

Control integral del cáncer cervicouterino

Guía de prácticas esenciales

Segunda edición



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Control integral del cáncer cervicouterino

Guía de prácticas esenciales



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS **Américas**

Edición original en inglés:
Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice – 2nd ed
© World Health Organization, 2014
ISBN 978-92-4-154895-3

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud.

Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. 2.ed. Washington, DC : OPS, 2016.

1. Neoplasmas del cuello uterino – diagnóstico. 2. Neoplasmas del cuello uterino – prevención & control. 3. Neoplasmas del cuello uterino – terapia. 4. Guía. I. Título. II. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978-92-75-31879-9

(Clasificación NLM: WP 480)

© Organización Panamericana de la Salud, 2016. Todos los derechos reservados.

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Departamento de Comunicaciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (www.paho.org/permissions). El Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental (NMH) podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Agradecimientos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) quisiera agradecer a los miembros del Grupo de Formulación de Directrices su constante disponibilidad y arduo trabajo al elaborar esta guía actualizada. La OMS también da las gracias al Grupo de Métodos de la Universidad McMaster y al Grupo de Revisión Externa por sus contribuciones esenciales. Los nombres de los participantes de cada grupo, así como los de los autores y del editor intervinientes en este proyecto figuran en la lista del anexo 1.



La OMS desea expresar asimismo su gratitud sincera por las contribuciones financieras de los siguientes organismos, sin cuyo apoyo la producción de esta guía no habría sido posible:

- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC; Atlanta, GA, EUA)
- Organismo de Cooperación Internacional de Flandes (FICA)
- Alianza GAVI
- Health Canada, a través de la Asociación canadiense contra el cáncer (Toronto, Canadá)
- Institut National du Cancer (INCa; París, Francia)
- Plan de Emergencia para el Alivio del SIDA, establecido por el Presidente de los Estados Unidos de América (PEPFAR; Washington, D.C., EUA)

Organizaciones que han respaldado la publicación



International Agency for Research on Cancer



Equipo Coordinador de la OMS

Nathalie Broutet

Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas

Sede de la OMS

Ginebra, Suiza

Linda O'Neal Eckert

Departamento de Ginecología y Obstetricia

Universidad de Washington

Seattle, WA, EUA

Andreas Ullrich

Manejo de las Enfermedades no Transmisibles

Sede de la OMS

Ginebra, Suiza

Paul Bloem

Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos

Sede de la OMS,

Ginebra, Suiza

Índice

Agradecimientos	iii
Siglas y abreviaturas	1
Compilación de puntos clave	3
Prefacio	8
Introducción	11
Acerca de la guía.....	11
Niveles del sistema de atención de salud.....	18
Bibliografía básica.....	20
Capítulo 1. Generalidades	27
Acerca de este capítulo.....	27
1.1 ¿Por qué centrarse en el cáncer cervicouterino?.....	28
1.2 Anatomía y fisiología del aparato genital femenino.....	31
1.3 Evolución natural del cáncer cervicouterino.....	40
Lecturas complementarias.....	46
Capítulo 2. Elementos esenciales de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino	51
Acerca de este capítulo.....	51
2.1 ¿En qué consiste un programa integral de prevención y control del cáncer cervicouterino?.....	53
2.2 Programas nacionales de prevención y control del cáncer cervicouterino.....	56
Evaluar las necesidades.....	67
2.3 Logro de la prevención y el control del cáncer cervicouterino.....	82
Lecturas complementarias.....	83
Capítulo 3. Movilización comunitaria, educación y orientación	87
Acerca de este capítulo.....	87
3.1 Fomento de la utilización de los servicios de prevención y control del cáncer cervicouterino.....	88
3.2 Extensión.....	90
3.3 Movilización comunitaria.....	93
3.4 Educación sanitaria preventiva.....	95
3.5 Orientación.....	104
Lecturas complementarias.....	108
Capítulo 4. Vacunación contra VPH	113
Principales recomendaciones de la OMS sobre las vacunas contra VPH.....	114
Acerca de este capítulo.....	114

4.1 Funciones de los dispensadores de asistencia sanitaria y de otros	117
4.2 Vacunas contra VPH.....	119
4.3 Población destinataria y estrategias de administración	124
4.4 Movilización comunitaria	128
4.5 Obtención de consentimiento o asentimiento para vacunar a una niña	129
4.6 Seguimiento y evaluación y sostenibilidad de los programas de vacunación contra VPH	130
Lecturas complementarias	134
Capítulo 5. Tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas del cuello uterino	139
Acerca de este capítulo	140
5.1 Dispensadores de asistencia sanitaria	142
5.2 Tamizaje de cáncer cervicouterino	144
5.3 Métodos de tamizaje de lesiones cervicouterinas precancerosas	150
5.3.1 Las pruebas de VPH.....	151
5.4 Pruebas diagnósticas para la detección de lesiones cervicouterinas precancerosas	160
5.5 Opciones de tratamiento de las lesiones cervicouterinas precancerosas	166
5.6 Complicaciones posibles y seguimiento postratamiento	172
5.7 Vinculación del tamizaje y el tratamiento en la práctica.....	173
Capítulo 6. Diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino invasor	181
6.1 Presentación y diagnóstico de un cáncer cervicouterino	184
6.2 Funciones de los dispensadores de asistencia sanitaria	185
6.3 Estadificación del cáncer cervicouterino	188
6.4 Tratamiento del cáncer cervicouterino invasor: panorámica.....	192
6.5 Opciones de tratamiento.....	194
6.6 Situaciones especiales: el cáncer cervicouterino en embarazadas y en mujeres con VIH.....	200
6.7 Apoyo y seguimiento a las pacientes	201
Lecturas complementarias	204
Capítulo 7. Cuidados paliativos	207
Acerca de este capítulo	207
7.1 Un enfoque integral de los cuidados paliativos.....	210
7.2 La función de la familia en los cuidados paliativos	214
7.3 Las funciones de los dispensadores de asistencia sanitaria	214
7.4 Atención a los síntomas comunes del cáncer cervicouterino avanzado.....	219
7.5 Mantener a la paciente y a su círculo de apoyo informados.....	223
Lecturas complementarias	227

Hojas de Práctica

Hoja práctica 2.1: Lista de verificación para la planificación e implementación de un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino	231
Hoja práctica 2.2: Principales indicadores de desempeño e impacto de programas nacionales de prevención y control del cáncer cervicouterino	232
Hoja práctica 3.1: Mensajes clave para la extensión y la educación sobre cáncer cervicouterino	236
Hoja práctica 3.2: Preguntas frecuentes acerca del cáncer cervicouterino	239
Hoja práctica 3.3: Qué necesitan saber los hombres para ayudar a prevenir el cáncer cervicouterino	245
Hoja práctica 3.4: Orientación	247
Hoja práctica 3.5: Pasos corrientes de la orientación antes, durante y después de que la clienta se someta a una prueba u otro procedimiento o tratamiento	250
Hoja práctica 3.6: Orientación especial para las mujeres con VIH	252
Hoja práctica 3.7: El trabajo con los trabajadores sanitarios de la comunidad: cómo reclutarlos y capacitarlos	253
Hoja práctica 4.1: Preguntas frecuentes sobre la vacunación contra VPH	255
Hoja práctica 4.2: Características de la vacuna contra VPH y la cadena de frío	260
Hoja práctica 4.3: La sesión de inmunización	263
Hoja práctica 4.4: Seguridad de las inyecciones	266
Hoja práctica 4.5: Seguimiento y evaluación de programas de vacunación: recopilación de datos y documentación	268
Hoja práctica 4.6: En caso de un evento adverso posvacunal (EAPV)	271
Hoja práctica 4.7: Hablar con docentes y funcionarios escolares acerca de la vacunación contra VPH	273
Hoja práctica 5.1: Obtención del consentimiento fundamentado de las mujeres adultas	276
Hoja práctica 5.2: Cómo realizar la anamnesis y la exploración ginecológica	278
Hoja práctica 5.3: Métodos de tamizaje: notas para el dispensador	283
Hoja práctica 5.4: Método de tamizaje molecular, prueba de detección de ADN de VPH	284

Hoja práctica 5.5: Método de tamizaje visual: inspección visual con ácido acético (IVAA)	287
Hoja práctica 5.6: Métodos de tamizaje citológico: frotis de Papanicolaou y citología en base líquida (CBL)	290
Hoja práctica 5.7: Orientación a las mujeres con resultados positivos en las pruebas de detección.....	295
Hoja práctica 5.8: Colposcopia	298
Hoja práctica 5.9: Biopsia y legrado endocervical (LEC)	302
Hoja práctica 5.10: Opciones de tratamiento de las lesiones cervicouterinas precancerosas: crioterapia	307
Hoja práctica 5.11: Opciones de tratamiento de las lesiones cervicouterinas precancerosas: escisión electroquirúrgica con asa (LEEP).....	312
Hoja práctica 5.12: Opciones de tratamiento de las lesiones cervicouterinas precancerosas: conización con bisturí frío (CKC).....	317
Hoja práctica 6.1: Cuando una paciente consulta porque tiene síntomas que pueden deberse a un cáncer cervicouterino.....	322
Hoja práctica 6.2: Información a una paciente acerca de un diagnóstico de cáncer cervicouterino, y consejos para hablar de eso con ella y con su círculo de apoyo.....	324
Hoja práctica 6.4: Hablar con una paciente sobre su cáncer y su tratamiento: sugerencias para los dispensadores de asistencia sanitaria de nivel terciario (especialistas en cáncer).....	327
Hoja práctica 6.5: Tratamientos del cáncer cervicouterino: histerectomía	330
Hoja práctica 6.6: Tratamientos del cáncer cervicouterino: teleterapia pelviana.....	335
Hoja práctica 6.7: Tratamientos del cáncer cervicouterino: braquiterapia	341
Hoja práctica 7.1: Evaluación y tratamiento del dolor	344
Hoja práctica 7.2: Cómo tratar en casa el flujo vaginal, las fístulas y la hemorragia....	351
Hoja práctica 7.3: Hablar con una paciente que regresa a su casa para recibir cuidados paliativos.....	354

Anexos

Anexo 1. Listas de participantes y contribuyentes	356
Anexo 2. Metodología de formulación de directrices, funciones de los grupos técnicos y de trabajo, y gestión y declaración de conflictos de intereses	364
Anexo 3. Prevención y control de infecciones	371
Anexo 4. Sistemas de clasificación del cáncer y de las lesiones precancerosas	374
Anexo 5. El Sistema de Bethesda del 2001	377
Anexo 6. Formularios modelo de inmunización contra VPH.....	379
Formulario modelo 6.1: Tarjeta personal de vacunación de niñas contra VPH.....	379
Formulario modelo 6.2: Formularios de vigilancia de la cobertura de vacunación contra VPH para dispensadores de vacuna a nivel del sitio de prestación de los servicios.....	380
Formulario modelo 6.3: Notificación de la cobertura nacional de vacunación contra VPH en el formulario conjunto OMS/UNICEF de notificación.....	383
Formulario modelo 6.4: Notificación de eventos adversos posvacunales (EAPV)	384
Anexo 7. Diagrama de flujo para decidir sobre estrategias de tamizaje y tratamiento.....	386
Anexo 8. Diagramas de flujo para estrategias de tamizaje y tratamiento (estado VIH negativo o desconocido)	388
Tamizaje con una prueba de VPH y tratamiento con crioterapia, o con escisión electroquirúrgica por asa si la paciente no es apta para crioterapia.....	389
Tamizaje con una prueba de detección de VPH seguida de IVAA y tratamiento con crioterapia, o con escisión electroquirúrgica por asa si la paciente no es apta para crioterapia	390
Tamizaje con IVAA y tratamiento con crioterapia, o con escisión electroquirúrgica por asa si la paciente no es apta para crioterapia.....	391
Tamizaje con una prueba de VPH seguida de colposcopia (con o sin biopsia) y tratamiento con crioterapia, o con escisión electroquirúrgica por asa si la paciente no es apta para crioterapia.....	392
Tamizaje con citología seguida de colposcopia (con o sin biopsia) y tratamiento con crioterapia, o con escisión electroquirúrgica por asa si la paciente no es apta para crioterapia.....	393

Anexo 9. Diagramas de flujo para estrategias de tamizaje y tratamiento (estado serológico VIH positivo o desconocido en áreas con alta endemicidad de infección por VIH)	394
Tamizaje con una prueba de VPH y tratamiento con crioterapia, o con escisión electroquirúrgica por asa si la paciente no es apta para crioterapia.....	395
Tamizaje con una prueba de VPH seguida de IVAA y tratamiento con crioterapia, o con escisión electroquirúrgica por asa si la paciente no es apta para crioterapia	396
Tamizaje con IVAA y tratamiento con crioterapia, o con escisión electroquirúrgica por asa si la paciente no es apta para crioterapia.....	397
Tamizaje con una prueba de VPH seguida de colposcopia (con o sin biopsia) y tratamiento con crioterapia, o con escisión electroquirúrgica por asa si la paciente no es apta para crioterapia.....	398
Tamizaje con citología seguida de colposcopia (con o sin biopsia) y tratamiento con crioterapia o con escisión electroquirúrgica por asa (si la paciente no es apta para crioterapia).....	399
Anexo 10. Tratamiento del cáncer cervicouterino por etapas de la FIGO.....	400
Anexo 11. Modelos de documentos.....	402
Formulario modelo 11.1: Carta modelo dirigida a una paciente cuya prueba de tamizaje ha dado un resultado anormal y ella no ha regresado para recibir el resultado o el tratamiento en el momento previsto.....	402
Formulario modelo 11.2: Modelo de tarjeta que se puede utilizar como parte de un sistema de localización de las pacientes que necesitan una nueva prueba de tamizaje.....	403
Formulario modelo 11.3: Modelo de tarjeta que se puede utilizar como parte de un sistema de localización de las pacientes derivadas para evaluación diagnóstica ulterior.....	404
Formulario modelo 11.4: Carta modelo en que se informa al consultorio remitente de una paciente sobre el resultado de su evaluación diagnóstica.....	405
Anexo 12. Tratamiento de las infecciones cervicouterinas y de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)	406
Anexo 13. Cómo preparar la solución de Monsel.....	408
Anexo 14. Notificación de la presencia de carcinoma cervicouterino	410
Formulario modelo 14.1: Formulario de notificación de histerectomía radical	411
Glosario	412

Siglas y abreviaturas

ACO	anticonceptivos orales
AGC	células glandulares atípicas
AINE	fármaco antiinflamatorio no esteroide
AIS	adenocarcinoma in situ
ASC	siglas en inglés de las células escamosas atípicas
ASC-H	siglas en inglés de las células escamosas atípicas: no puede excluirse una lesión intraepitelialescamosa de alto grado
ASCUS	siglas en inglés de las células escamosas atípicas de significado indeterminado
C4GEP	siglas en inglés de la publicación <i>Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales</i>
C4P	siglas en inglés del instrumento de estimación de costos de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino
CAPI	Comité nacional asesor sobre prácticas de inmunización
CBL	citología en base líquida (o en medio líquido)
CD4	grupo de diferenciación 4
CDC	siglas en inglés de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos de América)
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIIC	Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
CKC	siglas en inglés del procedimiento de conización con bisturí frío
DIU	dispositivo intrauterino
DPT	vacuna contra la difteria, la tos ferina (pertussis) y el tétanos
EAPV	eventos adversos posvacunales
EMG	equipo multidisciplinario de gestión
ENT	enfermedades no transmisibles
EPI	enfermedad pélvica inflamatoria
EPP	equipo de protección personal
FICA	Organismo de Cooperación Internacional de Flanders
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
GAVI	Alianza GAVI (anteriormente Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización)
GFD	Grupo de Formulación de Directrices
GRADE	Sistema de jerarquización de la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones
GRE	Grupo de Revisión Externa
GSK	GlaxoSmithKline
HP	hoja práctica
HSIL	siglas en inglés de la lesión escamosa intraepitelial de alto grado
IEC	información, educación y comunicación

INC	Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de Salud (Estados Unidos de América)
INCa	Institut National du Cancer
IRM	imagenología por resonancia magnética
ITS	infección de transmisión sexual
IVAA	inspección visual con ácido acético
Jhpiego	Organización afiliada a la Universidad Johns Hopkins (anteriormente Programa de Educación Internacional en Ginecología y Obstetricia de la Universidad Johns Hopkins)
LEC	legrado endocervical
LEEP	siglas en inglés de la escisión electroquirúrgica con asa
LSIL	siglas en inglés de la lesión escamosa intraepitelial de bajo grado
MSD	Merck Sharp & Dohme Corp.
NIC	neoplasia intraepitelial cervicouterina
NIH	siglas en inglés de los Institutos Nacionales de Salud (de los Estados Unidos de América)
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
Pap	Papanicolaou
PATH	organización internacional sin fines de lucro (anteriormente Programa de Tecnología Sanitaria Apropriada)
PCI	prevención y control de infecciones
PEPFAR	siglas en inglés del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA
PSC	promotor de salud comunitaria
SAGE	siglas en inglés del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización
SIG	sistema de información gerencial
SPMSD	Sanofi Pasteur MSD
SyE	seguimiento y evaluación
TC, o TAC	tomografía computadorizada, o tomografía axial computadorizada
TED	tasa elevada de dosis
TRD	tasa reducida de dosis
TSC	trabajador (o agente) sanitario de la comunidad
UEC	unión escamoso-cilíndrica
UICC	Unión Internacional para el Control del Cáncer
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VLP	partículas semejantes a virus
VPH	virus del papiloma humano
VVM	sensor de control de la vacuna

Compilación de puntos clave

Capítulo 1. Generalidades

- Aunque el cáncer cervicouterino es una enfermedad en gran parte prevenible, es una de las principales causas de muerte por cáncer entre las mujeres de todo el mundo. La mayoría de esas defunciones ocurren en países de ingresos bajos o medianos
- La causa primaria de las lesiones precancerosas y del cáncer cervicouterino es la infección persistente o crónica por uno o más de los tipos “de alto riesgo” (u oncógenos) de virus del papiloma humano (VPH).
- La infección por VPH es la que se contrae con mayor frecuencia durante las relaciones sexuales, por lo general a principios de la vida sexual.
- En la mayoría de las mujeres y hombres que se infectan con VPH, la infección remitirá espontáneamente
- Persiste una minoría de infecciones por VPH; en las mujeres esto puede conducir a lesiones precancerosas del cuello uterino que, si no se las trata, pueden evolucionar hacia un cáncer 10 a 20 años después.
- Las mujeres con VIH tienen mayores probabilidades de contraer infecciones persistentes por VPH a una edad más temprana y desarrollar cáncer antes.
- El conocimiento básico de la anatomía del aparato genital femenino y de la evolución natural del cáncer cervicouterino a los dispensadores de asistencia sanitaria a niveles primario y secundario la base de conocimientos para comunicarse eficazmente y hacer entender mejor la prevención del cáncer cervicouterino a las mujeres, las familias y las comunidades.

Capítulo 2. Elementos esenciales de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino

- La elaboración de cualquier programa nacional de prevención y control del cáncer cervicouterino debe hacerse en conformidad con el marco de los “seis elementos básicos” establecido por la OMS para fortalecer todo el sistema de salud. .
- Los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino están elaborados y diseñados para reducir la incidencia de cáncer cervicouterino, así como la morbilidad y la mortalidad que este causa
- Hay grandes inequidades de acceso a un tamizaje y un tratamiento eficaces del cáncer cervicouterino; el cáncer cervicouterino invasor afecta predominantemente a mujeres que carecen de acceso a estos servicios.
- Un programa integral debe incluir actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria (incluido tratamiento), y acceso a cuidados paliativos.
- Los servicios de tamizaje deben vincularse al tratamiento y al seguimiento postratamiento.
- El seguimiento y la evaluación son componentes esenciales de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino.

Capítulo 3. Movilización comunitaria, educación y orientación

- La extensión, la movilización comunitaria, la educación sanitaria y la orientación son componentes esenciales de un programa eficaz de prevención y control del cáncer cervicouterino para garantizar una gran cobertura de vacunación, una elevada cobertura de tamizaje y un alto cumplimiento del régimen terapéutico.
- Las estrategias de extensión deben llegar a las niñas y las mujeres jóvenes, es decir a quienes más se benefician de la vacunación y del tamizaje, respectivamente, pero también a los hombres, los muchachos y los líderes comunitarios y principales interesados directos, y deben conseguir que todos ellos participen.
- La movilización comunitaria y la educación sanitaria son herramientas esenciales para superar las dificultades comunes que impiden el acceso a la atención preventiva y la utilización de la misma; entre esos obstáculos frecuentes figuran tabús sociales, barreras lingüísticas, falta de información y falta de transporte para llegar a los sitios.
- La educación sanitaria consigue que las mujeres, sus familias y la comunidad en general sepan que el cáncer cervicouterino es prevenible.
- Los mensajes de educación sanitaria acerca del cáncer cervicouterino deben reflejar la política nacional y deben ser culturalmente apropiados y coherentes en todos los niveles del sistema de salud.
- Los establecimientos de asistencia sanitaria deben tener una habitación privada que pueda utilizarse para proporcionar a las mujeres individualmente información y orientación, si fuera apropiado, a fin de ayudarlas a elegir las mejores alternativas para su salud.
- Es preciso capacitar a los dispensadores de asistencia sanitaria para que hablen sin prejuicios sobre la sexualidad y aborden las cuestiones relacionadas con el cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano (VPH) protegiendo al mismo tiempo la privacidad de las pacientes y la confidencialidad.
- Es fundamental que en los mensajes educativos se insista en que las mujeres cuyos resultados del tamizaje hayan sido anormales deben regresar para el seguimiento.

Capítulo 4. Vacunación contra el VPH

- El virus del papiloma humano (VPH) causa la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente.
- El cáncer cervicouterino es causado por tipos de VPH de alto riesgo; los dos que causan con mayor frecuencia cáncer cervicouterino son los tipos 16 y 18, que juntos son responsables de aproximadamente un 70% de los casos de cáncer cervicouterino en todos los países del mundo.
- Dos vacunas que impiden las infecciones por los tipos 16 y 18 de VPH de alto riesgo están autorizadas actualmente en la mayoría de los países; ambas tienen antecedentes de seguridad excelentes y se pueden coadministrar sin riesgos con otras vacunas, como la triple contra la difteria, la tos ferina (pertussis) y el tétanos (DPT) y la vacuna antihepatitis B.

- Una de las vacunas contra VPH, la tetravalente, previene también las infecciones por los tipos de VPH 6 y 11, que causan el 90% de las verrugas genitanales o condilomas.
- La vacunación de las niñas antes de la iniciación de la actividad sexual es una intervención importante de prevención primaria en un programa integral de prevención y control del cáncer cervicouterino.
- Las vacunas no tratan la infección preexistente por VPH ni las enfermedades asociadas a VPH, por lo que la vacunación se recomienda antes de la iniciación de la actividad sexual.
- Dado que las vacunas no protegen contra todos los tipos de VPH que pueden causar cáncer cervicouterino, las niñas vacunadas contra VPH necesitarán ser sometidas nuevamente a tamizaje de cáncer cervicouterino en años posteriores de su vida.

Capítulo 5. Tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas del cuello uterino

- La detección precoz, mediante el tamizaje de todas las mujeres del grupo de edad previsto, seguida del tratamiento de las lesiones precancerosas detectadas, pueden prevenir la mayoría de los cánceres cervicouterinos.
- El tamizaje del cáncer cervicouterino debe realizarse por lo menos una vez a cada mujer del grupo de edad previsto que más puede beneficiarse: entre los 30 y los 49 años.
- Se recomienda someter a tamizaje de cáncer cervicouterino por lo menos una vez a cada mujer del grupo de edad previsto, pero esto se puede hacer extensivo a las mujeres menores de 30 años de edad si hay indicios de un alto riesgo de NIC2+.
- Las pruebas de detección de VPH, los estudios citológicos y la inspección visual con ácido acético (IVAA) son métodos de tamizaje recomendados.
- Para que la prevención del cáncer cervicouterino sea eficaz, las mujeres con resultados positivos en el tamizaje deben recibir un tratamiento eficaz.
- Se recomienda adoptar un método “de tamizaje y tratamiento” o bien uno “de tamizaje, diagnóstico y tratamiento”.
- Las decisiones sobre el método de tamizaje y tratamiento por adoptar en un país o un establecimiento de asistencia sanitaria deben basarse en una variedad de factores, entre ellos las ventajas e inconvenientes, la posibilidad de que las mujeres no regresen para el seguimiento, los costos y la disponibilidad del equipo y de los recursos humanos necesarios.
- En el enfoque de tamizaje y tratamiento, la decisión sobre el tratamiento se basa en una prueba de detección, y el tratamiento se dispensa con prontitud o, idealmente, de inmediato tras una prueba de detección positiva (es decir, sin una prueba de diagnóstico previa).
- El enfoque de tamizaje y tratamiento reduce la pérdida de pacientes para el seguimiento y permite reducir retrasos de inicio del tratamiento de las mujeres.
- En las mujeres con resultados negativos en la prueba de IVAA o en la citología, el intervalo previo a un nuevo tamizaje debe ser de tres a cinco años.

- En las mujeres con resultados negativos en la prueba de detección de VPH, se debe proceder a un nuevo tamizaje tras un intervalo mínimo de cinco años.
- Si hay sospecha de cáncer en mujeres que acuden al tamizaje, no se las debe tratar sino derivar a un establecimiento para diagnóstico y tratamiento del cáncer.
- La crioterapia o la escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) pueden proporcionar un tratamiento eficaz y apropiado a la mayoría de las mujeres con resultado positivo en el tamizaje de precáncer cervicouterino.

