más de 7 mm de diámetro
Etapa IA ₂	Invasión medida del estroma de más de 3 mm pero no de más de 5 mm de profundidad y no más de 7 mm de diámetro
Etapa IB	Lesiones clínicas limitadas al cuello uterino o lesiones preclínicas de mayor extensión que la etapa IA
Etapa IB ₁	Lesiones clínicas de no más de 4 cm de tamaño
Etapa IB ₂	Lesiones clínicas de más de 4 cm de tamaño
Etapa II	En la etapa II el carcinoma se extiende más allá del cérvix uterino, pero no se ha extendido a la pared pélvica. El carcinoma afecta la vagina, pero no llega al tercio inferior.
Etapa IIA	No hay complicación obvia del parametrio, dos tercios de la parte superior de la vagina se encuentran afectados
Estadio IIA ₁	Lesión clínicamente visible de < 4cm en su mayor dimensión
Estadio IIA ₂	Lesión clínicamente visible de > 4cm en su mayor dimensión
Etapa IIB	Complicación obvia del parametrio, pero sin llegar a la pared pélvica lateral.
Etapa III	La etapa III implica que el carcinoma se ha extendido a la pared pélvica. Acorde al examen rectal, no hay espacio libre de cáncer entre el tumor y la pared pélvica. El tumor afecta el tercio inferior de la vagina. Se deben incluir todos los casos con hidronefrosis o con insuficiencia renal, a menos que se sepa que se deben a otras causas
Etapa IIIA	Sin extensión a la pared pélvica, pero sí al tercio inferior de la vagina
Etapa IIIB	Extensión a la pared pélvica, hidronefrosis o insuficiencia renal.
Etapa IV	La etapa IV implica que el carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis misma o ha afectado clínicamente la mucosa vesical o rectal
Etapa IVA	Propagación del tumor a órganos adyacentes a la pelvis.
Etapa IVB	Propagación a órganos distantes

* La profundidad de la invasión no debe ser mayor de 5 mm desde la base del epitelio, ya se origine en la superficie o en las glándulas. La invasión de espacio vascular, ya sea venosa o linfática, no debe alterar la clasificación.

Anexo No. 24

Estadamiento Carcinoma de cuello de útero

Clasificación TNM de la American Joint Committee on Cancer (AJCC) para el Cáncer de Cuello de Útero (incluye las modificaciones del 2011 en la etapa IIA)

Definiciones de TNM

Las definiciones de las categorías T corresponden a las etapas aceptadas por la FIGO. TNM	FIGO
Tumor Primario (T) T _x : El tumor primario no puede ser evaluado T ₀ : No hay evidencia de tumor primario T _{is} : Carcinoma in situ	
T ₁ : El carcinoma cervical está estrictamente limitado al útero (no debe tenerse en cuenta la extensión al cuerpo)	I
T ₁ A: Carcinoma invasivo diagnosticado sólo mediante microscopia. Todas las lesiones visibles macroscópicamente-- aún con invasión superficial--son T1b/1B. Invasión estromal con profundidad máxima de 5 mm medida desde la base del epitelio y expansión horizontal de 7 mm o menos. Una invasión del espacio vascular, ya sea venosa o linfática, no afecta la clasificación.	IA
T ₁ A ₁ : Invasión estromal de 3 mm o menos de profundidad y 7 mm o menos de extensión horizontal	IA ₁
T ₁ A ₂ : Invasión estromal de más de 3 mm y no más de 5 mm con expansión horizontal de 7 mm o menos	IA ₂
T ₁ B: Lesión clínicamente visible confinada al cérvix o lesión microscópica mayor de T1A2/IA2	IB
T ₁ B ₁ : Lesión clínicamente visible de 4 cm o menos en su mayor dimensión	IB ₁
T ₁ B ₂ : Lesión clínicamente visible con más de 4 cm en su mayor dimensión	IB ₂
T ₂ : El carcinoma se ha extendido más allá del útero pero no a la pared pélvica ni al tercio inferior de la vagina	II
T ₂ A: Tumor que no se ha extendido al parametrio	IIA
T ₂ A ₁ : Lesión clínicamente visible de < 4cm en su mayor dimensión	IIA ₁
T ₂ A ₂ : Lesión clínicamente visible de > 4cm en su mayor dimensión	IIA ₂
T ₂ B: Tumor que se ha extendido al parametrio	IIB
T ₃ : Extensión a la pared pélvica y/o se extiende al tercio inferior de la vagina y/o causa hidronefrosis o disfunción renal	III
T ₃ A: El tumor se ha extendido al tercio inferior de la vagina pero no a la pared pélvica	IIIA
T ₃ B: Diseminación del tumor a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o disfunción renal	IIIB
T ₄ : El tumor invade la mucosa de la vejiga o el recto y/o se extiende más allá de la pelvis misma (un edema Bullar no es suficiente para clasificar un tumor como T ₄)	IVA
Ganglios linfáticos regionales (N) N _x : Los ganglios regionales no pueden ser evaluados N ₀ : No hay metástasis de ganglios regionales N ₁ : Evidencia de metástasis de ganglios regionales	
Metástasis distante (M) M _x : La metástasis distante no puede ser evaluada M ₀ : No hay metástasis distante M ₁ : Existe metástasis distante	IVB

Anexo No. 25

Grupos de clasificación de la American Joint Committee on Cáncer (AJCC)

Estadio 0 (carcinoma in situ , carcinoma intraepitelial. No hay invasión del estroma)	T _{is} , N ₀ , M ₀
Estadio IA ₁	T ₁ A ₁ , N ₀ , M ₀
Estadio IA ₂	T ₁ A ₂ , N ₀ , M ₀
Estadio IB ₁	T ₁ B ₁ , N ₀ , M ₀
Estadio IB ₂	T ₁ B ₂ , N ₀ , M ₀
Estadio IIA	T ₂ A, N ₀ , M ₀
Estadio IIA ₁	T ₂ A ₁ , N ₀ , M ₀
Estadio IIA ₂	T ₂ A ₂ , N ₀ , M ₀
Estadio IIB	T ₂ B, N ₀ , M ₀
Estadio IIIA	T ₃ A, N ₀ , M ₀
Estadio IIIB	T ₁ , N ₁ , M ₀ T ₂ , N ₁ , M ₀ T ₃ A, N ₁ , M ₀ T ₃ B, cualquier N, M ₀
Estadio IVA	T ₄ , cualquier N, M ₀
Estadio IVB	Cualquier T, Cualquier N, M ₁

Anexo No. 26

Regímenes de Quimioterapia para el cáncer de cuello de útero.

Principales Drogas

Primera Línea

POLIQUIMIOTERAPIA

- Cisplatino–Paclitaxel
- Carboplatino–Paclitaxel
- Cisplatino–Topotecan
- Cisplatino–Paclitaxel–Bevacizumab
- Cisplatino–Gencitabina

Segunda Línea

AGENTES ÚNICOS

- Bevacizumab
- Docetaxel
- 5 fluoracilo
- Gencitabina
- Ifosfamida
- Irinotecan
- Mitobicycym
- Topotecan
- Vinorelbina

**PROGRAMA INTEGRAL
PARA EL CONTROL
DEL CÁNCER EN CUBA**

**GUÍA
DE CÁNCER
CERVICOUTERINO**

ACCIONES PARA SU CONTROL_2018