Capítulo 6. Diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino invasor

- Las mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino invasor temprano generalmente pueden curarse con un tratamiento eficaz.
- Es importante que los dispensadores de asistencia sanitaria de todos los niveles puedan reconocer y con prontitud controlar los síntomas y signos comunes del cáncer cervicouterino.
- El diagnóstico definitivo de cáncer cervicouterino invasor se hace mediante el estudio histopatológico de una biopsia.
- Conviene que las mujeres con cáncer cervicouterino invasor sean enviadas a establecimientos de nivel terciario para tratamiento del cáncer.
- Las opciones de tratamiento incluyen cirugía, radioterapia y quimioterapia; estas se pueden utilizar en combinación.
- Es preciso hacer conocer a las pacientes los posibles efectos colaterales del tratamiento, como infertilidad, menopausia, malestar o dolor en el coito, y posibles cambios intestinales o vesicales.
- Se debe informar a las pacientes que necesitarán seguimiento a largo plazo y contacto con la unidad de cáncer donde recibieron su tratamiento.
- Los dispensadores de nivel terciario deben enviar registros escritos completos del tratamiento y del plan de atención en curso a los dispensadores más cercanos al hogar de la paciente, que se encargarán de su seguimiento.
- Si no se trata, el cáncer cervicouterino invasor es casi siempre mortal.

Capítulo 7. Cuidados paliativos

- Los cuidados paliativos son un elemento esencial del control del cáncer cervicouterino.
- Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de las pacientes y sus familias que afrontan los problemas asociados con una enfermedad potencialmente mortal.
- Los cuidados paliativos consisten en la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana y la evaluación y el tratamiento del dolor y de otras formas de sufrimiento físico, psicosocial y espiritual.
- Los cuidados paliativos pueden ayudar a las personas en fase avanzada de la enfermedad a tener dignidad y paz durante las etapas difíciles y terminales de la vida.

- Los cuidados paliativos se prestan mejor si se utiliza un enfoque de equipo multidisciplinario que incluya a la paciente, su familia y personas cercanas que apoyan, agentes sanitarios de la comunidad y dispensadores de cuidados paliativos especiales en la comunidad, así como a dispensadores de asistencia sanitaria de establecimientos de todos los niveles.
- Se deben fortalecer los mecanismos de implementación de los cuidados paliativos, incluidas la educación y la disponibilidad de medicamentos.
- Mediante una combinación amplia de métodos médicos y no médicos es posible controlar eficazmente la mayor parte del dolor.
- Se debe permitir que las enfermeras con la capacitación apropiada prescriban opioides orales fuertes, con sujeción a las normas y directrices nacionales.
- La calidad de los cuidados paliativos depende mucho de una capacitación y una supervisión adecuadas de los dispensadores de atención sanitaria, y en lo posible también de los cuidadores comunitarios.
- El acceso a todos los medicamentos, equipo y suministros necesarios es fundamental para el tratamiento de los síntomas, tanto en el establecimiento de asistencia sanitaria como en el hogar de la paciente.

Prefacio

El cáncer cervicouterino es una de las amenazas más graves para la vida de las mujeres. Se calcula que actualmente en el mundo lo padecen más de un millón de mujeres. La mayoría de ellas no han sido diagnosticadas ni tienen acceso a un tratamiento que podría curarlas o prolongarles la vida. En el 2012 se diagnosticaron 528 000 casos nuevos, y 266 000 mujeres murieron de esta enfermedad, casi el 90% de ellas en países de ingresos bajos o medianos. Se prevé que, sin atención urgente, las defunciones debidas a cáncer cervicouterino podrían aumentar casi un 25% durante los próximos 10 años.

El cáncer cervicouterino se presenta en todo el mundo, pero las tasas de incidencia más altas se encuentran en América Central y del Sur, África Oriental, Asia Meridional y Sudoriental y el Pacífico Occidental. En los tres últimos decenios, las tasas de cáncer cervicouterino han descendido en la mayor parte del mundo desarrollado, en gran medida como resultado de los programas de tamizaje y tratamiento. En cambio, en la mayoría de los países en desarrollo las tasas han aumentado o se han mantenido estacionarias. También existen grandes disparidades en el mundo desarrollado, donde las mujeres rurales y las más pobres corren mayor riesgo de cáncer cervicouterino invasor.

La mayoría de las mujeres que mueren de cáncer cervicouterino, en particular en países en desarrollo, se encontraban en el apogeo de la vida. Puede que hayan criado a varios hijos, cuidado a sus familias y contribuido a la vida social y económica de las ciudades o pueblos donde vivieron. La muerte de una mujer es tanto una tragedia personal como una pérdida triste e innecesaria para su familia y su comunidad, con repercusiones enormes para el bienestar de ambas. Estas defunciones son intempestivas porque hay datos científicos irrefutables de que el cáncer cervicouterino es una de las formas más prevenibles y tratables de cáncer si se detecta precozmente y se atiende eficazmente.

Mientras que los países menos desarrollados tienen claramente más probabilidad de carecer de sistemas de salud eficaces y de recursos financieros suficientes en comparación con los países desarrollados, es decisivo subrayar que uno de los impulsores del cáncer cervicouterino menos reconocidos pero más poderosos es la falta de igualdad de acceso de las mujeres a la atención de salud en muchas sociedades. Podemos satisfacer las necesidades de recursos y de una mejor atención de salud a las mujeres de los países en desarrollo. También podemos tratar de entender mejor la desigualdad por razón de género y tenerla en cuenta al formular políticas y programas de salud, y considerar asimismo otros determinantes sociales de la salud importantes, como la riqueza, la educación, la religión y la etnicidad.

En el 2007, como asunto de política, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución que comprometió a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus Estados Miembros al proceso de integración de la perspectiva de género. Por integración de la perspectiva de género se entiende el proceso sistemático de comprender las cuestiones de género

y tenerlas en cuenta en el diseño, la aplicación y la evaluación de todas las políticas y programas. Estos conocimientos y acciones son un componente esencial de la elaboración de programas equitativos y accesibles, inclusive maneras innovadoras de llegar a las mujeres, especialmente las más desfavorecidas.

Mientras sigue abogando por más atención y recursos para la salud de la mujer, además de abordar la atención materna y la planificación familiar, la OMS también se dedica activamente al fortalecimiento de los sistemas de salud en general y al desarrollo, a la puesta a prueba y a la aplicación de tecnologías apropiadas para que la atención integral al cáncer cervicouterino sea factible y asequible en los países de ingresos bajos y medianos. Los nuevos adelantos tecnológicos ofrecen la posibilidad de enfrentar el cáncer cervicouterino de una manera más integral y prever un futuro más saludable para las niñas y las mujeres. La creciente disponibilidad de diversas tecnologías de tamizaje, tales como la inspección visual con ácido acético (IVAA) y las pruebas de detección de VPH, y las nuevas vacunas contra virus del papiloma humano (VPH) pueden ayudar a prevenir muchos casos de cáncer cervicouterino. Por otro lado, puesto que la vacunación contra VPH se dirige a las niñas de 9 a 13 años de edad, antes de que pasen a ser sexualmente activas, existe la oportunidad de aplicar un método de prevención y control del cáncer cervicouterino que abarque el ciclo de la vida comenzando en la niñez y continuando en la edad adulta, recomendándose el tamizaje entre los 30 y los 49 años de edad.

La implementación de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino extiende el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva que mejoran la salud de la mujer. Esto a su vez contribuye al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y al futuro programa internacional de desarrollo para después del 2015. Estos programas también contribuyen a la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño establecida en el 2010 por el Secretario General de las Naciones Unidas.

Además, el cáncer cervicouterino se destaca en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles (ENT), celebrada en el 2011. En la Asamblea Mundial de la Salud del 2013, los Estados Miembros acordaron un plan de acción 2014-2020 para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles; en este plan de acción, el control del cáncer cervicouterino se encuentra entre las intervenciones prioritarias que se recomendarán en todo el mundo en materia de control del cáncer. La OMS impulsa la implementación de este plan de acción sobre las enfermedades no transmisibles, y los Estados Miembros se han comprometido a incluir en sus planes nacionales de salud intervenciones relacionadas con el cáncer cervicouterino y otras enfermedades no transmisibles.

Hay múltiples oportunidades para integrar la prevención y el control del cáncer cervicouterino en los sistemas de asistencia sanitaria existentes, por ejemplo programas de salud reproductiva y programas contra la infección por VIH/sida. Los programas nacionales de prevención y control del cáncer cervicouterino ofrecen un modelo de colaboración entre varios programas, como los de salud reproductiva, enfermedades no transmisibles y cáncer, inmunización y salud de los adolescentes. Estos programas nacionales podrían así fomentar cambios en la planificación y la prestación de atención de salud, apoyando una transición de los enfoques verticales a sistemas horizontales.

Esta publicación, *Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales*, (C4GEP, por sus siglas en inglés) presenta una visión amplia de lo que significa un método integral de prevención y control del cáncer cervicouterino. En particular, describe estrategias complementarias para la prevención y el control integrales del cáncer cervicouterino, y destaca la necesidad de colaboración entre los diversos programas, organizaciones y asociados. Esta guía nueva actualiza la edición del 2006 e incluye novedades prometedoras en materia de tecnologías y estrategias que pueden subsanar los desfases entre las necesidades de servicios de prevención y control del cáncer cervicouterino y la disponibilidad de los mismos.

Dra Flavia Bustreo
Subdirectora General
Salud de la Familia, la Mujer y el Niño

Dra Marie-Paule Kieny
Subdirectora General
Sistemas de Salud e Innovación

Dr Oleg Chestnov
Subdirector General
Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental

Introducción

Acerca de la guía

Esta es la edición del 2014 de Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales, que se ha revisado y actualizado después de la edición del 2006.

Por qué era importante una revisión

En los últimos años han aparecido nuevas estrategias pioneras de prevención y control del cáncer cervicouterino. Dado que esas estrategias requieren una evaluación basada en datos científicos para la toma de decisiones en la práctica clínica y la planificación de programas, un Comité Directivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y un grupo de expertos invitados se reunieron en Ginebra, Suiza, en septiembre del 2010, para asegurarse de que las orientaciones de la OMS sobre el cáncer cervicouterino siguieran recogiendo todas las tecnologías y estrategias pertinentes. En el anexo 1 se presentan las listas de participantes y contribuyentes, y en el anexo 2 la metodología de la formulación de directrices, las funciones de los grupos técnicos y de trabajo, el abordaje de los conflictos de intereses y las declaraciones de intereses.



Participantes y contribuyentes



Métodos de formulación de directrices, y funciones

La presente guía revisada contiene las recomendaciones de la OMS sobre el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas y sobre la vacunación contra el VPH formuladas hasta abril del 2014, teniendo en cuenta los resultados pertinentes basados en datos científicos publicados hasta diciembre del 2013; en esta publicación también se señalan nuevas prácticas que todavía se están evaluando.

Esta guía tiene dos capítulos nuevos, un capítulo reorganizado y dos capítulos sustancialmente revisados. Todos los capítulos se han actualizado a fondo y se han editado según lo necesario.

Los capítulos nuevos son los siguientes:

Capítulo 2: Elementos esenciales de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino. En respuesta a peticiones de directores de programas y otros lectores de todos los niveles de la atención de salud, la OMS ha incorporado este capítulo totalmente nuevo que describe aspectos clave de las consideraciones programáticas asociadas con los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino, a saber: planificación, preparación, implementación, seguimiento y evaluación, supervisión, y capacitación.

Capítulo 4: Vacunación contra VPH. Este capítulo proporciona una descripción detallada de los programas de vacunación contra VPH a las niñas de 9 a 13 años de edad. Tales programas no existían en los países en desarrollo en el momento de la primera edición, pero

hoy se encuentran en un número cada vez mayor de países. Este capítulo también incluye un conjunto de tres recomendaciones clave de la OMS sobre las vacunas contra VPH.

El capítulo reorganizado es el siguiente:

Capítulo 5: Tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas del cuello uterino.

En el capítulo 5 se reúne ahora información de dos capítulos de la edición precedente, uno sobre cribado (o tamizaje) del precáncer cervicouterino y el otro tratamiento del precáncer cervicouterino. Esta consolidación se hizo porque el tamizaje sin tratamiento de las lesiones precancerosas no es una intervención que vaya a reducir la incidencia de cáncer cervicouterino ni la mortalidad asociada. Además, las investigaciones sobre el método de tamizaje y tratamiento para fines de prevención y control del cáncer cervicouterino han avanzado notablemente desde la última edición de esta guía.

Los otros dos capítulos sustancialmente revisados son el **capítulo 6 (Diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino invasor)** y el **capítulo 7 (Cuidados paliativos)**. Estos no incluyen recomendaciones de la OMS porque actualmente se están preparando directrices de la OMS sobre esos temas. Estos dos capítulos se han revisado para reflejar los datos científicos actualmente disponibles.

Alcance y objetivos

El principal objetivo de esta guía es ayudar a los responsables de la prestación de servicios encaminados a reducir la carga del cáncer cervicouterino que pesa sobre las mujeres, sus comunidades y los sistemas de salud. Se centra en los conocimientos, las mejores prácticas y las aptitudes de comunicación que necesitan los dispensadores de asistencia sanitaria que trabajan en la comunidad y los niveles primario y secundario de atención a fin de ofrecer servicios de calidad para la prevención del cáncer cervicouterino, así como para el tamizaje, el tratamiento y los cuidados paliativos, es decir el conjunto continuo y completo de la atención.

Los cuatro niveles de la atención a los que se hace referencia en toda esta guía son los siguientes:

- Comunidad
- Centro de salud, o nivel de atención primaria
- Hospital de distrito, o nivel de atención secundaria
- Hospital central o de referencia, o nivel de atención terciaria.

Cada nivel se describe en la página **XX** (Niveles del sistema de atención de salud).

Público destinatario

Esta guía está dirigida principalmente a los dispensadores de asistencia sanitaria que se ocupan de la salud de la mujer o de los adolescentes en los centros de salud y los hospitales de distrito. Quizá también sea de interés para los dispensadores de nivel comunitario y terciario.

Otros destinatarios, en particular del capítulo 2, sobre los elementos esenciales de los programas, son los dispensadores y administradores de nivel subnacional cuyas responsabilidades pueden incluir la planificación, implementación, vigilancia y evaluación de programas, o la supervisión y capacitación de otros dispensadores de asistencia sanitaria.

Los encargados de adoptar decisiones a nivel nacional encontrarán en esta guía información actualizada basada en datos científicos sobre medidas eficaces de prevención y control del cáncer cervicouterino que pueden ser de utilidad para inspirar la actualización de sus propias directrices y protocolos.

Lenguaje utilizado en la guía

El lenguaje de toda la guía se ha adaptado intencionalmente al principal público destinatario: los trabajadores de nivel primario y secundario cuyos beneficiarios máximos son sus clientes, pacientes y comunidades. Evita la jerga técnica en las descripciones de procedimientos y servicios de nivel terciario prestados por especialistas. En cambio, proporciona herramientas para explicar y abordar cuestiones básicas con las pacientes y sus círculos de apoyo a fin de que puedan entender dichas cuestiones y tomar decisiones fundamentadas. Los términos técnicos utilizados en esta guía que podrían ser desconocidos para el lector se definen en el glosario.

Estructura de la guía

Esta guía consta de siete capítulos:

Capítulo 1: Generalidades

Capítulo 2: Elementos esenciales de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino

Capítulo 3: Movilización comunitaria, educación y orientación

Capítulo 4: Vacunación contra el VPH

Capítulo 5: Tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas del cuello uterino

Capítulo 6: Diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino invasor

Capítulo 7: Cuidados paliativos

Cada **capítulo** contiene toda la información necesaria para conocer un aspecto de la prevención o del control del cáncer cervicouterino. El contenido de cada capítulo está organizado de la siguiente manera:

- los puntos clave del material abarcado en el capítulo;
- una descripción de las funciones y responsabilidades de los dispensadores de nivel primario y secundario con relación al tema del capítulo;

- información básica sobre el tema, seguida de un examen de las prácticas de atención clínica establecidas y en evolución, y recomendaciones prácticas, según corresponda (esta sección presenta información básica y describe las aptitudes que permitirán al dispensador ofrecer servicios de buena calidad y actualizados);
- orientación y sugerencias sobre la manera de comunicarse con las pacientes, las familias y las comunidades y orientarlas;
- información sobre los servicios dispensados en cada uno de los cuatro niveles del sistema de atención de salud, según corresponda;
- mensajes orientadores para ayudar a que los dispensadores se comuniquen con las pacientes acerca de los servicios que han recibido y del seguimiento que necesitarán (los capítulos 6 y 7 contienen sugerencias para ayudar a los dispensadores especializados que trabajan en establecimientos de nivel terciario a mantener conversaciones eficaces en ambos sentidos con las pacientes, sus familias y los círculos de apoyo);
- una bibliografía complementaria.

Las **hojas prácticas**, presentadas después de los capítulos, están ideadas para que sirvan como lo siguiente:

- recordatorios para los dispensadores sobre los elementos importantes que han de incluir cuando describan o ejecuten un procedimiento o componente específico de la atención o cuando proporcionen orientación al respecto (incluidas respuestas a muchas preguntas frecuentes); o
- listas de verificación para que los dispensadores se cercioren de que cuentan con los elementos necesarios antes de comenzar una actividad (por ejemplo, antes de una sesión de vacunación contra el VPH), o para documentar la competencia (por ejemplo, la manera correcta de realizar la crioterapia) como parte de la supervisión capacitante

Los capítulos 6 y 7, sobre tratamiento del cáncer cervicouterino y sobre cuidados paliativos, respectivamente, se complementan con hojas prácticas destinadas a que los dispensadores capacitados de nivel básico e intermedio tengan información clara para explicar a las pacientes y sus familiares los servicios que pueden recibir en los hospitales de especialistas a los que se las derive para ulteriores estudios o tratamientos.

Las hojas prácticas se pueden reproducir o adaptar por separado. No están destinadas a que un novato aprenda a llevar a cabo un procedimiento.

Los **anexos** presentados al final de la guía facilitan detalles sobre componentes específicos de las prácticas conforme a los protocolos internacionalmente establecidos (por ejemplo, diagramas de flujo de la atención y protocolos de tratamiento) y estrategias para velar por la calidad de los servicios (por ejemplo, prevención y control de infecciones).

El **glosario** contiene definiciones de términos científicos y técnicos utilizados en la guía.

El equipo de atención de salud

En un programa ideal de prevención y control del cáncer cervicouterino los dispensadores trabajan en equipo de manera complementaria y sinérgica, manteniendo una buena comunicación entre los diversos niveles de la atención y dentro de cada uno de ellos. En algunos países, los sectores privado y no gubernamental son dispensadores importantes de servicios para cáncer cervicouterino. Los esfuerzos por integrar a dichos servicios, así como a las organizaciones profesionales que representan a una variedad de dispensadores (como asociaciones de médicos generalistas, ginecólogos, pediatras, especialistas en salud pública y vacunólogos), pueden ser valiosos para extender el alcance de los servicios y asegurar que se apliquen protocolos y normas similares. Con la creciente disponibilidad de las vacunas contra el VPH en un mayor número de países, los pediatras y los educadores también desempeñan una función clave para los servicios de prevención del cáncer cervicouterino. Las nuevas tecnologías más sencillas (como las empleadas en el enfoque de tamizaje y tratamiento) brindan oportunidades para delegar funciones dentro del equipo de dispensadores de asistencia sanitaria.

Algunas funciones posibles de los dispensadores de diferentes niveles del sistema de atención de salud son las siguientes:

- Los agentes sanitarios de la comunidad pueden concientizar acerca del cáncer cervicouterino en la comunidad, motivar y ayudar a las mujeres para que utilicen los servicios, y proceder al seguimiento de las que hayan recibido un resultado positivo en pruebas de detección y de las que regresen a casa después de haber sido tratadas en niveles más altos de la atención.
- Los dispensadores de atención primaria pueden promover servicios, desplegar actividades de tamizaje, seguimiento y orientación, enviar a sus pacientes a establecimientos de nivel más alto en caso necesario, y suministrar información clara sobre lo esperable en esos establecimientos.
- Los dispensadores de atención secundaria (nivel de distrito) prestan una variedad de servicios de diagnóstico y de tratamiento y derivan a las pacientes a niveles superiores o inferiores de la atención. Según lo descrito anteriormente, estos dispensadores también pueden encargarse de consideraciones programáticas.
- Los dispensadores de atención terciaria tratan a las pacientes con enfermedad invasora y avanzada y las derivan a niveles de atención inferiores (primario o secundario) cuando corresponda.

Utilización de la guía

Al igual que su primera edición, esta guía revisada suministra información ampliamente aplicable que puede adaptarse a los sistemas de salud locales así como a las necesidades, al lenguaje y a la cultura locales.

Esta guía y sus recomendaciones pueden utilizarse a nivel nacional como base para elaborar o adaptar directrices nacionales, modificar normas y procedimientos o actualizar programas a fin de que estén claramente en conformidad con las normas internacionalmente reconocidas de la OMS, basadas en datos científicos.

Esta guía puede ser utilizada por los dispensadores de asistencia sanitaria y los directores de programas de todos los niveles del sistema de salud:

- como manual de referencia que suministra información básica y actualizada sobre prevención, tamizaje, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino;
- para diseñar la formación y la capacitación previas al servicio y en el servicio y como instrumento autodidáctico;
- como repaso de los procedimientos de prevención y tratamiento del cáncer cervicouterino;
- para obtener asesoramiento basado en datos científicos sobre cómo proceder en situaciones específicas;
- para comprender cómo se vinculan entre sí las funciones de los diversos dispensadores en los diferentes niveles del sistema de atención de salud.

También se puede utilizar en el desarrollo de recursos humanos para la salud, como referencia al idear cursos de capacitación y material de apoyo destinados a los trabajadores comunitarios y de otro tipo recién incorporados en los servicios orientados hacia el cáncer cervicouterino a nivel local.

Esta guía se puede utilizar en su totalidad, o los usuarios se pueden centrar en las secciones pertinentes para su esfera y su nivel de práctica.

Difusión de las directrices

Estas directrices estarán disponibles en línea en la base de datos de la Biblioteca de la OMS, y se incorporará un enlace a ellas en la página web de “Salud sexual y reproductiva” de la OMS y en la *Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS* (BSR), una revista electrónica de revisiones.¹ La publicación también se anunciará en *WHO Reproductive Health Update*,² del Programa Especial PNUD/FNUAP/UNICEF/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP), que llega a más de 2000 suscriptores y numerosas organizaciones colaboradoras. Muchas de estas organizaciones también reproducirán el anuncio en sus respectivos boletines informativos.

Las directrices impresas se distribuirán a los suscritos a las publicaciones de la OMS, la lista de direcciones de la OMS para distribución gratuita obligatoria (los principales

¹ <http://www.who.int/library/databases/es/>; la página web pertinente de Salud sexual y reproductiva de la OMS se encuentra en <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/cancer>; la Biblioteca de Salud Reproductiva (BSR) de la OMS está en <http://apps.who.int/rhl/es/>.

² Se puede solicitar una suscripción a *WHO Reproductive Health Update* en <http://www.who.int/reproductivehealth/RHUpdate/en/>.

ejecutivos nacionales de salud, los ministros de salud o los directores generales de salud, las bibliotecas depositarias de las publicaciones de la OMS, los representantes y oficiales de enlace de la OMS, la Biblioteca de la sede de la OMS, las Oficinas Regionales de la OMS y las bibliotecas de las oficinas exteriores), otros destinatarios de distribución gratuita no obligatoria (autoridades nacionales competentes en materia de salud sexual y reproductiva, programas de control del cáncer, centros nacionales de investigación sobre salud reproductiva y centros colaboradores de la OMS), personal de la sede, las oficinas regionales y las oficinas de la OMS en los países y en otros sitios, ONG pertinentes, las asociaciones médicas interesadas en el control del cáncer o la salud sexual y reproductiva, revistas científicas (incluidas revistas médicas generales y revistas especializadas en salud sexual y reproductiva o en cáncer), organizaciones internacionales, donantes, posibles donantes, posibles editores de versiones traducidas, así como todos los que hayan contribuido a los documentos,³ y el Congreso Mundial de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO),⁴ entre otros. También se planifican varios seminarios por internet en el 2015 y el 2016 en cada una de las regiones de la OMS con el Grupo de Acción sobre Cáncer Cervicouterino.⁵

Ya se han planificado talleres regionales en las Américas y en África para presentar en el 2015 las nuevas directrices de la OMS a varios interesados directos involucrados en la planificación de programas nacionales. Las otras regiones quedarán abarcadas en el 2016 y el 2017.

Si lo solicitan las Oficinas Regionales de la OMS, se apoyará a los países para que adapten las directrices a las necesidades específicas del país e integren el material con las directrices nacionales existentes. La adaptación se hará mediante talleres regionales, subregionales y de país en los que se analizarán los principales elementos de las directrices a fin de adaptarlas al contexto epidemiológico, cultural y socioeconómico nacional. Inicialmente, las directrices estarán disponibles solo en inglés y las traducciones se harán si hay disponibilidad de financiamiento. Se promoverán la traducción a idiomas diferentes de los oficiales de las Naciones Unidas y la publicación en esos idiomas por terceros.

Evaluación de las directrices

El número de descargas de los sitios web de la OMS (sede y regiones) se utilizará como un indicador del interés en estas directrices.

El Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la Sede está trabajando con las Oficinas Regionales de la OMS a fin de seguir de cerca las solicitudes de asistencia técnica de los países para aplicar estas directrices. Para ello se organizarán en los países reuniones de interesados directos nacionales y se registrarán las reacciones sobre la claridad, la viabilidad y la utilidad de las recomendaciones y directrices. También

³ Véase: <http://www.uicc.org/convening/world-cancer-congress>

⁴ Véase: <http://figo2015.org/>

⁵ Véase: <http://www.cervicalcanceraction.org/home/home.php>

seguiremos de cerca, junto con las oficinas regionales, el número de países que modifican sus directrices nacionales sobre la base de estas nuevas directrices de la OMS.

Actualización de las directrices

El Grupo de Formulación de Directrices seguirá colaborando con la OMS de manera especial en lo concerniente a cada uno de los capítulos para que se puedan abordar las necesidades de investigación identificadas durante el proceso de elaboración. Además, se seguirán de cerca los datos científicos publicados sobre nuevos métodos de tamizaje y tratamiento del cáncer y del precáncer cervicouterinos para que con prontitud se pueda considerar la actualización de las orientaciones y recomendaciones. Lo mismo se aplicará a las recomendaciones relacionadas con la vacunación contra el VPH; el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE) examina constantemente los nuevos datos publicados pertinentes. Un grupo del Programa de Control del Cáncer de la OMS también trabajará en las recomendaciones sobre el tratamiento del cáncer en general. Por último, tras la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud del 2014 sobre cuidados paliativos, un grupo también formulará nuevas recomendaciones sobre este tema. En la OMS prevemos que aproximadamente cinco años después de la publicación de las presentes recomendaciones habrá suficientes datos científicos nuevos para actualizar estas directrices de la OMS y posiblemente agregar otras nuevas.

Niveles del sistema de atención de salud⁶

Nivel de la comunidad

Este nivel abarca a individuos y organizaciones, organizaciones comunitarias no gubernamentales de carácter religioso y de otra índole y servicios de cuidados paliativos presentes en la comunidad y en el hogar. También abarca los puestos de salud, que suelen tener una enfermera auxiliar o un agente sanitario de la comunidad.

⁶ Esta descripción no abarca los servicios y proveedores existentes fuera del sistema de salud formal, como curanderos, parteras tradicionales, vendedores de medicamentos y otros, que también desempeñan papeles importantes.

En la comunidad



En el centro de salud



Centro de salud: nivel de atención primaria

Un centro de salud es un establecimiento de atención primaria con personal capacitado y horas de trabajo regulares. Puede ofrecer servicios de maternidad y servicios mínimos de laboratorio.

Los dispensadores de este nivel son enfermeras, enfermeras auxiliares o asistentes de enfermería, consejeros, educadores de salud, practicantes de medicina, técnicos clínicos y, a veces, médicos.

En el hospital de distrito



Hospital de distrito: nivel de atención secundaria

Un hospital de este nivel suele proporcionar servicios generales de medicina, pediatría y maternidad, cirugía general, atención en régimen de internación y en régimen ambulatorio y atención especializada en algunas áreas específicas. Se puede derivar a este nivel a pacientes de centros de salud y de médicos particulares del distrito. Puede ofrecer servicios de laboratorio de citología e histopatología.

Los dispensadores son médicos generalistas o técnicos clínicos, enfermeras, practicantes de farmacia o empleados de despacho de medicamentos, practicantes de medicina, asistentes de enfermería y asistentes en tecnología de laboratorio, posiblemente un ginecólogo y un auxiliar de laboratorio de citología. A menudo este nivel incluye sanatorios privados y hospitales misionales.

En el hospital central



Hospital central o de referencia, nivel de atención terciaria

Los hospitales de atención terciaria prestan a casos complejos y a pacientes gravemente enfermos una atención especializada que comprende operaciones quirúrgicas, radioterapia, múltiples servicios de atención en régimen ambulatorio y en régimen de internación. Tienen consultorios médicos generales donde se atiende a pacientes agudos y crónicos. Disponen de los servicios públicos más completos de laboratorio de diagnóstico y de referencia, con patólogos y citotecnólogos, radiología e imagenología. Entre los dispensadores puede haber ginecólogos, oncólogos y radioterapeutas, así como los dispensadores presentes en los niveles inferiores de la atención.

Bibliografía básica

- Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs: a manual for managers. Seattle (WA): ACCP; 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/paho/2004/a92126.pdf>, accessed 18 July 2014).
- International Agency for Research on Cancer (IARC). IARC handbooks of cancer prevention, volume 10: cervix cancer screening. Lyon: IARC; 2005 (<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/index.php>, accessed 18 July 2014).
- World Health Organization (WHO). Cancer pain relief: with a guide to opioid availability, 2nd edition. Geneva: WHO; 1996 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf>, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation. Geneva: WHO; 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545720.pdf>, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). Surgical care at the district hospital. Geneva: WHO; 2003 (<http://www.who.int/surgery/publications/en/SCDH.pdf>, accessed 18 July 2014).
- Organización Mundial de Salud (OMS). Resolución WHA58.22. Prevención y control del cáncer. 58ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 16 a 25 de mayo del 2005. Ginebra: WHO; 2005 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/A58_2005_REC1-sp.pdf, consultada el 18 de julio del 2014).
- World Health Organization (WHO). Cancer control knowledge into action: WHO guide for effective programmes: palliative care (module 5). Geneva: WHO; 2007 (http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). Cervical cancer, human papillomavirus (HPV), and HPV vaccines: key points for policy-makers and health professionals. Geneva: WHO; 2007 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_RHR_08.14_eng.pdf, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: WHO; 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). Cancer control knowledge into action: WHO guide for effective programmes: diagnosis and treatment (module 4). Geneva: WHO; 2008 (http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_diagnosis/en/, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). A strategic approach to strengthening control of reproductive tract and sexually transmitted infections: use of the programme guidance tool. Geneva: WHO; 2009 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241598569/en/>, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). New vaccine post-introduction evaluation (PIE) tool. Geneva: WHO; 2010 (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/resources/PIE_tool/en/, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). WHO guidelines: use of cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia. Geneva: WHO; 2011 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241502856/en/>, accessed 18 July 2014).

- World Health Organization (WHO). Cervical cancer prevention and control costing tool (C4P): user's guide. Geneva: WHO; 2012 (http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/cervical_cancer_costing_tool/en/, accessed 21 November 2014).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/3PedPainGLs_coverspanish.pdf, consultado el 21 de noviembre del 2014).
- World Health Organization (WHO). WHO information sheet: observed rate of vaccine reactions: human papillomavirus vaccine. Geneva: WHO; 2012 (http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/HPV_Vaccine_rates_information_sheet.pdf, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). WHO technical specifications: cryosurgical equipment for the treatment of precancerous cervical lesions and prevention of cervical cancer. Geneva: WHO; 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241504560/en/>, accessed 18 July 2014).
- Organización Mundial de Salud (OMS). Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>, en inglés, consultado el 21 de noviembre del 2014).
- Organización Mundial de Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS). Nota de orientación de la OPS/OMS: Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. Washington, D.C.: OPS, 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85344/1/9789275317471_spa.pdf)
- Organización Mundial de Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS). Directrices de la OMS/OPS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. Washington, DC: OPS, 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/105132/1/9789275318331_spa.pdf?ua=1).
- World Health Organization (WHO). Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014. *Wkly Epidemiol Rec.* 2014; 89(43):465–92 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf>, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). Implementation tools: package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: WHO; 2014 (<http://www.who.int/nmh/ncd-tools/en/>, accessed 18 July 2014).
- World Health Organization (WHO). Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, April 2014 – conclusions and recommendations. *Wkly Epidemiol Rec.* 2014;89(21):221–36 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8921.pdf>, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). Principles and considerations for adding a vaccine to a national immunization programme: from decision to implementation and monitoring. Geneva: WHO; 2014 (http://www.who.int/immunization/programmes_systems/policies_strategies/vaccine_intro_resources/nvi_guidelines/en/, accessed 21 November 2014).
- Organización Mundial de Salud (OMS). Resolución WHA 67.19. Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida. 67.a Asamblea Mundial de la Salud, punto 15.5 del orden del día, Ginebra, 24 de mayo del 2014.

- Ginebra: OMS; 2014 (WHA 67.19; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-sp.pdf#page=23).
- World Health Organization (WHO). WHO guidelines for treatment of cervical intraepithelial neoplasia 2–3 and adenocarcinoma in situ: cryotherapy, large loop excision of the transformation zone, and cold knife conization. Geneva: WHO; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104174/1/9789241506779_eng.pdf, accessed 18 July 2014).
- World Health Organization (WHO), International Agency for Research on Cancer (IARC), African Population and Health Research Center (APHRC). Prevention of cervical cancer through screening using visual inspection with acetic acid (VIA) and treatment with cryotherapy: a demonstration project in six African countries: Malawi, Madagascar, Nigeria, Uganda, the United Republic of Tanzania, and Zambia. Geneva: WHO; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75250/1/9789241503860_eng.pdf, accessed 18 July 2014).
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Monitoreo de los programas nacionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Control de calidad y garantía de calidad para programas basados en inspección visual con ácido acético (IVAA). Ginebra: OMS; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/es/>, consultado el 18 de julio del 2014).
- World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). The WHO–UNICEF joint statement: vaccine donations, August 7, 2010. Geneva: WHO; 2010 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IVB_10.09_eng.pdf, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). WHO–UNICEF guidelines for developing a comprehensive MultiYear Plan (cMYP). Geneva: WHO; 2014 (http://www.who.int/immunization/documents/control/WHO_IVB_14.01/en, accessed 21 November 2014).

Sitios web útiles:

Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP): www.alliance-cxca.org

EngenderHealth: www.engenderhealth.org

Grounds for Health: www.groundsforhealth.org

Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC): www.iarc.fr

Jhpiego: www.Jhpiego.org

PATH: www.path.org

OMS, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas:

<http://www.who.int/reproductivehealth/es/>

OMS, Departamento de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos:

www.who.int/immunization

OMS, Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/es/

OMS, Departamento de Manejo de las Enfermedades no Transmisibles:

<http://www.who.int/nmh/es/>

OMS, Departamento de Medicamentos Esenciales y Productos de Salud:

<http://apps.who.int/medicinedocs/es/>

WHO HPV Vaccine Introduction Clearing House: www.who.int/immunization/hpv

WHO Human papillomavirus (HPV): www.who.int/immunization/diseases/hpv

1

CAPÍTULO 1. GENERALIDADES

Capítulo 1. Generalidades

Puntos clave

- Aunque el cáncer cervicouterino es una enfermedad en gran parte prevenible, es una de las principales causas de muerte por cáncer entre las mujeres de todo el mundo. La mayoría de esas defunciones ocurren en países de ingresos bajos y medianos.
- La causa primaria de las lesiones precancerosas y del cáncer cervicouterino es la infección persistente o crónica por uno o más de los tipos “de alto riesgo” (u oncógenos) de virus del papiloma humano (VPH).
- La infección por VPH es la más frecuente contraída durante las relaciones sexuales, generalmente a principios de la vida sexual.
- En la mayoría de las mujeres y hombres que la contraen, la infección por VPH remite espontáneamente.
- Una minoría de las infecciones por VPH persiste; en las mujeres pueden dar lugar a lesiones precancerosas del cuello uterino que, si no se tratan, pueden evolucionar hacia un cáncer al cabo de 10 a 20 años.
- Las mujeres con VIH tienen mayores probabilidades de contraer infecciones persistentes por VPH a una edad más temprana y desarrollar cáncer antes.
- El conocimiento básico de la anatomía del aparato genital femenino y de la evolución natural del cáncer cervicouterino da a los dispensadores de asistencia sanitaria de nivel primario y secundario la base de conocimientos necesarios para comunicarse eficazmente y explicar mejor la prevención del cáncer cervicouterino a las mujeres, las familias y las comunidades.

Acerca de este capítulo

Este capítulo se basa en las siguientes directrices de la OMS:

Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation.

Geneva: WHO; 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545720.pdf>).

Nota de orientación de la OPS/OMS: Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. Washington, D.C.: OPS, 2013.

(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85344/1/9789275317471_spa.pdf).

Otros artículos y publicaciones en los cuales se basa el presente capítulo se pueden encontrar en las lecturas complementarias que aparecen al final del mismo.

Este capítulo tiene tres secciones. La sección 1.1, titulada “¿Por qué centrarse en el cáncer cervicouterino?”, resume las estadísticas mundiales y las grandes disparidades existentes entre países y dentro de ellos en cuanto a las tasas de casos nuevos diagnosticados (incidencia) y de defunciones registradas (mortalidad) cada año. Esta información muestra la carga del cáncer cervicouterino que pesa sobre las mujeres

y los servicios de salud, y las razones por las cuales el acceso universal a servicios de prevención es de máxima importancia.

La sección 1.2, titulada “Anatomía y fisiología del aparato genital femenino”, ilustra la anatomía del aparato genital femenino y describe los cambios que tienen lugar en el cuello uterino a lo largo de la vida, desde la infancia hasta la posmenopausia. También explica la relación de esos cambios con la prevención del cáncer cervicouterino. El conocimiento básico de la anatomía reproductiva de las mujeres da a los dispensadores de asistencia sanitaria herramientas útiles para comunicarse con las mujeres, las familias y las comunidades acerca de los servicios de prevención del cáncer cervicouterino (véase el capítulo 3).

La sección 1.3, titulada “Evolución natural del cáncer cervicouterino”, suministra información sobre la progresión muy lenta de los cambios causados por la infección persistente por VPH. Los dispensadores de asistencia sanitaria necesitan comprender estos cambios secuenciales para poder explicar a la comunidad por qué tenemos la oportunidad de prevenir la mayor parte de los casos de cáncer cervicouterino y por lo tanto evitar los sufrimientos y defunciones prematuras que causa.

1.1 ¿Por qué centrarse en el cáncer cervicouterino?

1.1.1 Razones para concentrar la atención en el cáncer cervicouterino

Las razones para concentrar la atención en el cáncer cervicouterino incluyen las siguientes:

- A nivel mundial, 266 000 mujeres mueren cada año de cáncer cervicouterino. Este es la principal causa de muerte por cáncer en África oriental y central.
- La mayoría de estas defunciones pueden evitarse mediante un acceso universal a programas integrales de prevención y control del cáncer cervicouterino, que pueden inmunizar contra el virus del papiloma humano (VPH) a todas las niñas y administrar tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas a todas las mujeres en riesgo.
- Sabemos lo que causa cáncer cervicouterino: casi todos los casos son causados por una infección persistente (muy duradera) por uno o más de los tipos de VPH “de alto riesgo” (u oncógenos).
- Conocemos la evolución natural de la infección por VPH y la progresión muy lenta de la enfermedad en mujeres inmunocompetentes, de normal (saludable) a precáncer y a un cáncer invasor potencialmente mortal.
- El intervalo de 10 a 20 años entre las lesiones precancerosas y el cáncer ofrece amplias oportunidades de proceder a un tamizaje, detectar y tratar las lesiones precancerosas y evitar su evolución hacia un cáncer. Sin embargo, las mujeres inmunodeprimidas (por ejemplo, con infección por VIH) desarrollan con mayor frecuencia y más rápidamente lesiones precancerosas y cáncer.
- Hay varias pruebas disponibles y asequibles que permiten detectar eficazmente lesiones precancerosas, y hay varias opciones de tratamiento asequible.

- Las vacunas contra el VPH ya están disponibles; si se las administra a todas las niñas antes de que sean sexualmente activas, se puede prevenir gran parte del cáncer cervicouterino.
- Hasta que haya acceso universal a los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino, para lo cual será necesario abordar las presentes inequidades, las grandes disparidades existentes en diferentes entornos en cuanto a tasas de incidencia y tasas de mortalidad seguirán siendo indicios de falta de servicios integrales y eficaces.

1.1.2 Epidemiología mundial del cáncer cervicouterino

La epidemiología es el estudio de la distribución y los factores determinantes de estados o eventos relacionados con la salud (incluidas enfermedades), e incluye la aplicación de ese estudio al control de enfermedades y otros problemas de salud.

a. Números y comparaciones entre países

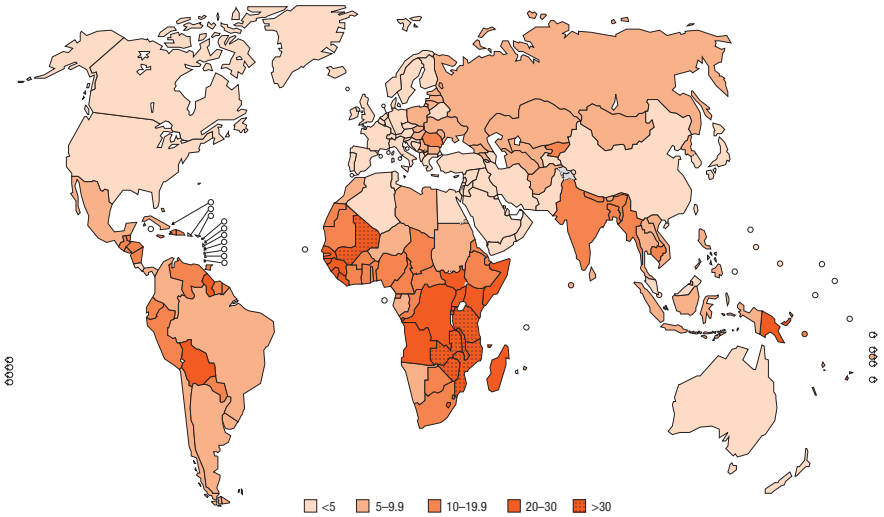
El cáncer cervicouterino es el cáncer más frecuente en mujeres en 45 países del mundo y mata a más mujeres que cualquier otra forma de cáncer en 55 países, entre ellos muchos países del África subsahariana, muchos de Asia (incluida la India) y algunos países centroamericanos y sudamericanos. Los mapas de las figuras 1.1 y 1.2 ilustran las diferencias mundiales de incidencia y tasas de mortalidad entre los países y las regiones del mundo. Estos mapas no muestran las amplias disparidades existentes en cuanto a incidencia y mortalidad entre diversas zonas dentro de países específicos, disparidades que se relacionan con variaciones socioeconómicas y geográficas, prejuicios por razón de género y factores culturalmente determinados que pueden restringir gravemente el acceso de algunos grupos de mujeres a los servicios de prevención.

Además, los siguientes datos ilustran claramente las grandes diferencias encontradas entre las mujeres que viven en países de ingresos altos y las que viven en países de ingresos bajos y medianos:

- En el 2012 se diagnosticaron a nivel mundial 528 000 casos nuevos de cáncer cervicouterino, un 85% de ellos en regiones menos desarrolladas.
- En el mismo año, en el mundo, 266 000 mujeres murieron de cáncer cervicouterino; casi 9 de cada 10 de ellas, o sea un total de 231 000 mujeres, vivían y murieron en países de ingresos bajos o medianos. En cambio, una de cada 10, o 35 000 mujeres, vivían y murieron en países de ingresos altos.

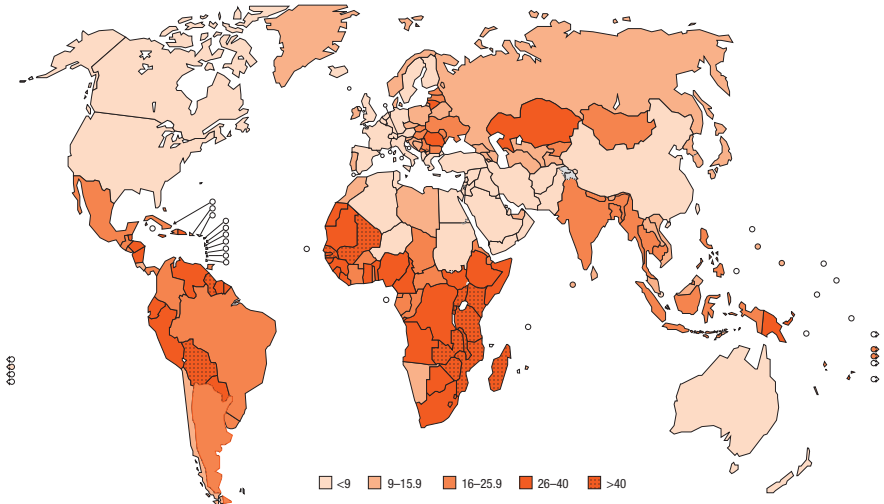
La razón principal de estas disparidades es la falta relativa de prevención eficaz y de programas de detección precoz y tratamiento, así como la falta de acceso igualitario a dichos programas. Sin esas intervenciones, el cáncer cervicouterino generalmente se detecta solo cuando ya está en una etapa avanzada y es demasiado tarde para un tratamiento eficaz, por lo que la mortalidad es alta.

Figura 1.1: Mortalidad estimada por cáncer cervicouterino en el mundo, 2012



Fuente: International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization (WHO). GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012: cancer fact sheets: cervical cancer. Lyon: IARC; 2014.

Figura 1.2: Incidencia estimada de cáncer cervicouterino en el mundo, 2012



Fuente: International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization (WHO). GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012: cancer fact sheets: cervical cancer. Lyon: IARC; 2014.

b. Cambios observados en los números de casos diagnosticados y las defunciones en los 30 últimos años

En los 30 últimos años, la incidencia de cáncer cervicouterino y las tasas de mortalidad han descendido en los países donde ha mejorado la situación social y económica. Esto es en gran parte resultado de las actividades de prevención secundaria implementadas, consistentes en tamizaje eficaz, diagnóstico precoz y tratamiento del precáncer y del cáncer en estadios iniciales.

Para resumir esta sección del capítulo 1, las estadísticas presentadas aquí reflejan un descuido escandaloso de las mujeres de los países de ingresos bajos y medianos, por lo que es imperioso establecer servicios eficaces para todas.

1.2 Anatomía y fisiología del aparato genital femenino**1.2.1 Por qué es importante conocer la anatomía del aparato genital femenino**

Conocer la anatomía de los órganos genitales femeninos ayudará a los dispensadores de asistencia sanitaria participantes en los programas de control del cáncer cervicouterino a lo siguiente:

- desempeñar sus tareas, entre ellas la educación de la comunidad, así como el tamizaje, el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones precancerosas;
- derivar a establecimientos apropiados de nivel más alto a las mujeres cuyas lesiones no se puedan tratar en el nivel del dispensador;
- interpretar los informes de procedimientos de laboratorio y de tratamiento y las recomendaciones clínicas recibidas de los dispensadores de niveles más altos del sistema de atención de salud;
- educar y orientar de forma directa a cada paciente (y a sus familiares si ella lo solicita) acerca de su afección y del plan de cuidados de seguimiento; y
- comunicarse eficazmente con los dispensadores de todos los niveles asistenciales, incluidos los agentes sanitarios de la comunidad y los dispensadores de referencia de nivel terciario.

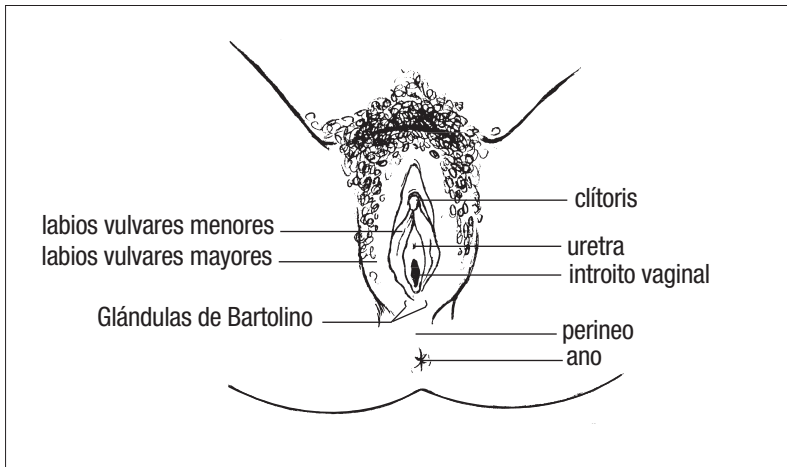
Véanse en la “Introducción” las descripciones de los diferentes niveles de los servicios de atención de salud y los dispensadores de cada nivel.

1.2.2 Identificación de los genitales externos e internos

a. Los genitales externos

Los genitales externos incluyen los observables a simple vista y los observables con espéculo. La figura 1.3 muestra el área observable cuando una mujer en edad fértil abre las piernas. Incluye la vulva (el área que se encuentra entre el borde superior que se ve en la figura y el nivel de las glándulas de Bartolino), el perineo y el ano. La vulva comprende la abertura vaginal (introito) que, junto con las estructuras vecinas, está protegida por los labios vulvares mayores y menores. El clítoris es un órgano pequeño y muy sensible que potencia el placer sexual. La abertura urinaria (uretra) es un orificio muy pequeño que se encuentra encima del introito. El perineo es el área entre la abertura vaginal y el ano. Las glándulas de Bartolino producen un moco claro que lubrica el introito cuando una mujer está estimulada sexualmente.

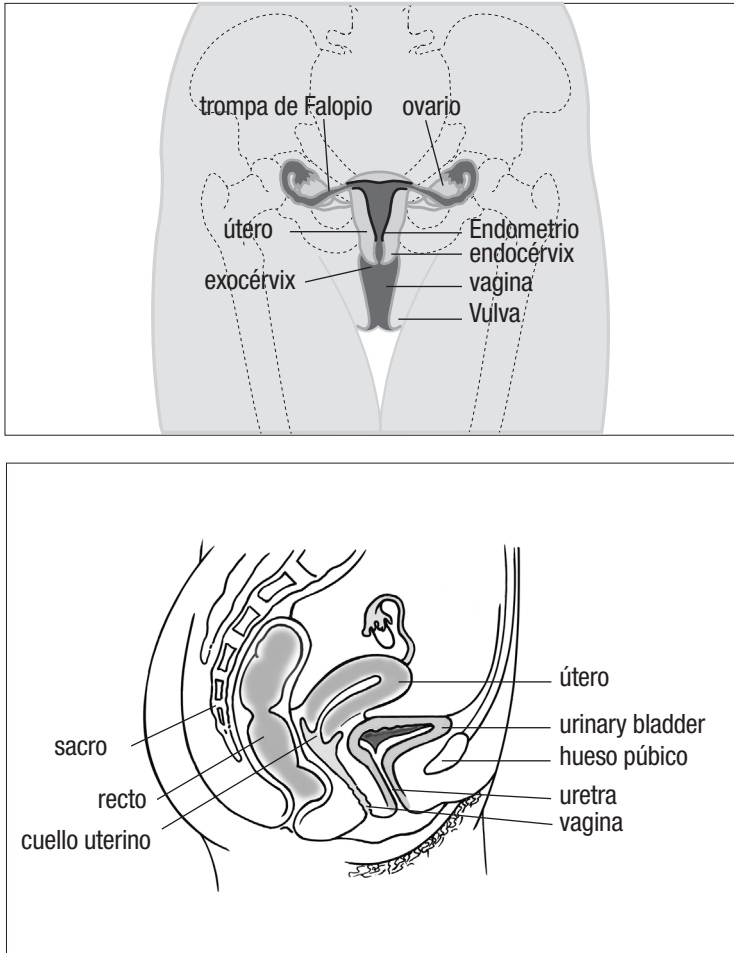
Figura 1.3: Genitales externos de la mujer



b. Los órganos internos

Los órganos que se encuentran en el interior de la pelvis no son visibles salvo que queden expuestos mediante una incisión o por laparoscopia. Como se muestra en la figura 1.4, la vejiga urinaria y la uretra están detrás del hueso púbico y delante de la vagina y del cuello uterino. El cuerpo del útero está por encima del cuello uterino, y la parte inferior del colon y el recto están por detrás de los órganos genitales. El útero está sustentado por ensanchamientos o ligamentos del revestimiento de la cavidad abdominal (peritoneo). Los uréteres (un par de conductos delgados que conducen la orina desde los riñones hasta la vejiga urinaria) están a ambos lados del útero pero no se muestran en estas figuras.

Figura 1.4: Vistas frontal y lateral de los genitales internos de la mujer



1.2.3 Descripción breve de los órganos de la pelvis de la mujer

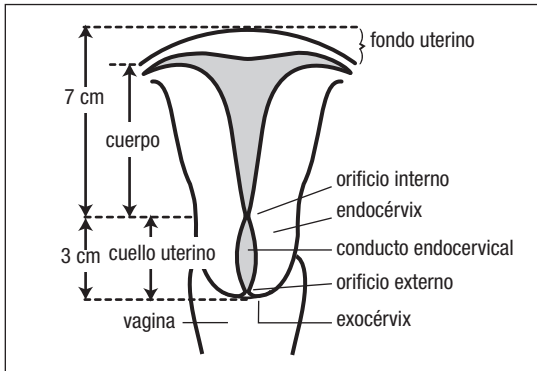
a. Vagina

La vagina es un tubo muscular elástico con múltiples pliegues que se extiende desde el introito hasta el cuello uterino. La parte inferior del cuello uterino (exocérvix) sobresale hacia la parte superior de la vagina, y el área vaginal que lo rodea se denomina fondo de saco vaginal.

b. Cuello uterino

El cuello uterino es el tercio inferior del útero. En una mujer no embarazada en edad fecunda, mide aproximadamente 3 cm de longitud y 2,5 cm de diámetro. La parte inferior del cuello uterino (exocérnix) queda expuesta a la vagina y es observable con un espéculo; los dos tercios superiores del cuello uterino (endocérnix) residen por encima de la vagina y no son observables. La mayoría de los cánceres cervicouterinos se originan en el área donde el endocérnix se une al exocérnix. La figura 1.5 muestra el útero y el tamaño relativo del cuello uterino como parte del útero de una mujer en edad fecunda.

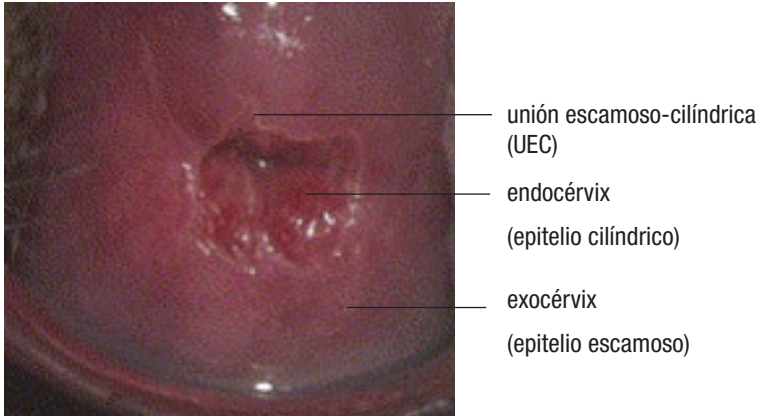
Figura 1.5: Útero y cuello uterino de una mujer en edad fecunda



El cuello uterino está compuesto por tejido denso, fibromuscular. El conducto endocervical discurre por el centro del cuello uterino, desde el orificio interno (la abertura de entrada a la cavidad uterina) hasta el orificio externo (la abertura del cuello uterino observable con un espéculo).

La figura 1.6 es una fotografía algo magnificada del cuello uterino visto con un espéculo. Muestra la abertura algo irregular del conducto endocervical, u orificio cervical externo, en una mujer en edad fecunda que no ha tenido ningún parto vaginal. En una mujer que haya tenido uno o más partos, el orificio se parecería a un corte ancho irregular similar al de la boca. En esta figura, el área más oscura alrededor del orificio es una extensión del epitelio cilíndrico que tapiza el canal; el área más clara alrededor del orificio es epitelio escamoso estratificado que se extiende desde la vagina. La línea donde se unen ambos epitelios se llama unión escamoso-cilíndrica (UEC).

Figura 1.6: Cuello uterino



En las secciones posteriores se describirán más detalladamente los epitelios del cuello uterino y los cambios normales que se producen durante los años reproductivos (sección 1.2.4), así como los cambios que ocurren en la apariencia del cuello uterino a lo largo de la vida de una mujer (sección 1.2.5). Esas secciones sirven de preámbulo importante a la sección 1.3: Evolución natural del cáncer cervicouterino.

c. Útero

El útero o matriz es un órgano muscular hueco con forma de pera y paredes espesas. Cuando no está agrandado por un embarazo o un tumor, mide aproximadamente 10 cm desde su extremo superior (fondo) hasta el extremo inferior del exocérnix (véase la figura 1.5). Está sostenido por varios ligamentos formados por espesamientos del peritoneo (la membrana muy delgada que reviste la pared abdominal), que se adhieren a la pared pelviana. El área que se encuentra entre el útero y la pared pelviana se llama parametrio.

La cavidad uterina está revestida por el endometrio, una capa de epitelio que contiene muchas glándulas; el endometrio sufre cambios notables durante el ciclo menstrual y durante el embarazo.

d. Ovarios

Los ovarios son órganos pares que se hallan uno a cada lado de la pelvis. Con pocas excepciones, en una mujer que está teniendo períodos menstruales naturales, cada mes alguno de los ovarios produce un huevo (ovulación).

e. Trompas de Falopio

Las trompas de Falopio son dos conductos huecos delgados que llevan los huevos desde los ovarios hasta el útero. En una de estas dos trompas tiene lugar la fecundación del

huevo después de un coito de la mujer ocurrido en los días inmediatamente anteriores o inmediatamente posteriores a una ovulación sin anticoncepción.

f. Estructuras sanguíneas y linfáticas de la pelvis

Las arterias y venas que irrigan el útero y el cuello uterino descienden a ambos lados del cuello uterino. Es importante tener presente la ubicación de los vasos para evitar la inyección de un anestésico local en un vaso al administrar una anestesia cervicouterina.

Los ganglios y los conductos linfáticos que drenan los órganos pelvianos están situados cerca de los vasos sanguíneos y pueden actuar como una vía de diseminación del cáncer cervicouterino. En los estadios avanzados del cáncer, los tumores de gran tamaño pueden bloquear el drenaje linfático y provocar hinchazón de piernas (linfedema).

g. Sistema nervioso de la región pelviana

El exocérnix carece de terminaciones nerviosas sensibles al dolor; por lo tanto, los procedimientos quirúrgicos que afectan solo a esta zona (por ejemplo, biopsia y crioterapia) se toleran bien sin anestesia. Pero el endocérnix tiene muchas terminaciones nerviosas sensitivas y será sensible a los procedimientos que lo afectan, por ejemplo legrado endocervical, así como a lesiones o estiramientos.

En el cuello uterino también hay redes de fibras nerviosas que forman parte del sistema nervioso autónomo; este último interviene en el control de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y otras funciones físicas. Los procedimientos que afectan al conducto endocervical, como la inserción de un espéculo o una cureta, pueden estimular esos nervios y causar una reacción vasovagal, caracterizada por sudoración, reducción de la frecuencia cardíaca, baja de la presión arterial y desmayo.

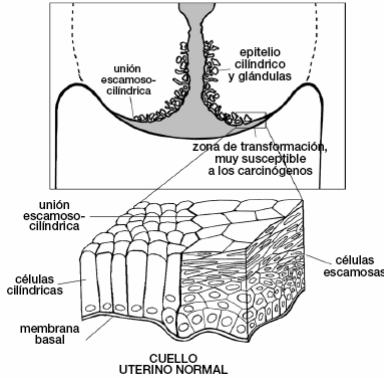
El bloqueo paracervical para controlar el dolor durante ciertos procedimientos se realiza mediante la inyección de un anestésico local en diversos puntos del cuerpo del exocérnix o del fondo de saco vaginal, evitando insertar la aguja a las 3 y a las 9, donde hay vasos.

1.2.4 Los epitelios del cuello uterino y sus cambios normales durante los años reproductivos

a. Descripción de los epitelios del cuello uterino

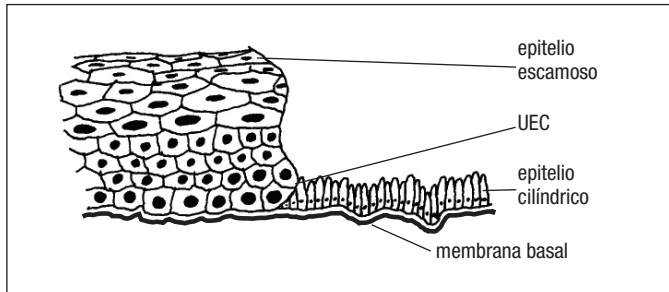
La superficie del cuello uterino está tapizada por dos tipos de epitelio, recubrimiento que también se encuentra en la piel y dentro de otros órganos huecos. El exocérnix está cubierto por un epitelio fuerte, protector, estratificado (en múltiples capas) escamoso, que es una continuación del vaginal. El conducto endocervical está tapizado por una única capa de células cilíndricas altas, el epitelio cilíndrico (véanse las figuras 1.7 y 1.8).

Figura 1.7: Cuello uterino normal



Fuente: Blumenthal PD, Mcintosh N. Cervical cancer prevention guidelines for low resource settings. Baltimore (MD): Jhpiego; 2005.

Figura 1.8: Los dos tipos de epitelio del cuello uterino y la unión escamoso-cilíndrica (UEC)



Fuente: Adaptado, con permiso, de: Sellors JW, Sankaranarayanan R. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. Manual para principiantes. Lyon: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer; 2003.

El epitelio escamoso estratificado, tal como se muestra en la figura 1.8, consta de una capa gruesa y profunda cubierta por múltiples capas de células cada vez más planas y semejantes a placas.

El epitelio cilíndrico, una única capa de células altas, tapiza el conducto endocervical y se extiende hacia el exterior hasta una porción variable del exocérnix. Es mucho más delgado y más frágil que el epitelio escamoso del exocérnix y contiene múltiples glándulas que lubrican el conducto.

En la unión escamoso-cilíndrica (UEC) confluyen los dos tipos de epitelio. La UEC se ve en la figura 1.8 como una línea bien trazada, con un escalón debido a la diferencia de espesor de los dos epitelios. La ubicación de la UEC varía con la edad de la mujer, su

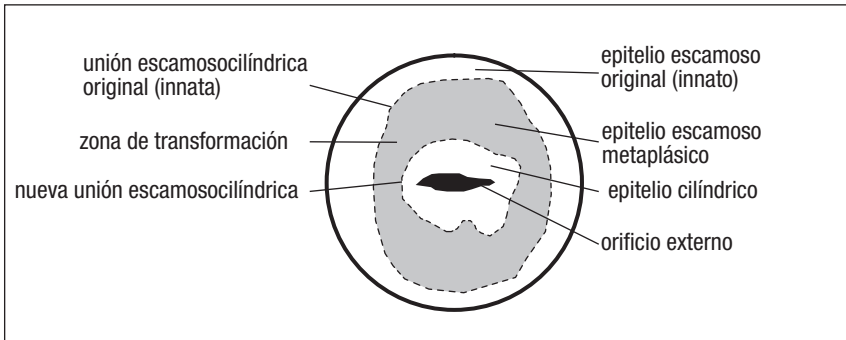
estado hormonal, sus antecedentes de traumatismos en el parto, si está o no embarazada y si utiliza anticonceptivos orales.

b. Cambios normales en los epitelios del cuello uterino durante los años reproductivos de la mujer

Cuando se expone al ambiente ácido de la vagina, el epitelio cilíndrico más frágil que se extiende fuera del conducto endocervical hacia el exocérnix es reemplazado por epitelio escamoso más resistente. Este proceso de reemplazo normal se denomina metaplasia escamosa y da lugar a una segunda UEC. La zona de tamaño variable entre la UEC original y la nueva se llama zona de transformación.

Como describiremos en la próxima sección de este capítulo, sobre la evolución natural del cáncer cervicouterino (sección 1.3), las células de la zona de transformación son especialmente vulnerables a la infección por VPH y aquí es donde se desarrolla la mayoría de los carcinomas escamocelulares.

Figura 1.9: La zona de transformación del cuello uterino de una mujer en edad fecunda no nulípara



Fuente: Reproducido, con permiso, de: Sellors JW, Sankaranarayanan R. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. Manual para principiantes. Lyon: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer; 2003.

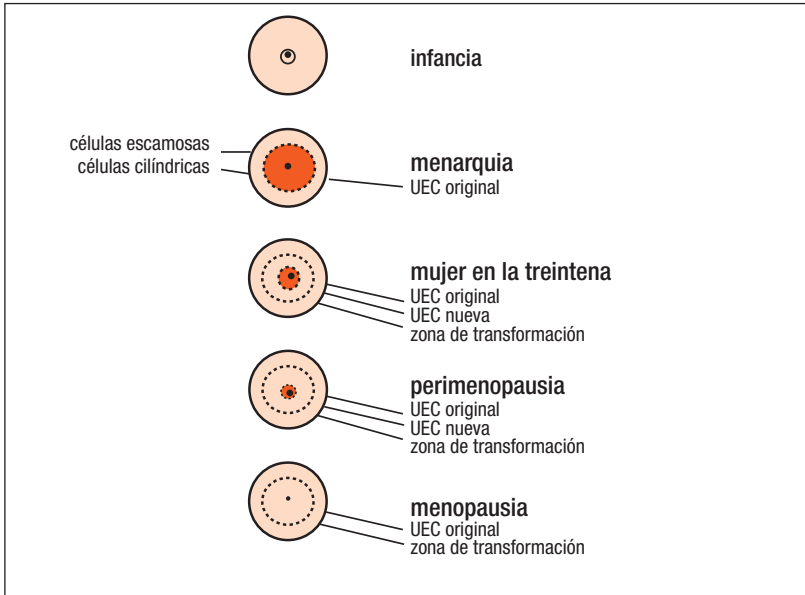
La figura 1.9 muestra la cara del cuello uterino de una mujer que ha tenido uno o más partos vaginales. Muestra los cambios normales que ahora incluyen epitelio metaplásico escamoso, la zona de transformación y ambas UEC.

1.2.5 Cambios normales en la apariencia del cuello uterino según la edad de la mujer

Además de los cambios epiteliales del cuello uterino descritos en la sección 1.2.4, la apariencia del cuello uterino también atraviesa cambios notables desde el nacimiento hasta la posmenopausia. La figura 1.10 presenta dibujos esquemáticos que muestran los cambios inducidos por la edad en el cuello uterino, aunque cabe señalar que en la

vida real la apariencia y la demarcación del cuello uterino de una mujer en diferentes etapas de la vida no es tan nítida como se muestra aquí.

Figura 1.10: Apariencia del cuello uterino a lo largo de la vida de una mujer



UEC: unión escamoso-cilíndrica.

Fuente: Dibujo de August Burns; adaptado, con permiso, de: Sellors JW, Sankaranarayanan R. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. Manual para principiantes. Lyon: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer; 2003.

a. Desde el nacimiento hasta la prepubertad

La UEC original está presente en las niñas al nacer, y se encuentra en el orificio externo del cuello uterino o muy próxima a este.

b. Desde la menarquia hasta principios de la edad fecunda

En la pubertad, cuando los ovarios empiezan a secretar estrógeno, el cuello uterino crece en tamaño; las células cilíndricas del endocervix y la UEC original se hacen visibles en el exocervix.

c. Mujeres en la treintena

Bajo la influencia del estrógeno, se ha dado proceso de maduración normal o metaplasia escamosa y hay una UEC original y una nueva. La zona de transformación es el área entre estas dos UEC.

d. Mujeres perimenopáusicas

A medida que las mujeres envejecen y la influencia del estrógeno disminuye al aproximarse la menopausia, el tamaño del cuello uterino se reduce y el epitelio cilíndrico y la zona de transformación retroceden del exocérvis al conducto cervical.

e. Mujeres posmenopáusicas

Sin estimulación de estrógenos la UEC original sigue siendo visible al examen con espéculo, pero la UEC nueva y una porción variable del epitelio metaplásico de la zona de transformación se han retirado al conducto endocervical.

Los cambios progresivos pueden ser desiguales, sin embargo, y en algunas mujeres posmenopáusicas el cuello uterino puede parecerse al perimenopáusico (dibujo precedente), y la UEC nueva puede mantenerse parcial o completamente visible.

1.3 Evolución natural del cáncer cervicouterino

1.3.1 ¿Qué es el cáncer?

Por cáncer se entiende el crecimiento maligno, autónomo y descontrolado de células y tejidos. Ese crecimiento da lugar a tumores que pueden invadir tejidos circundantes y provocar nuevas proliferaciones similares al cáncer original en partes distantes del cuerpo, proceso llamado metástasis. A medida que crece, el cáncer destruye los tejidos normales y compite por los nutrientes y el oxígeno.

1.3.2 ¿Qué es el cáncer cervicouterino?

La infección persistente por los tipos de VPH carcinógenos es la causa de la mayor parte de los casos de cáncer cervicouterino. El 90% de los cánceres cervicouterinos son cánceres de células escamosas y se inician en la zona de transformación del exocérvis; el 10% restante son adenocarcinomas que surgen en la capa cilíndrica glandular del endocérvis.

Como se señala en la sección 1.1 de este capítulo, el cáncer cervicouterino es prevenible mediante la vacunación de las niñas contra los virus del papiloma humano que lo causan y mediante el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas en las mujeres, ya que esas lesiones preceden el cáncer en muchos años. Además, si se detecta precozmente y se trata, el cáncer cervicouterino se puede curar.

1.3.3 ¿Qué son las lesiones precancerosas del cuello uterino?

Las lesiones precancerosas del cuello uterino son cambios diferenciados en las células epiteliales de la zona de transformación del cuello uterino; las células empiezan a desarrollarse de manera anormal en presencia de una infección persistente o prolongada por VPH.

En la mayoría de los cánceres, aunque tengan una fase precursora, esta es demasiado breve para ser detectada y no es fácilmente susceptible de diagnóstico y tratamiento. El cáncer cervicouterino es uno de los pocos cuya fase precursora (lesiones precancerosas)

durante muchos años antes de convertirse en cáncer invasor, brindando amplias oportunidades para tamizaje y tratamiento.

Lamentablemente, aunque sea prevenible, gran número de mujeres mueren todavía de cáncer cervicouterino en muchos países (véase la sección 1.1). Esto es porque carecen de acceso a servicios de prevención y tratamiento, problema que puede obedecer a numerosos factores, como barreras que limitan el acceso a los servicios (por ejemplo, horarios de atención, distancia, falta de transporte) así como barreras culturales y de género. En la mayoría de los casos, sin embargo, la causa principal es la pobreza.

1.3.4 Infección por VPH y cofactores que facilitan las infecciones persistentes

La causa primaria del precáncer cervicouterino y del cáncer cervicouterino escamoso es la infección asintomática persistente o crónica por uno o más de los tipos de VPH de alto riesgo (carcinogénicos u oncogénicos). El VPH es la infección de transmisión sexual más frecuente.

De los más de 100 tipos de VPH, la mayoría no están asociados con el cáncer cervicouterino. Siete de cada 10 casos de cáncer cervicouterino notificados en todo el mundo (el 70%) son causados por solo dos tipos de VPH: el 16 y el 18. Otros cuatro tipos de VPH de alto riesgo, el 31, el 33, el 45 y el 58, se encuentran con menor frecuencia asociados con cáncer cervicouterino, y algunos son más prevalentes que otros en ciertas zonas geográficas.

Dos tipos de VPH de bajo riesgo (6 y 11) no causan cáncer cervicouterino, pero causan la mayoría de las verrugas genitales o condilomas.

Casi todas las mujeres y hombres contraen la infección por VPH poco después de iniciar su actividad sexual. No es necesario que haya penetración de la vagina por el pene porque el virus se puede transmitir por contacto de piel con piel entre las áreas genitales cercanas al pene y la vagina.

Las infecciones de los hombres por VPH generalmente son asintomáticas, al igual que las de las mujeres, y la mayoría de las infecciones son de corta duración. Los hombres pueden contraer cáncer del ano; este se asocia con mayor frecuencia al VPH de tipo 16 y es más frecuente entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Los tipos de VPH 6 y 11 causan la mayoría de las verrugas genitales masculinas, así como las femeninas.

En las mujeres, durante la pubertad y el embarazo se agranda la zona de transformación en el exocérnix. La exposición al VPH en esos momentos puede facilitar la infección y puede explicar las asociaciones del cáncer cervicouterino de células escamosas con un inicio precoz de la actividad sexual, con un primer parto a una edad temprana o con antecedentes de múltiples embarazos. Algunos comportamientos que también pueden aumentar el riesgo de infección por VPH (y por lo tanto de cáncer cervicouterino) son tener múltiples parejas sexuales, o compañeros íntimos con múltiples parejas sexuales.

Mientras que la infección por un tipo de VPH de alto riesgo es la causa subyacente de casi todos los casos de cáncer cervicouterino, NO es verdad que estas infecciones casi siempre causen cáncer. De hecho, la mayoría de las mujeres infectadas por VPH de alto riesgo no contraen cáncer porque la mayoría de las infecciones, independientemente del tipo de VPH, son de corta duración; el cuerpo las elimina espontáneamente en menos de dos años. La infección por VPH de alto riesgo solo persiste (se hace crónica) en un porcentaje pequeño de mujeres, y solo un porcentaje pequeño de esas infecciones crónicas puede evolucionar hacia lesiones precancerosas; de estas, un porcentaje aún menor evolucionará hacia un cáncer invasor. Por lo tanto, se calcula que no más de un 2% de las mujeres de los países de bajos recursos contraerán cáncer cervicouterino.

No se conocen bien las condiciones (cofactores) que pueden llevar a que una infección por VPH persista y evolucione hacia un cáncer, pero los siguientes factores de riesgo probablemente desempeñen una función:

- el tipo de VPH, su oncogenicidad o potencia carcinogénica;
- el estado inmunitario; las personas inmunodeprimidas, por ejemplo las infectadas con VIH, tienen mayores probabilidades de contraer infecciones persistentes por VPH y de tener una evolución más rápida hacia un precáncer y un cáncer;
- una coinfección por otros agentes de transmisión sexual, por ejemplo infección por herpes simple, clamidiasis o gonorrea;
- la paridad (número de hijos nacidos) y haber tenido un primer parto a una edad muy temprana;
- el tabaquismo;
- el uso de anticonceptivos orales durante más de cinco años.

El último cofactor, la utilización de anticonceptivos orales durante más de cinco años, es el más débil. Esto fue estudiado ampliamente por un grupo de expertos de la OMS, que concluyó que los grandes beneficios de la utilización de un método anticonceptivo muy eficaz para prevenir los embarazos inesperados e indeseados (con la consiguiente prevención de la morbilidad y la mortalidad asociadas a esos embarazos) exceden con creces el potencial extremadamente pequeño de un mayor riesgo de cáncer cervicouterino que puede resultar de la utilización de anticonceptivos orales. Por lo tanto, al desanimar o impedir la utilización de anticonceptivos orales no se favorece a la mujer. Esas mujeres, como todas las demás, solo necesitan someterse a tamizaje de cáncer cervicouterino.

1.3.5 Aparición de lesiones precancerosas

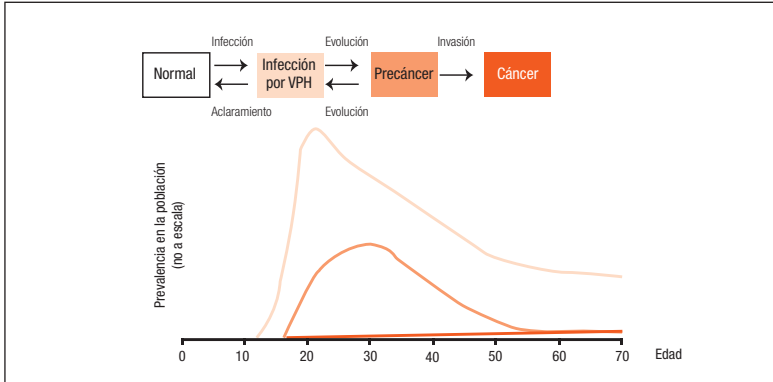
Después de haber ingresado en las células epiteliales del cuello uterino, la infección por VPH de alto riesgo interfiere en las funciones normales de esas células y da lugar a los cambios característicos del precáncer (también llamado displasia). Véase la terminología en el anexo 4.



Sistemas
de clasificación

La figura 1.11 muestra la cronología de la evolución de un cuello uterino normal (no infectado) a un cuello uterino infectado por VPH, a lesiones precancerosas y a cáncer invasor. Obsérvese que los cambios se producen en ambas direcciones porque gran parte de las células infectadas por VPH regresan a un estado normal y gran parte de las lesiones precancerosas del cuello uterino no se convierten en cáncer.

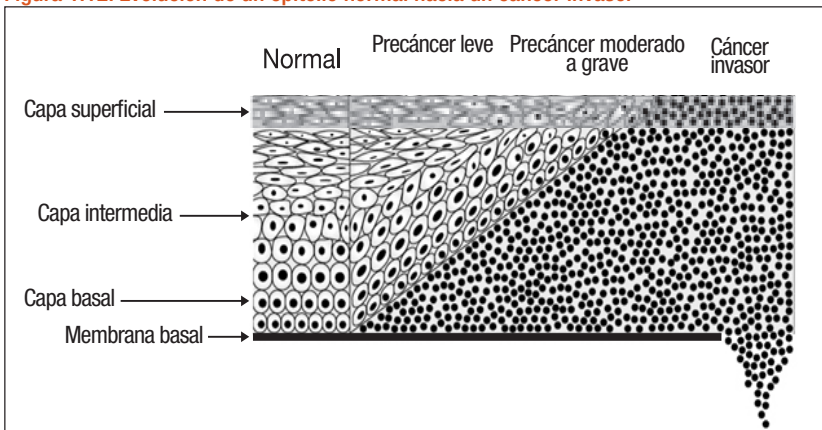
Figura 1.11: Cronología y evolución natural del precáncer y del cáncer cervicouterinos



Fuente: reproducido, con permiso del primer autor, de Schiffman M, Castle PE. The promise of global cervical-cancer prevention. N Engl J Med. 2005;353(20):2101–4.

La figura 1.12 muestra el epitelio escamoso cervicouterino normal a la izquierda, y las capas progresivamente más espesas de nuevas células pequeñas anormales que afectan al epitelio en la sección intermedia. A medida que estas invaden cada vez más el espesor del epitelio normal, se considera que el epitelio tiene una lesión precancerosa leve, luego moderada y después grave. Esta secuencia conduce al cáncer invasor si las células anormales invaden la capa inferior del epitelio (membrana basal), como se muestra a la derecha de la figura.

Figura 1.12: Evolución de un epitelio normal hacia un cáncer invasor



1.3.6 Rutas seguidas por el cáncer invasor a lo largo del cuerpo a medida que progresa

Hay cuatro rutas, generalmente secuenciales, a lo largo de las cuales evoluciona el cáncer invasor.

- i. **Dentro del cuello uterino:** Un foco diminuto de cáncer microinvasor se propaga hasta ocupar todo el cuello uterino, que puede agrandarse a 8 cm de diámetro o más. El cáncer puede ser ulceroso, exofítico (crece hacia afuera) o infiltrante (invasor hacia adentro).
- ii. **A las estructuras adyacentes:** Es posible la propagación directa en todas las direcciones, hacia abajo a la vagina, hacia arriba al útero, lateralmente a los tejidos que sostienen el útero en la pelvis y a los uréteres, hacia atrás al recto y hacia adelante a la vejiga urinaria.
- iii. **Vía linfática:** En un 15% de los casos, cuando el cáncer se mantiene confinado todavía dentro del cuello uterino, hay una propagación a los ganglios linfáticos pelvianos y esta aumenta a medida que el cáncer se disemina. Las metástasis de ganglios linfáticos al principio se limitan a la región pelviana, posteriormente pasan a la cadena ganglionar a lo largo de la aorta, y con el tiempo llegan al espacio situado por encima de la clavícula (fosa supraclavicular). Los ganglios linfáticos, una vez invadidos por el cáncer, se agrandan y, si están cerca de la piel, se pueden palpar. Por ejemplo, si el cáncer ha avanzado hasta el tercio inferior de la vagina, los ganglios inguinales se pueden encontrar afectados y agrandados a la palpación, y los ganglios supracervicales también se sentirán notoriamente agrandados.
- iv. **Metástasis distantes por las vías sanguínea y linfática.** Las células del cáncer cervicouterino pueden diseminarse a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático y reproducirse por metástasis a distancia en hígado, huesos, pulmones y cerebro.

Mientras el cáncer invasor se mantenga confinado inicialmente dentro del área pelviana, todavía es posible curar muchos casos con un tratamiento apropiado. Sin embargo, si no se trata, el cáncer cervicouterino evoluciona de una manera predecible y casi siempre mortal (véase en el capítulo 6 información sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino invasor).

1.3.7 Cáncer cervicouterino e infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

En las pacientes con VIH el cáncer cervicouterino es una enfermedad definitoria del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)¹.

Entre las mujeres con VIH y otras mujeres inmunodeprimidas hay mayor prevalencia de VPH (el riesgo de infección aumenta con el grado de inmunodepresión), y mayor

¹ Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), una persona tiene sida si es VIH positiva y desarrolla alguna de las enfermedades definitorias del sida, como cáncer cervicouterino o tuberculosis, entre otras, o está gravemente inmunodeprimida (es decir, tiene un recuento de linfocitos CD4 por debajo de 200 células por microlitro) (véase CDC, 2008, en las lecturas complementarias enumeradas al final de este capítulo).

prevalencia de infección persistente por VPH e infección por múltiples tipos de VPH de alto riesgo.

Esta mayor sensibilidad a la infección por VPH conduce a lo siguiente:

- mayor riesgo de lesiones precancerosas y cáncer a edades más tempranas, riesgo que aumenta con el grado de inmunodepresión;
- mayor riesgo de enfermedad invasora hasta 10 años antes que entre las mujeres no infectadas por VIH; y
- presentación más frecuente de enfermedad avanzada y menor probabilidad de sobrevivir cinco años más.

Los puntos anteriores sugieren firmemente que es necesario desarrollar protocolos de vacunación, detección y tratamiento específicos para las mujeres con VIH y para todas las mujeres que vivan en países o regiones con una alta prevalencia de VIH. Los protocolos existentes se basan en la experiencia, y se están haciendo estudios para determinar si esos protocolos incluyen las mejores prácticas posibles. Se presenta información específica para las mujeres con VIH en el capítulo 5, secciones 5.2.5 y 5.4.6; el capítulo 6, sección 6.6.2; y el anexo 9

Lecturas complementarias

- Basu P, Roychowdhury S, Das Bafna U, Chaudhury S, Kothari S, Sekhon R, et al. Human papillomavirus genotype distribution in cervical cancer in India: results from a multi-center study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2009;10(1):27–34.
- Berek JS. Berek & Novak's gynecology, 15th edition. Baltimore (MD): Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- Bhatta N, Lal N, Bao Y-P, Ng T, Qiao Y-L, A meta-analysis of human papillomavirus type-distribution in women from South Asia: implications for vaccination. *Vaccine*. 2008;26:2811–7. doi:10.1016/j.vaccine.2008.03.047.
- Blumenthal PD, McIntosh N. Cervical cancer prevention guidelines for low-resource settings. Baltimore (MD): Jhpiego; 2005 (http://www.jhpiego.org/files/CECAP_Manual.pdf, accessed 8 July 2014).
- Bosch FX, Manos MM, Muñoz N, Sherman M, Jansen AM, Peto J, et al.; International Biological Study on Cervical Cancer (IBSCC) Study Group. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. *J Natl Cancer Inst*. 1995;87:796–802.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revised surveillance case definitions for HIV infection among adults, adolescents, and children aged < 18 months and for HIV infection and AIDS among children aged 18 months to < 13 years – United States, 2008. *MMWR*. 2008;57(RR-10):1–8 (<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5710.pdf>, accessed 18 July 2014).
- Ellerbrock TV, Chiasson MA, Bush TJ, Sun XW, Sawo D, Brudney K, Wright TC Jr. Incidence of cervical squamous intraepithelial lesions in HIV-infected women. *JAMA*. 2000;283(8):1031–7. doi:10.1001/jama.283.8.1031.
- Goldie, S. A public health approach to cervical cancer control: considerations of screening and vaccination strategies. *Int J Gyn and Obs*. 2006;94(Suppl 1):S95–S105. doi:10.1016/S0020-7292(07)60016-2.
- International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization (WHO). IARC handbooks of cancer prevention, volume 10: cervix cancer screening. Lyon: IARC Press; 2005 (<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/index.php>, accessed 18 July 2014).
- International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization (WHO). Cancer fact sheets: cervical cancer. In: GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012 [website]. Lyon: IARC; 2014 (http://globocan.iarc.fr/pages/fact_sheets_cancer.aspx, accessed 18 July 2014).
- Minkoff H, Zhong Y, Burk RD, Palefsky JM, Xue X, Watts DH, et al. Influence of adherent and effective antiretroviral therapy use on human papillomavirus infection and squamous intraepithelial lesions in human immunodeficiency virus-positive women. *J Infect Dis*. 2010;201(5):681–90. doi:10.1086/650467.
- Muñoz N, Bosch FX, Castellsagué X, Díaz M, de Sanjose S, Hammouda D, et al. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. *Int J Cancer*. 2004;111(2):278–85. doi:10.1002/ijc.20244.

- National Cancer Institute (NCI). Fact sheet: HPV and cancer. Washington (DC): NCI, National Institutes of Health; 2012 (<http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/HPV>, accessed 18 July 2014).
- Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ*. 1999;318:904. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.318.7188.904>
- Schiffman M, Castle PE. The promise of global cervical-cancer prevention. *N Engl J Med*. 2005;353(20):2101–4. doi:10.1056/NEJMp058171.
- Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet*. 2007;370(9590):890–907. doi:10.1016/S0140-6736(07)61416-0.
- Sellors JW, Sankaranarayanan R. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. Manual para principiantes. Lyon: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer; 2003. (<http://screening.iarc.fr/doc/colpoesmanual.pdf>, consultado el 18 de julio del 2014).
- Shaw RW, Soutter WP, Stanton SL, editors. *Gynaecology*, 3rd edition. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2003.
- Tavassoli FA, Devilee P, editors. *Pathology and genetics: tumours of the breast and female genital organs: World Health Organization classification of tumours*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2003.
- Walboomers JMM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol*. 1999;189:12–9.

2

CAPÍTULO 2. ELEMENTOS ESENCIALES DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

Capítulo 2. Elementos esenciales de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino

Puntos clave

- La elaboración de cualquier programa nacional de prevención y control del cáncer cervicouterino debe hacerse en conformidad con el marco de “seis elementos básicos” establecido por la OMS para fortalecer el sistema de salud en general.
- Los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino están ideados y diseñados para reducir la incidencia de cáncer cervicouterino, así como la morbilidad y la mortalidad por esta causa.
- Hay grandes inequidades de acceso a servicios eficaces de tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino; el cáncer cervicouterino invasor afecta predominantemente a las mujeres que carecen de acceso a esos servicios.
- Un programa integral debe incluir actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria (incluido tratamiento), y acceso a cuidados paliativos.
- Los servicios de tamizaje deben vincularse al tratamiento y al seguimiento postratamiento.
- El seguimiento y la evaluación son componentes esenciales de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino.

Acerca de este capítulo

Este capítulo se basa en las siguientes directrices de la OMS:

A strategic approach to strengthening control of reproductive tract and sexually transmitted infections: use of the programme guidance tool. Geneva: WHO; 2009 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241598569/en/>).

Cancer control knowledge into action: WHO guide for effective programmes: diagnosis and treatment (module 4). Geneva: WHO; 2008 (http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_diagnosis/en/).

Cancer control knowledge into action: WHO guide for effective programmes: palliative care (module 5). Geneva: WHO; 2007 (http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/).

Cervical cancer prevention and control costing tool (C4P): user's guide. Geneva: WHO; 2012 (http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/cervical_cancer_costing_tool/en/).

Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: WHO; 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf).

Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. Geneva: WHO; 2013 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>).

Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014. Wkly Epidemiol Rec. 2014; 89(43):465-92 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf>).

Monitoreo de los programas nacionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Control de calidad y garantía de calidad para programas basados en inspección visual con ácido acético (IVAA). Ginebra: OMS; 2013 <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/es/>.

New vaccine post-introduction evaluation (PIE) tool. Geneva: WHO; 2010 (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/resources/PIE_tool/en/).

Prevention of cervical cancer through screening using visual inspection with acetic acid (VIA) and treatment with cryotherapy: a demonstration project in six African countries: Malawi, Madagascar, Nigeria, Uganda, the United Republic of Tanzania, and Zambia. Geneva: WHO; 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241503860/en/>).

Nota de orientación de la OPS/OMS: Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505147/es/>.

El objetivo de este capítulo es presentar una panorámica de la elaboración de un programa nacional de prevención y control del cáncer cervicouterino por los encargados de adoptar decisiones nacionales, y suministrar la información básica que necesitan los administradores y los dispensadores de atención de salud para aplicar semejante programa a las pacientes y a la comunidad.

Este capítulo tiene dos secciones principales. La sección 2.1, titulada “¿En qué consiste un programa integral de prevención y control del cáncer cervicouterino?”, describe la finalidad general de un programa integral de prevención y control del cáncer cervicouterino y la manera de organizarlo para reducir la carga de esta enfermedad.

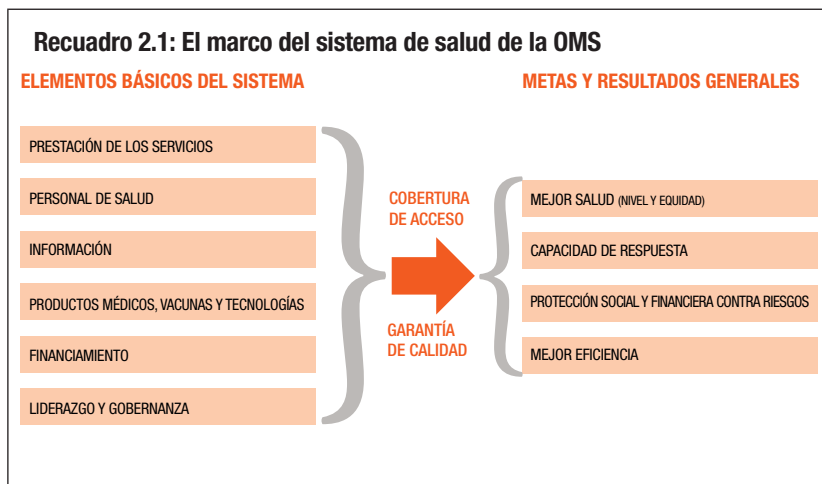
Para tener éxito, un programa nacional debe incluir los siguientes componentes clave: servicios primarios, secundarios y terciarios de prevención, tratamiento de las lesiones precancerosas y del cáncer y cuidados paliativos.

La sección 2.2, titulada “Programas nacionales de prevención y control del cáncer cervicouterino”, describe las siguientes fases de un programa nacional: (1) formulación de políticas nacionales y establecimiento de una estructura de gestión de programas, (2) planificación y preparación de programas, con inclusión de un sistema eficaz de derivación de casos, (3) implementación de los programas y (4) seguimiento y evaluación de los programas, en todos los niveles de atención. Esta sección presenta directrices operativas sobre las diversas intervenciones necesarias en cada nivel para reducir la carga impuesta por el cáncer cervicouterino a nivel individual, comunitario y nacional.

En este capítulo también se presentan cuadros donde se resumen los desafíos generalmente encontrados en la planificación y ejecución de programas, así como posibles opciones para reducir o eliminar sus efectos negativos. Este capítulo también incluye una lista de lecturas complementarias y sitios web útiles, así como enlaces a dos hojas prácticas: una lista de verificación para fines de planificación y de ejecución y descripciones de indicadores clave de desempeño e impacto para programas nacionales de prevención y control del cáncer cervicouterino.

2.1 ¿En qué consiste un programa integral de prevención y control del cáncer cervicouterino?

Todo programa nacional de salud específico está incorporado dentro del sistema nacional de salud. Según la OMS, un sistema de salud fuerte debe construirse sobre seis pilares básicos (véase el recuadro 2.1). Se debe alentar a los planificadores de programas a que apliquen el marco de la OMS como base para establecer un programa nacional de prevención y control del cáncer cervicouterino.



Fuente: Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.

Un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino comprende un conjunto organizado de actividades encaminadas a prevenir y reducir la morbilidad y la mortalidad por cáncer cervicouterino. Forma parte de las acciones prioritarias indicadas en el Plan de Acción Mundial para la prevención y el control de las ENT 2013-2020.¹ El programa prevé un plan de acción con detalles sobre lo que se hará, quién lo hará y cuándo, así como información sobre los medios o recursos que se

¹ Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>

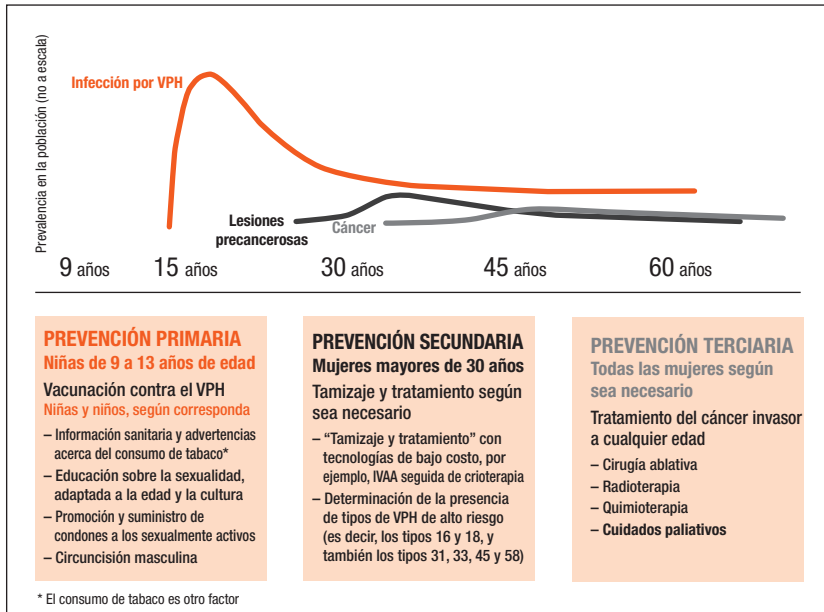
utilizarán para aplicarlo. Su desempeño se evalúa periódicamente utilizando un conjunto de indicadores cuantificables. Un programa integral abarca las principales intervenciones basadas en datos científicos necesarias para reducir la carga elevada y desigual impuesta por el cáncer cervicouterino sobre las mujeres y los sistemas de salud en los países menos desarrollados.

El objetivo de todo programa integral de prevención y control del cáncer cervicouterino es reducir la carga de esta enfermedad mediante lo siguiente: (i) reducción de las infecciones por virus del papiloma humano (VPH), (ii) tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas del cuello uterino, y (iii) tratamiento oportuno del cáncer invasor y cuidados paliativos, como muestra la figura 2.1.

2.1.1 Componentes clave de la prevención y el control integrales del cáncer cervicouterino

Un programa integral abarca tres componentes interdependientes que son la prevención primaria, la secundaria y la terciaria (véase la figura 2.1). En esta sección se describen las intervenciones previstas en cada componente.

Figura 2.1: Enfoque integral de la OMS para la prevención y el control del cáncer cervicouterino: Panorama de intervenciones programáticas durante todo el ciclo vital para prevenir la infección por VPH y el cáncer cervicouterino



Source: Adapted from WHO guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women. Geneva: World Health Organization; 2013.

a. Prevención primaria: reducir el riesgo de infección por VPH

El objetivo de salud pública es reducir las infecciones por VPH porque, si estas son persistentes, pueden causar cáncer cervicouterino.

Las intervenciones incluyen las siguientes:

- vacunación a las niñas de 9 a 13 años de edad (o de las edades previstas en las directrices nacionales), antes de que inicien su actividad sexual;
- educación de niños varones y niñas sobre sexualidad saludable, adaptada según corresponda a la edad y la cultura, con la intención de reducir el riesgo de transmisión de VPH (junto con otras infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH); los mensajes esenciales deben incluir el retraso de la iniciación sexual y la reducción de los comportamientos sexuales de alto riesgo;
- promoción o suministro de condones a los que sean sexualmente activos;
- circuncisión masculina donde sea pertinente y apropiado.

Para mayores detalles sobre la vacunación contra el VPH, véase el capítulo 4 y para mayor información sobre la infección por VPH, véase el capítulo 1, sección 1.3.4.

b. Prevención secundaria: tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas

El objetivo de salud pública es reducir la incidencia y la prevalencia de cáncer cervicouterino y la mortalidad asociada, interceptando el avance de las lesiones precancerosas hacia un cáncer invasor.

Las intervenciones incluyen las siguientes:

- orientación e intercambio de información;
- tamizaje de todas las mujeres de 30 a 49 años de edad (o edades determinadas por las normas nacionales) para identificar las lesiones precancerosas, generalmente asintomáticas;
- tratamiento de las lesiones precancerosas identificadas antes de que progresen hacia un cáncer invasor.

Incluso entre las mujeres vacunadas contra el VPH es importante seguir el tamizaje y tratamiento cuando lleguen a la edad prevista.

Para mayores detalles acerca del tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas del cuello uterino, véase el capítulo 5.

c. Prevención terciaria: tratamiento del cáncer cervicouterino invasor

El objetivo de salud pública es reducir el número de defunciones debidas al cáncer cervicouterino.

Las intervenciones incluyen las siguientes:

- un mecanismo de derivación de casos por los dispensadores de atención primaria a los establecimientos que ofrecen diagnóstico y tratamiento del cáncer;
- un diagnóstico del cáncer exacto y oportuno, previo estudio del grado de invasión;
- un tratamiento apropiado para cada fase, basado en el diagnóstico:
 - Cáncer en estadios iniciales: Si el cáncer se limita al cuello uterino y áreas circundantes (zona pelviana), el tratamiento puede lograr la curación; se debe dispensar el tratamiento más apropiado disponible y ofrecer asistencia para los síntomas asociados con el cáncer o su tratamiento.
 - Cáncer avanzado: Si el cáncer afecta a tejidos que se encuentran más allá del cuello uterino y del área pelviana o hay metástasis, el tratamiento puede mejorar la calidad de vida, controlar los síntomas y reducir el sufrimiento; se debe proporcionar el tratamiento más eficaz disponible y cuidados paliativos en establecimientos terciarios y a nivel de la comunidad, inclusive acceso a opioides.
- cuidados paliativos para aliviar el dolor y el sufrimiento.

Para mayores detalles sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer invasor y los cuidados paliativos, véanse los capítulos 6 y 7, respectivamente.

d. Contexto para ejecutar los componentes de prevención

Los tres componentes de prevención arriba enumerados se planifican y ejecutan conjuntamente con lo siguiente:

- un método nacional estructurado de educación de la comunidad y estrategias de movilización (véase el capítulo 3 para más detalles); y
- un sistema nacional de seguimiento y evaluación (descrito en el presente capítulo, sección 2.2.3).

2.2 Programas nacionales de prevención y control del cáncer cervicouterino

El objetivo de un programa nacional será reducir en el país la incidencia y la prevalencia de cáncer cervicouterino y la mortalidad asociada.

El desarrollo y la ejecución de un programa nacional de prevención y control del cáncer cervicouterino comprenden las siguientes fases:

1. formulación de políticas nacionales y establecimiento de una estructura de gestión de programas
2. planificación y preparación de programas
3. implementación de programas
4. seguimiento y evaluación de programas.

2.2.1 Formulación de políticas nacionales y establecimiento de una estructura de gestión de programas

a. Formulación de políticas nacionales

La fase de formulación de políticas incluye la decisión sobre opciones nacionalmente apropiadas y factibles para la prevención y el control, considerando cuidadosamente su escalabilidad y sostenibilidad, y la formulación de directrices nacionales basadas en esas decisiones de política.

En esta fase se requiere un proceso cíclico porque las políticas se deben actualizar regularmente a medida que se dispone de nuevos datos científicos. La prestación de los servicios, la capacitación, y el seguimiento y la evaluación (SyE) deben adaptarse a las políticas actualizadas.

Decisiones sobre prioridades nacionales

Las decisiones vitales en materia de políticas se deben redactar cuidadosamente atendiendo a la carga de morbilidad nacional, la disponibilidad de recursos financieros y humanos, las estructuras existentes, la calidad y la cobertura de atención de salud y los sistemas de educación. Todas las decisiones deben examinarse y adaptarse para hacerlas sostenibles y aplicables a la situación real del país. Entre los participantes en esta fase se encuentran instancias normativas y encargados de adoptar decisiones de nivel nacional y personal político y técnico del Ministerio de Salud del país, así como representantes de asociaciones de profesionales de la medicina, por ejemplo de obstetricia y ginecología, oncología, enfermería, etc.

Las discusiones y decisiones de políticas pueden abarcar lo siguiente:

- Revisar y, de ser necesario, actualizar las directrices y los protocolos nacionales existentes para el personal de salud de todos los niveles.
- Entablar diálogos sobre políticas y generar consensos con los interesados directos, incluidos los dispensadores de asistencia sanitaria, las autoridades de salud pública, los ejecutivos de empresas de seguros de enfermedad y las asociaciones de profesionales médicos, entre otros.
- Recoger y examinar los datos sobre el país para responder a las siguientes preguntas clave:
 - ¿Dónde está el problema?
 - ¿Qué áreas deben ser prioritarias al abordar el problema?
 - ¿Cuáles serán los costos de los servicios y cómo se financiarán?
- Evaluar la asequibilidad, la costoeficacia y la sostenibilidad de introducir vacunas contra el VPH y del método de tamizaje y tratamiento para la prevención y el control del cáncer cervicouterino, así como un sistema nacional de derivación de casos para tratamiento.

- Determinar si los servicios existentes tienen capacidad para agregar servicios de prevención y control del cáncer cervicouterino (incluida la vacunación contra el VPH), y planificar la forma de abordar eventuales deficiencias.
- Considerar estrategias para la introducción del programa, inclusive prever cuándo, cómo (si de forma progresiva o no) y dónde (si no a nivel nacional) introducir la vacuna contra el VPH y los servicios de tamizaje y tratamiento; si al principio no se hace en todo el país, prever un plan tentativo de ampliación futura para llegar a todas las mujeres y niñas en riesgo en el país.
- Elegir las estrategias de prestación de servicios y los posibles lugares de administración de vacunas contra el VPH y de tamizaje.
- Seleccionar la vacuna contra el VPH que se utilizará en el país.
- Determinar los métodos que se utilizarán para el tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas.
- Determinar los hospitales que servirán de centros de referencia para tratamiento del cáncer cervicouterino.
- Determinar las edades, la frecuencia, el grado de cobertura, los plazos para lograr la cobertura y el nivel al que se prestarán los servicios en cada una de las intervenciones seleccionadas.
- Establecer un plan de capacitación para los dispensadores de asistencia sanitaria y los agentes sanitarios de la comunidad.
- Establecer un plan de actividades de información, educación y comunicación (IEC) sobre el cáncer cervicouterino, incluida la capacitación de administradores y dispensadores sobre cómo aplicar las actividades de IEC que se dirijan a los consumidores y a los medios.
- Planificar con anticipación las actividades de SyE; determinar los principales indicadores, la frecuencia de recopilación de datos y los métodos de registro y análisis de datos.

Para facilitar la toma de decisiones sobre las estrategias de prevención y control del cáncer cervicouterino, los directores de programa y las instancias normativas necesitan información sobre los costos previstos de introducir las intervenciones sobre cáncer cervicouterino. La OMS ha elaborado un instrumento de estimación de costos de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino (C4P) para ayudar a los gobiernos a calcular esos costos previendo un horizonte de planificación quinquenal.²

El módulo 1 del instrumento se centra en la introducción de la vacuna contra VPH, y el Módulo 2 en el tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino.

Consideraciones de escalabilidad y sostenibilidad

Dos factores importantes que se deben considerar a la hora de poner en marcha o mejorar un programa de prevención del cáncer cervicouterino son la sostenibilidad y la escalabilidad.

² Disponible en: (http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/cervical_cancer_costing_tool/en/)

Los costos del programa de prevención y control del cáncer cervicouterino deben estar incluidos en el presupuesto sanitario nacional. En la planificación de la sostenibilidad se debe determinar qué es factible en cuanto a recursos financieros, recursos humanos e infraestructura disponibles, con miras a la ejecución equitativa de los diversos componentes bilaterales y de grandes fundaciones con antecedentes comprobados. Por ejemplo, para la introducción de la vacuna contra el VPH hay apoyo de la Alianza GAVI disponible para cinco años, con el requisito de que el país beneficiario planifique la sostenibilidad a largo plazo más allá de los cinco años iniciales.

Para los países con recursos limitados que inicialmente solo pueden aplicar un programa contra el cáncer cervicouterino con una cobertura limitada, la escalabilidad futura es una consideración importante. Puede lograrse una cobertura amplia aplicando un enfoque de crecimiento gradual durante un período definido, basado en la factibilidad y la disponibilidad de recursos. Los planes de ampliación a mayor escala deben priorizar a las mujeres que no hayan tenido acceso a los servicios de salud, y a los grupos con mayor carga de mortalidad y sufrimiento por causa del cáncer. Los directores de programa tienen que establecer metas realistas según el número de dispensadores, las horas de trabajo disponibles y el tamaño y las características socioculturales de la población destinataria que habita en la zona geográfica considerada.

Formulación de directrices nacionales

Las decisiones arriba mencionadas moldearán la formulación de las directrices sobre prevención y control del cáncer cervicouterino a nivel nacional. Deben colaborar en esta actividad las instancias normativas nacionales y representantes del Ministerio de Salud en consulta con los principales interesados directos, entre ellos dispensadores de asistencia sanitaria, asociaciones de profesionales médicos y grupos de mujeres. También es importante incluir a expertos en cáncer cervicouterino y representantes nacionales e internacionales de organizaciones no gubernamentales con experiencia en prevención y control del cáncer cervicouterino.

Las directrices deben incluir información sobre los requisitos clínicos y de salud pública para que un programa dé resultados satisfactorios. A continuación se enumeran los elementos que se deben definir en las directrices.

Requisitos clínicos:

- Vacunación contra el VPH: edades, calendario y procedimientos clínicos
- Tamizaje: edades, pruebas de detección, intervalos entre pruebas, criterios diagnósticos, recomendaciones sobre seguimiento y procedimientos clínicos
- Tratamiento de las lesiones precancerosas: métodos de tratamiento y procedimientos clínicos
- Tratamiento del cáncer invasor: métodos de tratamiento, procedimientos clínicos y cuidados paliativos
- Sistema de derivación de casos.

Requisitos de salud pública:

- Vacunación contra VPH: estrategia de vacunación, cobertura, normas de seguridad, notificación de eventos adversos posvacunales
- Tamizaje: necesidades de infraestructura, equipo y suministros, métodos de garantía de la calidad y de control de la calidad, cobertura
- Tratamiento de las lesiones precancerosas y del cáncer invasor: necesidades de infraestructura, equipo y suministros, oportunidad del tratamiento, métodos de garantía de la calidad y de control de la calidad
- SyE: principales indicadores de desempeño y de impacto de cada componente de los servicios, plan para la incorporación de los datos necesarios en un sistema de información gerencial (SIG).

b. Establecimiento de una estructura de gestión del programa

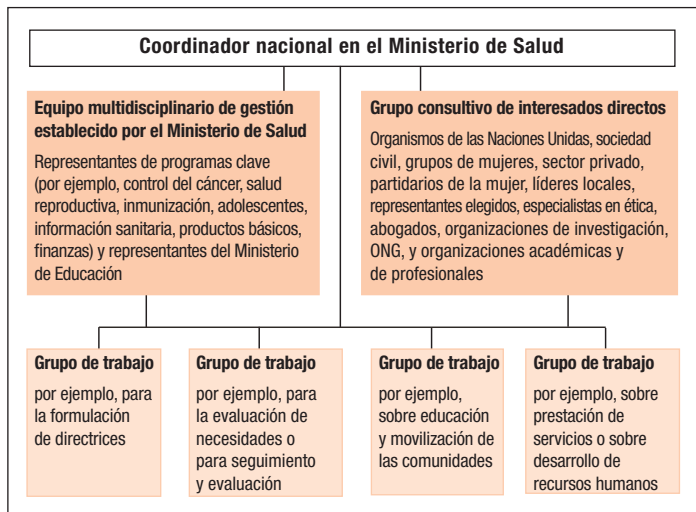
Para facilitar la planificación, la ejecución y la vigilancia de un programa nacional de prevención y control del cáncer cervicouterino, es importante establecer un equipo nacional de gestión en materia de cáncer cervicouterino, con responsabilidades claras y rendición de cuentas del programa.

Como muestra la figura 2.2, se deben establecer a nivel nacional dos grupos principales conducidos por un coordinador nacional designado, a saber:

- i. Un equipo multidisciplinario de gestión, responsable del programa e integrado por representantes de diversos departamentos y programas nacionales;
- ii. Un grupo consultivo de interesados directos integrado por representantes de segmentos apropiados de la sociedad civil.

El Ministerio de Salud seleccionaría a los miembros de cada grupo y los invitaría a participar.

Figura 2.2: Estructura propuesta de un equipo nacional de gestión en materia de cáncer cervicouterino



Función del coordinador nacional

La función del coordinador nacional incluiría las siguientes actividades y responsabilidades:

- Dentro del Ministerio de Salud, en diferentes niveles del sistema de salud, concientizar sobre la gravedad de la morbilidad y la mortalidad nacionales por cáncer cervicouterino, y sobre la posibilidad de evitar la mayoría de las defunciones con relativamente pocos recursos.
- Abogar por que la prevención y el control del cáncer cervicouterino sean una prioridad dentro del Ministerio de Salud y por que se asigne un suministro continuo y sostenible de recursos al programa.
- Con aportaciones y asesoramiento de los directivos y administradores superiores del Ministerio de Salud, establecer y desarrollar una afiliación representativa, funciones y responsabilidades del equipo multidisciplinario de gestión (en conformidad con la estructura mostrada en la figura 2.2).
- En colaboración con el equipo, organizar y programar reuniones regulares del equipo.
- En consulta con el equipo y con los directivos y administradores superiores del Ministerio de Salud, identificar a los principales interesados directos de la sociedad civil, invitarlos a formar parte del grupo consultivo de interesados directos (en conformidad con la estructura mostrada en la figura 2.2) y establecer las funciones y responsabilidades del grupo.

- En colaboración con el grupo consultivo de interesados directos, organizar reuniones periódicas para ponerlos al corriente del estado del programa de prevención y control del cáncer cervicouterino y solicitar su contribución en medidas decisivas.
- Ser el principal agente de enlace y coordinador del programa nacional de prevención y control del cáncer cervicouterino entre y dentro de todos los niveles de los servicios, así como con otros programas nacionales (como los de control del cáncer, inmunización y salud de los adolescentes) y con otros asociados.
- Preparar una propuesta para conseguir que en todos los establecimientos de asistencia sanitaria estén en su sitio todos los elementos necesarios para la implementación del programa, con inclusión de equipo, suministros y personal capacitado y supervisado. Este proceso debe incluir a personal de gestión regional, y es posible que las propuestas deban adaptarse a las diferentes regiones.
- Producir informes anuales sobre el desempeño del programa de prevención y control del cáncer cervicouterino basándose en los indicadores establecidos del programa.

Función del equipo nacional multidisciplinario de gestión

Para que el equipo nacional multidisciplinario de gestión sea eficaz, el Ministerio de Salud debe darle un mandato apropiado, autoridad para la toma de decisiones, autonomía y recursos para dirigir la planificación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación del programa nacional.

Como el programa nacional de prevención y control del cáncer cervicouterino tiene varios componentes clave, el equipo de gestión involucrará a representantes de otros programas nacionales, entre ellos los de educación de la comunidad y movilización social, inmunización, salud reproductiva, salud de los adolescentes y salud escolar, infecciones de transmisión sexual y VIH, oncología, SyE, etc. La representación local y regional es importante. El tamaño general del equipo puede ser de unas 10 a 25 personas, según el tamaño del país y la estructura del programa nacional.

Principales responsabilidades del equipo multidisciplinario de gestión (EMG) nacional:

- Elaborar planes nacionales para los diversos componentes y elementos del programa.
- Elaborar un presupuesto detallado para la planificación, la implementación, el seguimiento y la evaluación del programa.
- Establecer sistemas para diversos elementos del programa, por ejemplo: registro de los datos en el sistema de información gerencial existente (SIG); informes periódicos (frecuencia, contenido y destinatarios); distribución y mantenimiento del equipo y de los suministros, entre otros.
- Mediante actividades de seguimiento y evaluación (SyE), determinar si los servicios están funcionando eficazmente y garantizar la aplicación de medidas correctivas oportunas, según sea necesario.

- Utilizando un enfoque múltiple y basado en datos científicos, sensibilizar acerca de los componentes programáticos al personal de nivel primario y secundario y conseguir que los dispensadores de asistencia sanitaria se mantengan actualizados con la información técnica.
- Documentar y corregir toda desinformación o concepción errónea que tengan los dispensadores de asistencia sanitaria y las comunidades.
- Conducir actividades regulares de SyE del programa.

Principales funciones del grupo consultivo de interesados directos:

- Proporcionar apoyo e insumos al equipo multidisciplinario de gestión del Ministerio de Salud (EMG) para crear un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino o ampliar, actualizar o fortalecer uno ya existente.
- Asistir a las reuniones ordinarias para examinar las actividades realizadas, planear otras nuevas y documentar los logros planificados o la falta de ellos.
- En colaboración con el EMG, formar grupos de trabajo y encargarles que se centren en elementos específicos del programa nacional, por ejemplo (pero no exclusivamente) los mostrados en la figura 2.2.
- Asesorar y participar en reuniones nacionales, regionales y locales con el EMG según sea necesario para definir el programa

c. Desafíos para la elaboración de estrategias eficaces de prevención y control del cáncer cervicouterino

Como en todos los programas nuevos, cabe prever que surjan dificultades en todos los niveles de la pirámide del sistema de salud cuando se contemple y se desarrolle por primera vez un programa nacional de prevención y control del cáncer cervicouterino. Se pueden tomar medidas en todos los niveles para atenuar los efectos negativos de esos desafíos.

El cuadro 2.1 describe los desafíos más comunes y sugiere posibles medidas para abordarlos en los niveles apropiados del sistema de salud. Se pueden adoptar muchas otras medidas según corresponda en cada país basándose en un estudio atento del contenido actualizado de todos los capítulos de esta segunda edición de la guía.

Cuadro 2.1: Posibles desafíos en los niveles de política y gestión, y medidas sugeridas para abordarlos

Desafíos	Medidas sugeridas para reducir las repercusiones negativas
<ul style="list-style-type: none"> Falta de conciencia y de priorización de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, inclusive del cáncer cervicouterino, de las infecciones de transmisión sexual (ITS), etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Colaborar con los directores de programa y los miembros del grupo consultivo para aumentar la visibilidad de la carga impuesta por el cáncer cervicouterino, es decir morbilidad y mortalidad altas entre mujeres jóvenes, repercusiones negativas sobre la sociedad, disparidades socioeconómicas y costos elevados para el sistema de salud. Desplegar actividades de promoción para concientizar a los decisores acerca de la necesidad de priorizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres, inclusive las ITS.
<ul style="list-style-type: none"> Falta de un liderazgo fuerte 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar y ayudar a los defensores de la causa de la reducción del cáncer cervicouterino de alto nivel. Identificar y respaldar la coordinación y la rendición de cuentas a nivel nacional.
<ul style="list-style-type: none"> Insuficiente utilización de los datos epidemiológicos locales y nacionales disponibles para convencer a las instancias normativas y a otros con influencia en las políticas 	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la utilización de los datos locales, nacionales o regionales disponibles o, si no existen, proporcionar datos o estimaciones de fuentes internacionales, a saber: <ul style="list-style-type: none"> Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cancer). El proyecto GLOBOCAN del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) proporciona estimaciones nacionales de la incidencia de cáncer cervicouterino y la mortalidad por esta causa (globocan.iarc.fr). El Centro de Información del Instituto Catalano de Oncología (ICO) sobre el VPH y el cáncer suministra información y datos de países y programas (www.hpvcntr.net). De ser necesario, realizar encuestas en el país.

Desafíos	Medidas sugeridas para reducir las repercusiones negativas
<ul style="list-style-type: none"> No inclusión de la prevención del cáncer cervicouterino entre los planes nacionales de salud del Ministerio de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> Abogar por que el Ministerio de Salud prevea actividades de prevención del cáncer cervicouterino. Suministrar información sobre costoeficacia a las instancias normativas y aquellos con influencia en las políticas³
<ul style="list-style-type: none"> Las políticas y directrices nacionales necesitan actualización 	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar, adaptar o actualizar las políticas nacionales y directrices apropiadas.
<ul style="list-style-type: none"> Falta de recursos, por ejemplo de financiación, suministros, equipo e infraestructura 	<ul style="list-style-type: none"> Prever en el presupuesto nacional anual de salud una partida para la implementación progresiva del programa nacional, basándose en información sobre costos del programa y recursos disponibles. Garantizar la adquisición de suministros, equipo e infraestructura.
<ul style="list-style-type: none"> Falta de un sistema eficaz de derivación de casos en funcionamiento entre los servicios de programa 	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar esta guía para establecer servicios con un sistema eficaz y funcional de derivación de casos.

³ Disponible en: <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources>

2.2.2 Planificación y preparación del programa

Un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino requiere una planificación y preparación detalladas por las siguientes razones:

- requiere participación, compromiso y una coordinación estrecha entre y dentro de varios ministerios (por ejemplo, entre otros, de salud, de educación, de igualdad de género) y múltiples programas dentro de ellos (por ejemplo programas pertinentes del Ministerio de Salud son los de control del cáncer, inmunización, salud reproductiva y salud de los adolescentes, entre otros);
- requiere una consideración de las diversas responsabilidades y nexos entre las estructuras de los diferentes niveles del sistema de salud: nacional, regional, dispensario y comunidad (véase la figura 2.3);
- abarca la colaboración con organizaciones no gubernamentales, grupos de mujeres y asociaciones de profesionales, como pediatras, ginecólogos, oncólogos, médicos de atención primaria y enfermeras; y
- requiere participación activa de los principales interesados directos locales.

a. Planificación: principales consideraciones programáticas

Sobre la base de las decisiones de política adoptadas respecto del programa, para avanzar con la planificación y el diseño de un programa organizado, algunas de las principales consideraciones son las siguientes:

- brindar a los dispensadores de asistencia sanitaria la oportunidad de hacer aportaciones sobre la planificación y la preparación del programa según las directrices nacionales;
- evaluar las necesidades de prestación de servicios en todas las instalaciones donde se prestan estos y aprovechar lo que ya está disponible en cada una, con miras a compartir recursos;
- establecer un plan de acción para la educación y la movilización de la comunidad, y preparar material apropiado;
- adquirir y distribuir equipo y suministros y establecer para ellos sistemas locales de reparación, mantenimiento y distribución;
- establecer y mantener un sistema eficaz de derivación de casos;
- establecer un sistema de gestión de la información sanitaria (en papel o en forma computadorizada) para permitir el seguimiento y la evaluación;
- desarrollar una estrategia de vigilancia y evaluación para evaluar regularmente el programa y adoptar oportunamente medidas correctivas;
- garantizar un programa de capacitación de los dispensadores bien diseñado e implementado que abarque el seguimiento poscapacitación y cursos de perfeccionamiento periódicos;
- prever una supervisión capacitante para detectar y corregir los problemas de los servicios de salud y mantenerlos a la altura de las normas nacionales; y
- establecer estrategias de implementación con los responsables distritales y los encargados de adoptar las decisiones locales.

Figura 2.3: Ejemplos de consideraciones programáticas en diferentes niveles del sistema de salud



b. Actividades de preparación para emprender un programa nacional de prevención y control del cáncer cervicouterino utilizando un enfoque estratégico

Un enfoque estratégico de la ejecución de un nuevo programa nacional de prevención y control del cáncer cervicouterino requiere que se ultimen varias actividades antes de iniciar los servicios. Los cuatro pasos principales se describen en esta sección.

Determinar la población destinataria

Es decisivo tener una definición clara de las poblaciones destinatarias de la vacunación contra el VPH y del tamizaje del cáncer cervicouterino, y conocer la ubicación y el tamaño de esas poblaciones. Esta información se puede obtener de manera relativamente fácil en los países donde se mantienen y se actualizan sistemáticamente registros de población como parte de los servicios de salud, o si se recurre a los datos del censo facilitados por las autoridades estadísticas nacionales. En los países donde no se hace esto se pueden utilizar las estimaciones de la población regional publicadas por las Naciones Unidas.⁴

Determinar la población destinataria es importante para lo siguiente:

- tener el denominador para las estimaciones de cobertura como indicador básico del desempeño
- calcular las necesidades de suministros, personal y tiempo, así como de otros recursos
- contribuir al desarrollo de planes de acción sobre prestación y seguimiento de los servicios.

Evaluar las necesidades

Una evaluación de las necesidades conlleva visitar, observar y entrevistar a los principales informantes e interesados directos, y documentar los recursos existentes. Se debe recabar la siguiente información:

- ubicación y estado de todas las instalaciones del área seleccionada de implementación, con detalles sobre infraestructura, equipo y suministros;
- capacidad de todos los cuadros de dispensadores para incorporar servicios de prevención y control del cáncer cervicouterino;
- calidad de los servicios generales prestados en cada establecimiento desde el punto de vista del personal de todos los niveles (desde directores hasta personal de limpieza) y de los representantes de la comunidad, incluidas mujeres y niñas de las edades previstas (usuarias y no usuarias de los servicios);
- horarios diarios y semanales de los servicios, y costos en efectivo, si los hubiere, pagaderos por los usuarios de determinados servicios o de todos ellos;
- existencia y funcionalidad de un sistema de derivación, interconsulta y envío de informes de casos;

⁴ Disponible en: <http://www.un.org/popin/data.html>

- existencia de un sistema adecuado para incorporar datos sobre los servicios orientados hacia el cáncer cervicouterino, porque esos datos se necesitarán para el seguimiento y la evaluación del nuevo programa;
- evaluación del espacio disponible para el almacenamiento de las vacunas nuevas en cadena de frío, a fin de determinar si en el futuro inmediato se necesitaría una ampliación con objeto de tener espacio para esta finalidad.

Levantar un mapa que muestre la ubicación de otros posibles contribuyentes locales, y conseguir su apoyo

Como la prevención y el control del cáncer cervicouterino requieren colaboración entre diversas organizaciones públicas y privadas, puede ser muy útil conocer su ubicación en el área de implementación, así como su infraestructura y sus recursos humanos. Es importante identificar a todos los posibles contribuyentes locales, comunicarse personalmente con ellos y conseguir su colaboración. Estos contribuyentes potenciales serían organizaciones con experiencia y conocimientos especializados en materia de capacitación de dispensadores, sensibilización y movilización de las comunidades, diseño e implementación de programas de vacunación, vigilancia y supervisión capacitante, y establecimiento y seguimiento de la funcionalidad de la cadena de frío, entre otras.

Decidir sobre una estrategia de introducción y diseñarla

Los países con recursos limitados pueden considerar la posibilidad de iniciar actividades de prevención y control del cáncer cervicouterino en el marco de un proyecto experimental en una zona geográfica seleccionada. Esta estrategia puede ser muy valiosa para monitorear los elementos modificables o mejorables antes de ampliar los servicios a mayor escala.

La expansión geográfica se puede planificar de forma progresiva aplicando las enseñanzas extraídas del proyecto experimental e incorporando, según corresponda, tecnologías nuevas basadas en datos científicos. La ampliación a mayor escala puede ser gradual hasta que el programa cubra todo el país.

2.2.3 Implementación del programa

Se debe establecer un marco operativo para las actividades por emprender en los diferentes niveles del sistema de salud. Véanse las figuras 2.3 y 2.4.

A nivel de la comunidad, las actividades son concientizar, impartir educación y desplegar actividades de extensión dirigidas a las niñas de 9 a 13 años de edad y las mujeres de 30 a 49 años de edad (véanse el capítulo 3 y las secciones 4.3 y 4.4 del capítulo 4).

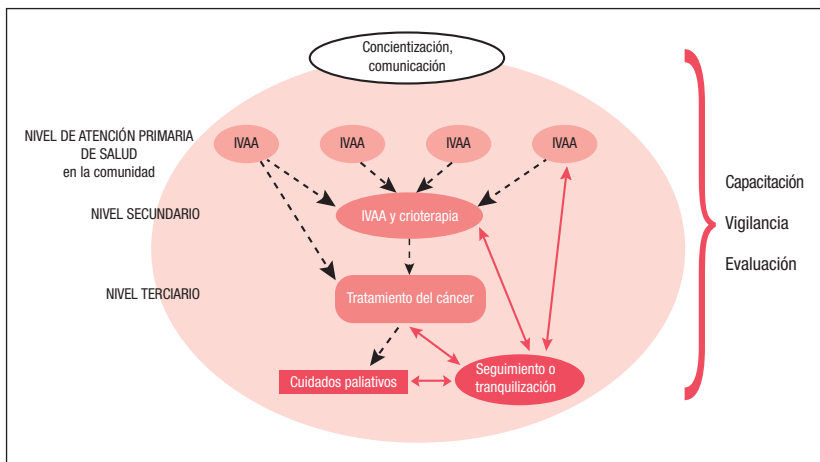
Para las pacientes con enfermedad avanzada, la familia y la comunidad son los principales contribuyentes a los cuidados paliativos después de que una mujer ha sido dada de alta del hospital (véase el capítulo 7: Cuidados paliativos).

En los establecimientos de asistencia sanitaria de nivel primario y secundario es posible realizar la prueba o las pruebas de tamizaje seleccionadas en la fase de elaboración de

las políticas, y las mujeres con resultado positivo en el tamizaje pueden ser tratadas con crioterapia o con escisión electroquirúrgica con asa (LEEP). En caso de lesiones que no satisfacen los criterios de selección para estos tratamientos, las mujeres se deben derivar al nivel terciario de los servicios de salud para ulterior evaluación y tratamiento (véanse los capítulos 5 y 6, sobre diagnóstico y tratamiento del precáncer y del cáncer invasor, respectivamente).

Se requieren capacitación de los dispensadores de asistencia sanitaria y supervisión, seguimiento y evaluación de los servicios, actividades que se deben realizar continuamente en todos los niveles.

Figura 2.4: Ejemplo de organización de servicios de tamizaje, derivación y tratamiento



Fuente: Prevention of cervical cancer through screening using visual inspection with acetic acid (VIA) and treatment with cryotherapy: a demonstration project in six African countries: Malawi, Madagascar, Nigeria, Uganda, the United Republic of Tanzania, and Zambia. Geneva: World Health Organization; 2012.

a. Función de los dispensadores de asistencia sanitaria en la implementación del programa

Los dispensadores de asistencia sanitaria de todos los niveles, así como los administradores, los supervisores y los facilitadores de la capacitación, contribuyen a la eficacia de un programa nacional de prevención y control del cáncer cervicouterino.

Las principales funciones de los dispensadores de asistencia sanitaria al aplicar un programa eficaz abarcan todas las siguientes:

- prestar servicios de salud preventivos, curativos y rehabilitadores pertinentes a la población elegible, de acuerdo con lo determinado por las directrices nacionales y los protocolos de atención;
- participar en las sesiones de capacitación y repaso pertinentes para mantener actualizados los conocimientos y las aptitudes;
- mantenerse informados de cualquier cambio en las recomendaciones o las intervenciones relacionadas con los servicios y adaptar en consecuencia las prácticas clínicas;
- suministrar información correcta a la comunidad en términos claros utilizando el lenguaje local para que las personas de los grupos destinatarios acudan a estos servicios y se beneficien de ellos;
- conseguir que los servicios se presten oportunamente y que los servicios de derivación de casos estén funcionando eficientemente;
- mantener registros y archivos meticulosos, necesarios para estimar los indicadores de vigilancia a fin de evaluar si se están alcanzando los objetivos del programa; y
- garantizar y mejorar continuamente la calidad de los servicios en todos los niveles.

b. Integración de los servicios orientados hacia el cáncer cervicouterino con otros servicios de salud

La integración de los servicios o, como mínimo, la formación y organización de vínculos entre los servicios posibilita una gestión sanitaria holística para las mujeres. La introducción de nuevos servicios de prevención y control del cáncer cervicouterino ofrece la oportunidad de adoptar un enfoque integral de la salud de la mujer.

Integración de los servicios de tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino con otros servicios de salud reproductiva

Es necesario relacionar la demanda con la oferta de servicios de salud. Del lado de la demanda, muchas mujeres acuden a los establecimientos de asistencia sanitaria en busca de asesoramiento sobre una variedad de dolencias, especialmente las relacionadas con la salud reproductiva. Pero quizá no sean conscientes de la importancia del tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino en particular.

Del lado de la oferta, muchos establecimientos de atención primaria tienen un solo dispensador de asistencia sanitaria de nivel medio que se encarga de gestionar toda la atención de salud reproductiva dispensada a las mujeres (es decir, planificación familiar, tratamiento de ITS, atención prenatal y comunicación para fomentar cambios comportamentales). Muchos de estos dispensadores de atención primaria no tienen la capacitación ni el equipo necesarios para efectuar un tamizaje de precáncer en las mujeres mayores de 30 años y, por consiguiente, quizá alguna mujer pierda su única

oportunidad de recibir este servicio. Si el tamizaje no es posible en el establecimiento de atención primaria, el dispensador puede al menos determinar la necesidad de este servicio, educar a la usuaria y derivarla a un establecimiento de nivel secundario.

Integración de la vacunación contra VPH en otros servicios de prevención primaria

La estrategia de vacunación contra el VPH ofrece oportunidades valiosas para la integración con servicios de salud escolar y servicios de atención primaria de salud adaptados a los adolescentes. Las intervenciones pueden incluir tamizaje para detectar carencias nutricionales comunes, discapacidades físicas y enfermedades, así como suministro de información sanitaria preventiva, por ejemplo información sobre los peligros del consumo de tabaco, sobre la anticoncepción para prevenir embarazos inesperados y sobre la utilización de condones para la doble finalidad de prevenir los embarazos y las ITS, incluida la infección por VIH/sida.

Integración de los servicios de detección de VIH y los de tratamiento del cáncer cervicouterino. La OMS recomienda firmemente que, en los países con alta prevalencia de VIH, todo contacto entre un cliente (o paciente) y un trabajador de salud se aproveche como una oportunidad para facilitar orientación y pruebas de detección del VIH, impartir educación sanitaria y dispensar una atención apropiada. La integración de los servicios de atención al cáncer cervicouterino y al VIH puede ocurrir de dos maneras:

- Se debe alentar a las mujeres que acudan a los servicios de orientación y pruebas de detección de VIH a que soliciten tamizaje de cáncer cervicouterino si tienen 30 años o más; si están infectadas por VIH y nunca se habían sometido a tamizaje cervicouterino, se las debe alentar a que se sometan a tamizaje de inmediato, independientemente de su edad, o a que se sometan a tamizaje en tres años si han tenido un tamizaje cervicouterino con resultado negativo.
- Se debe alentar a las mujeres que acuden para tamizaje de cáncer cervicouterino en países con alta prevalencia de VIH a que acudan a los servicios de orientación y pruebas de detección de VIH si no se han sometido recientemente a dichas pruebas.

c. Integración de los servicios con los de tamizaje de otros tipos de cáncer: el caso del cáncer de mama

Los mismos principios aplicados para ejecutar un programa de tamizaje de cáncer cervicouterino eficaz y de alta calidad son aplicables al tamizaje de otros tipos de cáncer, como el de mama. La experiencia y las enseñanzas extraídas de la organización y ejecución de un programa aplicado al cáncer cervicouterino podrían servir de base para elaborar un programa aplicado al cáncer de mama. Las diferencias entre las edades previstas para la detección del cáncer de mama (generalmente mujeres de 50 años o más) se deben tener en cuenta cuando las mujeres acuden a los servicios de tamizaje del cáncer cervicouterino. Como mínimo, los servicios orientados hacia el cáncer cervicouterino ofrecen la oportunidad

de sensibilizar acerca del cáncer de mama y establecer un vínculo con los servicios de detección del cáncer de mama. Asimismo, a las mujeres que acuden para tamizaje de cáncer de mama se les debe preguntar por el tamizaje de cáncer cervicouterino si su edad está dentro de las recomendadas para este tamizaje y, si nunca se habían sometido al mismo, se las debe alentar especialmente a que lo hagan.

d. Desafíos para la implementación de los programas

Los desafíos no solo se encuentran a nivel del desarrollo de políticas, sino también durante la implementación de programas en los establecimientos de salud y en la comunidad, además de los obstáculos que afectan a familias e individuos. El cuadro 2.2 resume esos desafíos y presenta sugerencias para reducir todo efecto negativo de los mismos.

Cuadro 2.2: Posibles desafíos que se presentan en la fase de ejecución, y medidas sugeridas para abordarlos

Desafíos	Medidas sugeridas para reducir las repercusiones negativas
Nivel del establecimiento de salud regional o local	
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de individuos y grupos que se resisten a la vacunación, inclusive contra el VPH, y propagan desinformación 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar, poner a prueba y difundir amplias campañas multimediáticas eficaces para promover los beneficios de vacunar a las niñas contra el VPH y contrarrestar explícitamente la desinformación sobre los riesgos de la vacunación (véanse el capítulo 4 y la próxima sección de este cuadro sobre medidas sugeridas aplicables a nivel de la comunidad y de los dispensadores de atención primaria).
<ul style="list-style-type: none"> • Número insuficiente de dispensadores capacitados y competentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar, mantener y actualizar a un número suficiente de dispensadores competentes en todos los niveles de los servicios; esto puede requerir algún grado de delegación e intercambio de tareas entre ellos. • Ofrecer incentivos no monetarios a la presencia puntual de los clientes y premiar la alta calidad de los servicios.

Desafíos	Medidas sugeridas para reducir las repercusiones negativas
<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros de la comunidad piden asesoramiento a dispensadores locales y tradicionales, líderes comunitarios y figuras nacionales populares que desconocen la carga de morbilidad y las posibilidades de prevención y tratamiento eficaces 	<ul style="list-style-type: none"> • Los asesores locales pueden desempeñar un papel importante en la aceptación de los servicios por parte de los pacientes; deben participar en las actividades de información basadas en datos científicos y se debe conseguir su ayuda para reducir la desinformación y las actitudes negativas (véanse en el capítulo 3 detalles sobre métodos de comunicación y mensajes).
<ul style="list-style-type: none"> • Calidad deficiente de las pruebas de detección, debida tanto a la tecnología de la prueba como a errores del dispensador 	<ul style="list-style-type: none"> • Elegir algoritmos basados en datos científicos para el tamizaje del precáncer según las directrices nacionales, los recursos y la infraestructura disponibles, a fin de garantizar un acceso equitativo y el mejor desempeño posible (véanse en el capítulo 5 detalles sobre los métodos de tamizaje).
<ul style="list-style-type: none"> • Centros de salud muy distantes y horarios de atención limitados, lo que reduce el acceso a los servicios 	<ul style="list-style-type: none"> • Modificar los horarios de apertura y cierre de los servicios de salud para tener en cuenta los horarios de las trabajadoras, y colaborar con la comunidad para ayudar a que las mujeres lleguen al establecimiento, aumentando así el acceso a los servicios de tamizaje, seguimiento y tratamiento. • Establecer estrategias para garantizar el acceso de todas las mujeres de las edades previstas a los servicios, independientemente de su condición socioeconómica, la distancia de los servicios y factores culturales locales.
<ul style="list-style-type: none"> • No hay un sistema para invitar a las mujeres al tamizaje y al seguimiento • Algunos requisitos obligan a las mujeres a regresar frecuentemente a los servicios de salud, por lo que un mayor número de ellas se abstienen de acudir al seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Definir una estrategia para llegar a las mujeres que necesitan servicios de seguimiento, convencerlas de que esos servicios son necesarios y reducir los cuellos de botella en los servicios. • Proporcionar tamizaje y tratamiento del precáncer en una misma visita.

Desafíos	Medidas sugeridas para reducir las repercusiones negativas
<ul style="list-style-type: none"> • Costo elevado de las vacunas, del tamizaje o del tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificar y aplicar estrategias locales para disminuir los costos de las vacunas y de los servicios de tamizaje y tratamiento. • Involucrarse con asociados internacionales y regionales. • Negociar con los fabricantes.
Nivel de la comunidad y de los dispensadores de atención primaria	
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de concientización de la comunidad y del personal de salud acerca del cáncer cervicouterino como problema de salud en general y acerca de la necesidad del tamizaje aunque no se presenten síntomas 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizando enfoques apropiados, impartir educación y desplegar actividades de sensibilización de toda la comunidad, de los líderes comunitarios y de otros miembros clave de la comunidad, así como de los dispensadores de atención primaria y del personal de apoyo no profesional de los dispensarios, considerando las pruebas científicas sobre la evolución natural del cáncer cervicouterino, su conexión con el VPH y la disponibilidad de una prevención eficaz y un tratamiento precoz.

Desafíos	Medidas sugeridas para reducir las repercusiones negativas
<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes negativas y desinformación acerca de los riesgos de la vacunación contra el VPH, concepciones erróneas según las cuales la vacunación de las niñas antes de que sean sexualmente activas promueve la actividad sexual, y creencias o normas que inhiben a las personas de hablar de las enfermedades del aparato genital 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar grupos de discusión y entrevistas para explorar y abordar las concepciones erróneas predominantes y las actitudes negativas con respecto a la vacuna contra el VPH, las enfermedades del aparato genital en general y el cáncer cervicouterino en particular, y responder a ellas presentando datos científicos con un lenguaje no técnico (utilizar esta guía como recurso). • Durante actividades de capacitación y educación que recurren a personas clave de la comunidad, tratar de identificar a quienes estuvieron contra los servicios pero han comprendido y aceptado la información; adiestrar a estas personas para que impartan orientación y educación a la comunidad (proporcionarles material útil y herramientas para esta actividad).
<ul style="list-style-type: none"> • Factores individuales, sociales o culturales que actúan como barreras que impiden a las mujeres acudir a los servicios de salud preventivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Abordar esas barreras, que pueden obedecer a desigualdad y violencia por razón de género, marginación sociodemográfica (por ejemplo, de los miembros de comunidades indígenas o tribales, o de refugiados), situación económica, creencias religiosas, etc.
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de apoyo financiero a las mujeres y las familias para sufragar los costos del tamizaje y las pérdidas de ingresos (la mayoría de las mujeres en riesgo de cáncer cervicouterino no están cubiertas por un seguro social ni un seguro de enfermedad) 	<ul style="list-style-type: none"> • Si hay seguro social o de enfermedad, cerciorarse de que cubra esos costos.

e. Elaborar un plan de acción para proporcionar información, educación, capacitación y supervisión capacitante

Al igual que otros componentes del programa, el plan de acción sobre información, educación, comunicación, capacitación y supervisión capacitante se debe basar en una evaluación de las necesidades y las actividades descritas en la sección 2.2.2.

Este plan de acción debe incluir las siguientes actividades:

- Organizar grupos de discusión o entrevistas con mujeres y niñas de las edades previstas, para enterarse de sus conocimientos, percepciones y necesidades; esta información ayudará a los directores de programa a adaptar los cursos de capacitación de los dispensadores de asistencia sanitaria para que puedan suministrar información y apoyo apropiados a las clientas y garantizar así altos niveles de participación en el tamizaje y de cumplimiento del tratamiento y del seguimiento.
- Sobre la base de la información disponible acerca de la capacidad de los servicios existentes y las necesidades locales, elaborar y aplicar programas de capacitación del personal, así como material de IEC y herramientas de educación de las pacientes.
- Preparar registros y archivos para documentar los servicios prestados; esto es importante no solo para la atención a las pacientes y la evaluación del programa, sino también para la supervisión y la evaluación del desempeño de los dispensadores.
- Impartir capacitación a todos los dispensadores de asistencia sanitaria y directores de programa para permitirles explicar claramente a las pacientes lo que pueden esperar cuando se sometan a ciertos procedimientos (véase en los capítulos 3 a 7 más información sobre los mensajes de orientación y planes de movilización para la vacunación contra el VPH y sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas y del cáncer invasor).
- Impartir capacitación a los operadores de datos, al personal de mantenimiento de equipos, a los supervisores del programa y los técnicos de laboratorio sobre los detalles técnicos de sus respectivas tareas.
- Educar a los dispensadores de nivel primario y secundario acerca del tratamiento del cáncer invasor y los cuidados paliativos, para que conozcan los servicios prestados a nivel terciario.

Los cursos de capacitación deben tener una duración suficiente para que la mayoría de los alumnos adquieran los conocimientos necesarios, y deben incluir componentes teóricos, ejercicios de simulación con modelos anatómicos y capacitación clínica práctica. La enseñanza de las metodologías que se utilizarán en los servicios debe ser flexible para posibilitar la integración de nuevas tecnologías a medida que surjan.

Algunos desafíos comunes encontrados en la capacitación son los siguientes:

- capacitación práctica insuficiente debido al pequeño volumen de casos

- falta de hincapié en la capacitación basada en la competencia
- seguimiento poscapacitación y supervisión capacitante insuficientes
- falta de cursos de actualización
- los centros de capacitación no reflejan los recursos disponibles en los sitios de prestación de los servicios.

Ante algunos de estos desafíos, puede ser útil tener en cuenta los siguientes puntos. Mientras que algunos participantes adquieren nuevos conocimientos y aptitudes rápidamente, otros pueden necesitar más tiempo. Se puede organizar una prolongación de la capacitación práctica más allá del curso mismo de capacitación recurriendo a dispensadores experimentados que reciban como aprendices en sus establecimientos, semanalmente o de forma rotativa, a pasantes que hayan completado el curso básico. Es decisivo conseguir que, antes de comenzar a prestar los servicios, todos los dispensadores estén convencidos de su capacidad para prestarlos a la altura de las normas establecidas. La supervisión poscapacitación, la utilización de ayudas al trabajo, algoritmos y otras herramientas pertinentes de aprendizaje para reforzar la calidad del desempeño deben estar incorporados en el plan de capacitación y la posterior gestión del programa.

f. Otros componentes que deben estar en su sitio para una prestación eficaz y segura de los servicios

Adquisiciones y mantenimiento de equipo y de suministros

La evaluación de necesidades durante la fase de planificación y preparación suministrará información vital acerca del equipo y de los suministros esenciales por adquirir. Deben establecerse estrategias para distribuir y almacenar equipo y para la reposición regular de los suministros (por ejemplo bienes fungibles, repuestos y reactivos). Además, se necesitará un sistema local eficaz de reparación y mantenimiento a fin de evitar interrupciones de los servicios o cambios de citas de pacientes porque el equipo está roto o funciona mal. Esas interrupciones pueden desanimar a las clientas de regresar y pueden menoscabar la reputación de calidad de los servicios ante pacientes reales o potenciales.

Estrategia de prevención de infecciones

Un manejo adecuado de los desechos médicos y la descontaminación y esterilización del equipo reutilizable son necesarios para reducir al mínimo la propagación de infecciones y los posibles daños al personal del consultorio, a los pacientes y a la comunidad local (véase el anexo 3).

La estrategia debe proporcionar instrucciones claras sobre lo siguiente:

- manejo adecuado, clasificación, transporte y eliminación de los desechos médicos;
- un sistema de eliminación de las ampollas y jeringas utilizadas para la vacunación contra el VPH (véanse en la hoja práctica 4.4



Prevenición
y control de
infecciones



Seguridad de
las inyecciones

los elementos esenciales de la seguridad de las inyecciones para garantizar la calidad de los servicios);

- procesamiento del equipo reutilizable contaminado atendiendo a las normas internacionales, a saber: descontaminación con una solución de hipoclorito de sodio, lavado y enjuague, desinfección de alto grado o esterilización; y
- utilización de equipo de protección adecuado por el personal de atención de salud responsable de la eliminación de desechos contaminados y la descontaminación de equipo reutilizable, a saber: ropa protectora, guantes gruesos y máscaras de ser necesario.

Un laboratorio de referencia nacional

Cuando en un programa se introduzcan pruebas de VPH se necesitará un laboratorio de referencia nacional para la garantía y el control de la calidad.

La lista de verificación de la hoja práctica 2.1 puede ser útil en la planificación y ejecución del programa de control del cáncer cervicouterino. Además, al final de este capítulo, en la lista de lecturas complementarias, se enumeran publicaciones y sitios web útiles que presentan información actualizada basada en datos científicos sobre enfoques estratégicos de la planificación y la ejecución de programas.



Lista de verificación

2.2.4 Seguimiento y evaluación del programa

El seguimiento y la evaluación (SyE) de todo programa de salud tienen por objeto velar por que se desarrollen y se apliquen procesos y sistemas de tal manera que los servicios prestados sean de buena calidad y potencien al máximo los beneficios para la población destinataria. Los indicadores principales para fines de SyE de un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino se pueden encontrar en la publicación del 2013 de la OPS/OMS titulada *Monitoreo de los programas nacionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino: control de calidad y garantía de calidad para programas basados en inspección visual con ácido acético (IVAA)*.⁵

Los interesados directos se deben involucrar desde la etapa de planificación estratégica para velar por que se obtengan los resultados requeridos del programa y por que se apliquen medidas correctivas apropiadas según sea necesario. Se deben implantar sistemas básicos de información sanitaria, ya sean manuales (como registros y archivos), o bien computadorizados, o una combinación de ambos, y se deben recoger regularmente los datos necesarios para fines de SyE.

Los registros de cáncer son importantes para recopilar información sobre los casos de cáncer y la mortalidad asociada. Se pueden analizar esos datos para obtener información sobre la aparición de casos y las tendencias del cáncer en una población determinada y para evaluar las repercusiones del programa de prevención y control del cáncer

⁵ Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/es/>

cervicouterino. Si al principio es demasiado difícil llevar registros de cáncer en todo el país, se pueden establecer centros centinela representativos de diferentes poblaciones y, según las enseñanzas que se extraigan, el sistema se puede modificar y ampliar a mayor escala hasta que la cobertura sea nacional. Se puede encontrar más información sobre los registros de cáncer en el sitio web de la Iniciativa Mundial para el Desarrollo de Registros de Cáncer (GICR), del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC).⁶

a. Vigilancia

Según el glosario de la OMS sobre fortalecimiento de los sistemas de salud (existente solo en inglés),⁷ por vigilancia se entiende la supervisión continua de una actividad para ayudar a su supervisión y asegurarse de que procede según lo planificado. Abarca la especificación de métodos para medir la actividad, la utilización de recursos y la respuesta a los servicios en comparación con los criterios acordados.

La vigilancia combinada con medidas correctivas apropiadas requiere un sistema en funcionamiento para recopilar, almacenar y difundir información sanitaria, un sistema de supervisión para velar por la observancia de las normas, una mejora participativa y continua de la calidad y métodos de resolución de problemas locales aplicados con la participación de los dispensadores y los miembros de la comunidad. Esta subsección facilita mayores detalles sobre los sistemas de información sanitaria, sugiere herramientas de autoevaluación y resolución de problemas locales y suministra información sobre la supervisión capacitante utilizada para la prevención del cáncer cervicouterino.

Dos actividades específicas de un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino que dependen en gran medida de la vigilancia son la mejora continua de la calidad de los servicios y la vigilancia de los eventos adversos posvacunales (EAPV) (véanse en el capítulo 4 y en la hoja práctica 4.6 cuestiones específicas relacionadas con las actividades de SyE en un programa de vacunación contra el VPH).



La mejora continua de la calidad de la prestación de servicios debe llevarse a cabo aplicando periódicamente medidas correctivas oportunas. La mejora de la calidad es una responsabilidad de todo el personal y debe involucrar a todos los cuadros. Los métodos que pueden adaptarse y utilizarse para vigilar y mejorar la calidad de los servicios son los siguientes:

- **Autoevaluación y solución local de problemas:** Estos son métodos participativos que deben aplicar todos los equipos de dispensadores, así como los miembros representativos de la comunidad. El proceso COPE® (client-oriented, provider-efficient services, es decir servicios orientados al cliente prestados por dispensadores eficientes) de EngenderHealth ha generado varias herramientas que se pueden adaptar

⁶ Disponible en: <http://gicr.iarc.fr/es/>

⁷ Disponible en: http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/

a estas actividades, a saber: una guía para entrevistas con clientes, un análisis de los flujos de clientes y un plan de acción.⁸

- **Supervisión capacitante:** Esto se debe hacer periódicamente y el proceso debe estar facilitado por supervisores capacitados. Las principales funciones del equipo de supervisión capacitante son las siguientes:
 - observar todos los aspectos de la prestación de los servicios, según corresponda (por ejemplo, registro de pacientes, orientación, procedimientos de consentimiento, administración de las vacunaciones, tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas, prácticas de prevención de infecciones y documentación);
 - revisar los datos a nivel del sitio en relación con el reclutamiento, la cobertura de vacunación contra el VPH (con inmunización plena o parcial), tasas de tamizaje y tratamiento, mujeres perdidas para el seguimiento, tasas de EAPV, etc.; y
 - monitorear y actualizar las aptitudes del personal de salud y colaborar con ellos para resolver cualquier problema relacionado con los servicios prestados en el establecimiento o los servicios periféricos.

b. Evaluación

La evaluación está definida en el glosario de fortalecimiento de los sistemas de salud de la OMS como la determinación sistemática y objetiva de la relevancia, la adecuación, el progreso, la eficiencia, la eficacia y las repercusiones de un procedimiento con relación a los objetivos y teniendo en cuenta los recursos y los servicios que se hayan desplegado.

Un plan de evaluación desarrollado con la participación activa de los interesados directos tiene que definir lo siguiente:

- la persona o las personas de los equipos de gestión multidisciplinaria que serán responsables de la evaluación de los servicios;
- los recursos y servicios que se evaluarán y los métodos de evaluación;
- los datos que se recogerán y la definición de los principales indicadores de desempeño y de impacto para los fines de prevención y control del cáncer cervicouterino (véanse los principales indicadores en la hoja práctica 2.2);
- la manera en la cual se adoptarán medidas correctivas dondequiera que se detecten deficiencias; y
- el presupuesto para realizar la evaluación.



Principales indicadores

c. Indicadores básicos

Los indicadores básicos para monitorear y evaluar los servicios de un programa integral de prevención y control del cáncer cervicouterino son los de desempeño y de impacto.

⁸ Disponible en: <http://www.engenderhealth.org/pubs/quality/cope.php>

Se alienta encarecidamente a cada país a que adopte indicadores básicos porque suministran información fundamental para seguir de cerca y evaluar los progresos y el impacto del programa, así como información para las comparaciones mundiales intra e interpaíses (por ejemplo, véanse en el capítulo 1, sección 1.1.2, datos sobre la epidemiología mundial del cáncer cervicouterino).

Indicadores de desempeño de la vacunación contra el VPH:

- Cobertura de vacunación de la población destinataria: proporción de niñas que para los 15 años de edad han recibido anualmente todas las vacunas (medida utilizando el formulario de notificación conjunta de la OMS y el UNICEF)
- Tasa de EAPV: número de EAPV notificados cada año (véase el capítulo 4 para más detalles).

Indicadores de desempeño del tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino:

- Cobertura de la población destinataria:
 - i. porcentaje de las mujeres de 30 a 49 años de edad que se han sometido a tamizaje por lo menos una vez desde los 30 años de edad (esto se puede determinar utilizando una encuesta de mujeres de 30 a 49 años de edad que incluya una pregunta acerca de si se han sometido a tamizaje por lo menos una vez)
 - ii. porcentaje de las mujeres de 30 a 49 años de edad que se han sometido a tamizaje ese año (la información se puede obtener a partir de registros del servicio, procurando desagregar el primer tamizaje de ulteriores repeticiones).

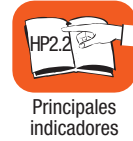
Nota: El denominador de ambos indicadores de cobertura es el número de mujeres de 30 a 49 años de edad en la población, y es importante desglosar los datos en grupos etarios con intervalos de cinco años.

- Positividad en las pruebas de tamizaje: porcentaje de las mujeres de 30 a 49 años de edad sometidas a tamizaje que han tenido un resultado positivo en los 12 meses precedentes (la información puede obtenerse de los registros diarios).
- Tasa de tratamiento: porcentaje de mujeres con resultado positivo en el tamizaje que finalizaron el tratamiento apropiado de las lesiones precancerosas o el tratamiento del cáncer invasor en los 12 meses precedentes (la información puede obtenerse a partir de los registros diarios).

Indicador de impacto:

- Incidencia de cáncer cervicouterino y mortalidad por esta causa, específicamente según la edad: incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino en la población destinataria, por edades.

En la hoja práctica 2.2 se encontrarán las definiciones de los indicadores básicos de desempeño y de impacto, los métodos de cálculo y el nivel límite para adoptar medidas correctivas (en la misma hoja práctica también se describen otros indicadores).



Para más información, remítase al documento de la OPS/OMS *Monitoreo de los programas nacionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Control de calidad y garantía de calidad para programas basados en inspección visual con ácido acético (IVAA) (2013)*.⁹

2.3 Logro de la prevención y el control del cáncer cervicouterino

La prevención y el control del cáncer cervicouterino puede lograrse si:

- se elaboran y se difunden una política nacional y directrices nacionales sobre el control del cáncer cervicouterino basadas en la evolución natural de la enfermedad y los datos acerca de la prevalencia e incidencia en diferentes grupos de edad;
- se asignan recursos financieros y técnicos para la ejecución de las políticas y las directrices, y se consigue que los servicios sean accesibles y asequible para las mujeres y niñas;
- se han implantado programas de educación pública y promoción de la causa de la prevención para apoyar la política nacional;
- las mujeres y niñas de los grupos de edad previstos participan ampliamente en el tamizaje y en la vacunación contra el VPH;
- la vacuna contra el VPH se administra como estrategia poblacional a las muchachas de 9 a 13 años de edad;
- el tamizaje está organizado en lugar de ser oportunista;
- los servicios de tamizaje están vinculados al tratamiento del precáncer y del cáncer invasor;
- hay en funcionamiento un sistema de gestión de la información sanitaria y un plan de seguimiento y evaluación para vigilar los logros, identificar las deficiencias y aportar sugerencias regularmente a los gerentes y dispensadores de asistencia sanitaria, de tal manera que se puedan aplicar oportunamente medidas correctivas apropiadas;
- se ha establecido y se mantiene en funcionamiento un sistema de derivación de casos; y
- hay en funcionamiento un sistema general de salud fortalecido.

⁹ Disponible en: (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/es/>)

Lecturas complementarias

- Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs: a manual for managers. Seattle (WA): ACCP; 2004 (http://www.rho.org/files/ACCP_mfm.pdf, accessed 18 July 2014).
- Bray F, Znaor A, Cueva P, Korir A, Swaminathan R, Ullrich A, et al. Planning and developing population-based cancer registration in low- and middle-income settings. IARC Technical Publication No. 43. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014 (<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/treport-pub/treport-pub43/index.php>, accessed 16 June 2014).
- EngenderHealth. COPE® for cervical cancer prevention: a tool book to accompany the COPE® handbook. New York (NY): EngenderHealth; 2004 (http://screening.iarc.fr/doc/cope_cxca_toolbook.pdf, accessed 18 July 2014).
- Franco EL. Epidemiology in the study of cancer. In: Bertino JR, editor. Encyclopedia of cancer, volume 1. San Diego (CA): Academic Press; 1997:621–41.
- PATH. Implementing HPV vaccination programs: practical experience from PATH. Cervical cancer prevention: Practical experience series. Seattle (WA): PATH; 2011 (<http://www.rho.org/HPV-vaccine-implementation.htm>, accessed 18 July 2014).
- PATH. Strategic planning and situation assessment for cervical cancer prevention: practical experience from PATH. Cervical cancer prevention: practical experience series. Seattle (WA): PATH; 2011 (<http://www.rho.org/HPV-strategic-planning.htm>, accessed 18 July 2014).
- PATH. Cervical cancer prevention action planner, version 2.0 [website]. PATH; 2012 (<http://www.rho.org/actionplanner.htm>, accessed 18 July 2014).
- Banco Mundial. Indicadores del desarrollo mundial 2013. Washington (DC): World Bank; 2013 (<http://data.worldbank.org/products/wdi>, accessed 18 July 2014).

Sitios web útiles:

EngenderHealth – Client-Oriented, Provider-Efficient Services (COPE®):

www.engenderhealth.org/our-work/improving-quality/cope.php

ExpandNet – Scaling up Health Innovations: www.expandnet.net/

Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) – Iniciativa Mundial para el Desarrollo de Registros de Cáncer (GICR):

<http://gicr.iarc.fr/es/>

United Nations Population Information Network:

<http://www.un.org/popin/data.html>

OMS – Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva:

www.who.int/reproductivehealth/topics/countries/strategic_approach/es/

WHO – HPV Vaccine Introduction Clearing House:

www.who.int/immunization/hpv/en/

3

CAPÍTULO 3. MOVILIZACIÓN COMUNITARIA, EDUCACIÓN Y ORIENTACIÓN

Capítulo 3. Movilización comunitaria, educación y orientación

Puntos clave

- La extensión, la movilización comunitaria, la educación sanitaria y la orientación son componentes esenciales de todo programa eficaz de prevención y control del cáncer cervicouterino para garantizar una gran cobertura de vacunación, una elevada cobertura de tamizaje y una alta observancia del régimen terapéutico.
- Las estrategias de extensión deben llegar a las niñas y las mujeres que más se beneficiarán de la vacunación y del tamizaje, respectivamente, así como a los hombres, los niños varones, los líderes en la comunidad y los principales interesados directos.
- La movilización comunitaria y la educación sanitaria son herramientas esenciales para superar los desafíos comunes que impiden el acceso a la atención preventiva y la utilización de esta; estos obstáculos frecuentes incluyen tabús sociales, barreras idiomáticas, falta de información y falta de transporte a los sitios donde se dispensan los servicios.
- La educación sanitaria consigue que las mujeres, sus familias y la comunidad en general sepan que el cáncer cervicouterino es prevenible.
- Los mensajes de educación sanitaria acerca del cáncer cervicouterino deben reflejar las políticas nacionales y deben ser culturalmente apropiados y coherentes en todos los niveles del sistema de salud.
- Los establecimientos de asistencia sanitaria deben tener una habitación privada que se pueda utilizar para proporcionar a las mujeres de forma individual información y orientación, si corresponde, a fin de ayudarlas a elegir las mejores alternativas para su salud.
- Se debe capacitar a los dispensadores de asistencia sanitaria para que puedan hablar sin prejuicios sobre la sexualidad y abordar las cuestiones relacionadas con el cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano (VPH) protegiendo al mismo tiempo la privacidad de las pacientes y la confidencialidad.
- Es fundamental que los mensajes educativos insistan en que las mujeres con resultados de tamizaje anormales deben regresar para seguimiento.

Acerca de este capítulo

Este capítulo se basa en las siguientes directrices de la OMS:

Cervical cancer, human papillomavirus (HPV), and HPV vaccines: key points for policy-makers and health professionals. Geneva: WHO; 2007
(http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_RHR_08.14_eng.pdf).

Otros artículos y publicaciones en los cuales se basa el capítulo se pueden encontrar en las lecturas complementarias enumeradas al final del capítulo.

El presente capítulo aborda la necesidad de incluir la extensión, la movilización comunitaria, la educación sanitaria y la orientación en programas eficaces de prevención y control del cáncer cervicouterino. La finalidad de esas actividades es motivar a las mujeres y las familias a que acudan a los servicios preventivos, entre otras cosas para detección precoz y tratamiento de lesiones cervicouterinas precancerosas y vacunación de las niñas, y en último término para posibilitar que las personas controlen más la propia salud y la mejoren.

Este capítulo consta de cinco secciones principales. La 3.1, titulada “Fomento de la utilización de los servicios de prevención y control del cáncer cervicouterino”, sirve de introducción al tema del capítulo, haciendo hincapié en la función central de los dispensadores de asistencia sanitaria. Las demás, sobre extensión (sección 3.2), movilización comunitaria (sección 3.3), educación sanitaria preventiva (sección 3.4) y orientación (sección 3.5), suministran información sobre los enfoques más eficaces, los principales mensajes de cada una de estas actividades y recursos útiles para ejecutarlas. La transmisión de mensajes coherentes requiere buenas aptitudes de comunicación y la utilización de un lenguaje no técnico apropiado para la población destinataria.

Las hojas prácticas correspondientes a este capítulo presentan mensajes clave por incluir en la educación sanitaria acerca del cáncer cervicouterino, respuestas a preguntas frecuentes sobre el cáncer cervicouterino y el VPH, asesoramiento sobre cómo incorporar a los hombres en la prevención del cáncer cervicouterino e información sobre las actividades de orientación. Algunas hojas prácticas correspondientes a otros capítulos también servirán de apoyo a los dispensadores de asistencia sanitaria en materia de comunicación, y en este capítulo se hará referencia a ellas.

3.1 Fomento de la utilización de los servicios de prevención y control del cáncer cervicouterino

La prevención permite salvar vidas y economizar recursos. El costo de perder a una mujer por causa del cáncer cervicouterino es enorme, tanto para la familia como para la comunidad. La extensión comunitaria, la educación y la orientación, si son buenas, ayudan a las personas a comprender y reducir su riesgo personal de enfermedad y los riesgos de sus familiares y amigos, a aceptar y utilizar las opciones de atención preventiva, como vacunación y tamizaje, a evitar comportamientos perjudiciales y a adoptar modos de vida más saludables.

Muchas mujeres y familias pueden necesitar apoyo para superar los obstáculos que les impiden recibir los servicios. Estos obstáculos pueden consistir en temor a enterarse de que tienen una infección o una enfermedad, o vergüenza frente a un examen de los órganos genitales, o confusión acerca de la seguridad y la eficacia de la vacuna contra VPH, o falta de tiempo o de un medio de transporte asequible

para llegar al establecimiento donde se dispensa el servicio. La movilización comunitaria es un proceso de colaboración con la comunidad para identificar esos obstáculos y elaborar estrategias para superarlos.

La historia de Anna

Anna, una keniana de 32 años de edad, no estaba enferma. De hecho, su ánimo era excelente. Poco tiempo atrás, un anuncio pronunciado por un agente sanitario de la comunidad en un funeral la había inspirado. Él había hablado de una enfermedad que afecta a las mujeres, el cáncer cervicouterino, y había explicado que es prevenible. Si el comienzo de esta enfermedad no se detecta y no se trata, una mujer puede morir por esa causa.

El agente sanitario de la comunidad, una persona conocida en la que ella confiaba, le había entregado una tarjeta y le había dicho adónde ir para el tamizaje. “Pensé que era importante saber si corría riesgos porque, después de todo, podría obtener ayuda.” Cuando Anna regresó dos semanas después del tamizaje, se le dijo que su prueba era negativa, es decir normal. “Me sentí muy aliviada,” dijo. En adelante solo tenía que regresar para otra prueba cinco años después.

Como fue tratada tan amablemente y aprendió tanto, Anna empezó a hablar públicamente de su experiencia. Muchas mujeres con las que ella hablaba siguieron sus consejos y se sometieron a las pruebas. Dos de ellas le dijeron a Anna que habían sido tratadas por lesiones precancerosas y, gracias a ello, no enfermarían de cáncer. Anna se siente feliz de ayudar a otros: “No quiero que nadie muera si existe la posibilidad de seguir viviendo.”

Fuente: Adaptado de Women’s stories, women’s lives: experiences with cervical cancer screening and treatment. Seattle (WA): Alliance for Cervical Cancer Prevention; 2004.

3.1.1 La función del dispensador de asistencia sanitaria

Los dispensadores de asistencia sanitaria desempeñan una función central en la prevención y el control del cáncer cervicouterino al promover la vacunación y el tamizaje de quienes tienen las mayores probabilidades de beneficiarse. Los que desempeñan esta función pueden ser médicos, enfermeras, parteras, trabajadores sanitarios de la comunidad capacitados u otros que presten servicios clínicos o comunitarios. Estos dispensadores son protagonistas decisivos dentro de un equipo más grande que trabaja de forma conjunta para recabar y transmitir información acerca de la infección por VPH y el cáncer cervicouterino, la forma de prevenir este, de aplicar pruebas de tamizaje y de tratar a las mujeres cuyos resultados son anormales. La experiencia indica que la comunicación directa

de los dispensadores de asistencia sanitaria con los destinatarios de los servicios de salud es el método más eficaz de intercambiar información sanitaria importante e influir en los comportamientos relacionados con la búsqueda de asistencia sanitaria. Los individuos y las familias recurren al dispensador para obtener información sanitaria y servicios de salud.

Utilizar un lenguaje claro y respetuoso durante las comunicaciones interpersonales, transmitir mensajes importantes que contengan información coherente y exacta y proporcionar servicios propicios centrados en la mujer y fácilmente accesibles puede ser determinante para el éxito de las actividades encaminadas a reducir el cáncer cervicouterino. Véanse en el recuadro 3.1 las características de un dispensador de asistencia sanitaria que puede ser un buen educador sanitario en materia de cáncer cervicouterino.

Recuadro 3.1: Características y aptitudes de comunicación de un educador eficaz en materia de cáncer cervicouterino

- **Tener conocimientos:** Entender correctamente el cáncer cervicouterino y la manera de prevenirlo, inclusive las razones por las que se prioriza a determinados grupos de edad para recibir los servicios. Ser capaz de anticipar preguntas y responder a ellas, y de buscar más información según sea necesario.
- **Sentirse cómodo con el tema:** Sentirse cómodo hablando de la anatomía de la mujer, del sexo y de la sexualidad.
- **Ser claro y coherente:** Emitir mensajes clave fáciles de entender y apropiados para su audiencia y ser coherente con esos mensajes.
- **Ser sensible y no prejuicioso:** Las cuestiones relacionadas con la salud sexual pueden ser muy delicadas. Se debe utilizar un lenguaje y un tono apropiados, velando por no pronunciar expresión alguna que agrave estigmas o promueva estereotipos de género perjudiciales (véase el cuadro 3.1).
- **Ser solidario:** Escuchar bien. Ser paciente y comprensivo y ayudar a las mujeres y familias a solucionar sus problemas y tomar decisiones acertadas para conseguir la atención que necesitan.
- **Ofrecer una buena acogida e infundir aliento:** Si las personas se sienten bienvenidas, habrá mayores probabilidades de que regresen cuando necesiten atención.

3.2 Extensión

Por extensión se entienden las actividades realizadas fuera de las paredes del establecimiento de asistencia sanitaria con objeto de llegar a la población destinataria para aumentar sus

conocimientos sobre problemas de salud específicos (la prevención del cáncer cervicouterino es un ejemplo) y mejorar su acceso a los servicios de salud.

La función del dispensador de asistencia sanitaria incluye actividades de extensión, que deben planificarse cuidadosamente. El primer paso para establecer un plan de extensión consiste en identificar a la población destinataria del mensaje específico, poder comunicar claramente el razonamiento y explicar la importancia de priorizar a ese grupo destinatario de los servicios. Véanse en la figura 2.1 del capítulo 2 los grupos de edad afectados y los que se pueden beneficiar de la mayoría de las intervenciones específicas. La colaboración con la comunidad genera apoyo a la prevención, lo cual facilita que se llegue a las poblaciones destinatarias. En la etapa de planificación de las actividades de extensión es decisivo comprender los principales obstáculos que puedan impedir que las mujeres y niñas reciban los servicios de salud preventivos.

El objetivo de la extensión es potenciar al máximo la cobertura y la utilización de los servicios de prevención y control del cáncer cervicouterino. Para lograr esto hay cinco grupos destinatarios o prioritarios a los que se debe llegar con los mensajes sobre la prevención del cáncer cervicouterino, a saber:

- **Niñas adolescentes (y sus familias):** Las investigaciones indican que las vacunas contra VPH son más eficaces si se administran a las niñas o las mujeres antes del inicio de la actividad sexual y de la exposición a la infección por VPH; por consiguiente, la población destinataria de la vacuna contra VPH, según recomienda la OMS, es la de las jóvenes de 9 a 13 años de edad.¹ Sin embargo, es importante incluir a los varones en las campañas de concientización e información.
- **Mujeres adultas:** Se pueden obtener beneficios máximos del tamizaje cervicouterino si se limita la utilización de los recursos de tamizaje a las mujeres de 30 a 49 años de edad, como recomienda la OMS. Esto es así porque la mayoría de las mujeres se infectan con VPH en la adolescencia y la veintena, y el virus tarda normalmente 10 a 15 años en producir cambios precancerosos. La inclusión de familiares, y en particular del compañero íntimo, al transmitir los mensajes de educación sanitaria relacionados con esta cuestión es fundamental para garantizar la aceptación de los servicios de tamizaje.
- **Vulnerable groups:** Los datos científicos indican que quienes menos utilizan los servicios tienden a ser quienes corren mayores riesgos. No es suficiente establecer servicios y suponer que las niñas y las mujeres en riesgo acudirán para usarlos. Se deben desplegar esfuerzos especiales para llegar a las poblaciones más vulnerables. Esos grupos comprenden los siguientes:
 - niñas de difícil acceso, especialmente las no escolarizadas;
 - mujeres que viven lejos de los servicios y tienen menos recursos;

¹ No es necesario preguntar a las muchachas si son sexualmente activas antes de administrarles la vacuna. Semejante pregunta a una población tan joven envía mensajes erróneos y puede generar temor y desconfianza.

- trabajadoras migrantes, refugiadas y miembros de otros grupos marginados;
 - mujeres y niñas con infección por VIH y otras con inmunodepresión que pueden requerir un calendario de tamizaje más intensivo.
- **Líderes y defensores de la comunidad:** La participación de los líderes comunitarios puede facilitar sobremanera las actividades de extensión. Unos pocos líderes fuertes que se conviertan en promotores de la causa pueden conseguir un apoyo comunitario que asegure el éxito del programa. Sus contribuciones pueden consistir en convencer a los hombres de la localidad, conseguir apoyo financiero para las familias necesitadas, organizar el transporte a los servicios o fijar un punto de reunión para dar una charla o celebrar un evento de campaña.
 - **Hombres:** Como en otros aspectos de la salud reproductiva de la mujer, es decisivo llegar a los hombres e incluirlos. Muchos hombres son los “guardianes” del acceso de sus esposas e hijas a los servicios, de manera que puede ser necesario conseguir su apoyo (o, en casos extremos, su permiso) para que las mujeres acudan a los servicios. Al aumentar sus conocimientos y su comprensión de los problemas de salud de la mujer, los hombres pueden tomar mejores decisiones de salud para sí mismos y para sus compañeras y esto ayuda a fortalecer los programas. La información sobre el VPH y el cáncer cervicouterino se puede facilitar a los hombres en dispensarios y entornos comunitarios con mensajes acerca de la importancia de alentar a sus parejas a que se sometan a tamizaje y se traten si fuera necesario (véase la hoja práctica 3.3).



Lo que necesitan saber los hombres

Una vez definidas las poblaciones destinatarias, un plan de extensión puede abarcar lo siguiente:

- trabajadores sanitarios de la comunidad y estrategias de comunicación entre iguales para suministrar información y motivar a las poblaciones a que acudan a los servicios;
- unidades de tamizaje móviles o brigadas de vacunación para llevar los servicios a las comunidades;
- carteles, folletos, emisiones de radio y de televisión y redes sociales albergadas en internet para llegar a todos los segmentos de las poblaciones destinatarias, así como a personas que puedan influir en ellos.

Véase en la sección 3.4.3(c) más adelante en este mismo capítulo información adicional sobre la educación sanitaria en la comunidad.

3.3 Movilización comunitaria

La movilización comunitaria es un proceso consistente en hacer participar a la comunidad y generar apoyo para todos los necesitados de servicios de salud (por ejemplo, de prevención y control del cáncer cervicouterino); esto posibilita la plena adhesión de la comunidad y su participación sostenible.

La promoción de los servicios preventivos puede ser un desafío en cualquier entorno. Las personas tienden a solicitar atención si ellas mismas o sus familiares están enfermas más que a buscar servicios preventivos, y las mujeres suelen dar a la propia atención preventiva la prioridad más baja. Una atención preventiva eficaz en los establecimientos de asistencia sanitaria requiere no solo implantar el servicio sino, lo que es igualmente importante, atraer a la comunidad para que lo conozca y lo utilice.

3.3.1 Atraer a la comunidad a la prevención

Los dispensadores de asistencia sanitaria suelen estar sobrecargados con los cuidados prestados a los pacientes, y como consecuencia de esto es difícil que puedan salir a la comunidad. Los trabajadores sanitarios de la comunidad, los voluntarios y los directores de los establecimientos pueden movilizar para proporcionar educación y extensión a las comunidades. Las asociaciones de la comunidad, inclusive líderes comunitarios, líderes religiosos, docentes y miembros de grupos de mujeres locales, pueden ayudar a identificar a los miembros de las poblaciones destinatarias y también a abordar las barreras que obstaculizan el acceso y el tratamiento (véase el recuadro 3.2). Las actividades de movilización comunitaria pueden ampliar el alcance y las repercusiones de los recursos limitados de los centros de salud y los dispensadores.

Recuadro 3.2: Las comunidades pueden lograr un cambio

- A nivel mundial, más de 25 millones de familias se ganan la vida mediante la producción de café. En muchas comunidades productoras los pequeños agricultores se han organizado en cooperativas o uniones a fin de compartir las instalaciones de procesamiento y aumentar su poder de negociación. En Huatusco, México, cuando los líderes de la cooperativa cafetera aprendieron que muchas de las mujeres de su comunidad estaban muriendo innecesariamente de una enfermedad prevenible, se propusieron cambiar la situación. En colaboración con una organización no gubernamental y con el Ministerio de Salud, empezaron por educar a sus miembros (principalmente hombres) sobre la importancia de salvar las vidas de las mujeres y dar permiso a sus esposas para que se sometían a tamizaje. Colaboraron con los servicios de salud locales a fin de designar días especiales para las “campañas” de tamizaje y luego utilizaron sus camiones de café para transportar a las mujeres. Los familiares ayudaron haciéndose cargo de las tareas domésticas y del cuidado de los niños pequeños.
- Al hacer del tamizaje un evento especial y visible, se volvió aceptable para todas las mujeres asistir. Las que tenían miedo fueron alentadas a participar por sus amigas y vecinas y, lo más importante, las mujeres con resultados positivos recibían tratamiento. Para las diagnosticadas con cáncer más avanzado se recaudaron fondos de la comunidad y se ayudó a las familias a solventar costos que podrían ser catastróficos. Al cabo de dos años se habían sometido a tamizaje más del 80% de las mujeres de la edad prevista y el 90% de las que tuvieron resultados positivos en el tamizaje habían recibido tratamiento. La cooperativa recibió miembros nuevos, los trabajadores se volvieron más leales al grupo, y se salvaron vidas de mujeres.

3.3.2 Colaboración con los trabajadores sanitarios de la comunidad

Muchos sistemas de salud utilizan a trabajadores sanitarios de la comunidad (TSC) capacitados para educar a los miembros de la comunidad acerca de la prevención y para promover los servicios de salud disponibles. Estos TSC pueden servir de puente entre los servicios de salud y la comunidad, y en todo el mundo se reconoce que son una parte esencial de cualquier equipo de atención de salud. Su abordaje entre iguales ayuda a ganar la confianza de las familias que pueden beneficiarse de la información y del asesoramiento sobre los programas de vacunación o de tamizaje y a disipar los temores o inquietudes que se puedan abrigar. Por ejemplo, si una mujer tiene un resultado positivo en el tamizaje, el TSC puede convencerla de la importancia de regresar al consultorio para tratamiento; y si los padres abrigan inquietudes respecto de la inocuidad de la vacuna contra VPH, el TSC puede darles información correcta sobre la seguridad y los beneficios de la vacuna. Al acompañar a una mujer que acude a los servicios dispensados en un centro de salud o un hospital, si ella lo desea, esos TSC pueden mostrar a la comunidad que son miembros valorados y versados de un equipo.

Si los dispensadores de asistencia sanitaria tienen una buena relación de trabajo con los TSC, esto puede ayudar a facilitar lo siguiente:

- comunidades que saben de los servicios de prevención del cáncer cervicouterino y de su importancia;
- familias que optan por vacunar a sus hijas; por lo tanto, más niñas protegidas de la infección por los tipos de VPH de alto riesgo;
- mujeres que reciben el apoyo que necesitan para tomar una decisión fundamentada acerca del tamizaje;
- mujeres admisibles de la comunidad sometidas a tamizaje; por lo tanto, un mayor número de lesiones precancerosas y de cánceres cervicouterinos detectados precozmente;
- mujeres con resultados positivos que reciben tratamiento y atención; y
- mujeres que se derivan para una atención ulterior y llegan a esas citas.

Si hay un grupo de trabajadores sanitarios de la comunidad o promotores que se ocupen de otros problemas de salud, lo ideal es incorporar la información sobre el cáncer cervicouterino en su trabajo de extensión y mejorar sus conocimientos sobre el tema. Si en la comunidad no hay TSC, los líderes comunitarios y otros interesados directos pueden ayudar a identificar y reclutar a un grupo y capacitarlo para que preste los servicios (véase la hoja práctica 3.7).



Reclutar y capacitar TSC

3.4 Educación sanitaria preventiva

La educación sanitaria consiste en un intercambio de información encaminado a concientizar y promover conocimientos sobre cómo mantenerse saludables y prevenir enfermedades (como el cáncer cervicouterino), inclusive información acerca de los recursos disponibles y los beneficios de acceder a los servicios.

3.4.1 Educación preventiva a individuos y comunidades

Mediante la educación y la participación de la comunidad es posible superar muchas barreras que obstaculizan la vacunación contra VPH y los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino. La resistencia al tamizaje de cáncer puede obedecer al desconocimiento de que el cáncer cervicouterino es prevenible mediante tamizaje y tratamiento precoz. También puede ser difícil que las mujeres den prioridad a la propia salud si tienen demasiadas exigencias que compiten por su tiempo y sus recursos. Esta situación puede verse exacerbada por prejuicios de género, que pueden contribuir a una baja captación de los servicios de prevención para mujeres y niñas. También pueden crear obstáculos los malentendidos e inquietudes de la comunidad respecto de los programas de vacunación.

Una educación sanitaria de calidad consiste en la comunicación de información correcta en un lenguaje sencillo y comprensible para que los individuos o los grupos tomen conciencia, modifiquen comportamientos y se reduzcan las enfermedades y las defunciones.

La educación sanitaria debe ser una actividad continua y requiere esfuerzos constantes para mantener actualizados los conocimientos de los dispensadores. En los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino, los principales objetivos de la educación sanitaria son los siguientes:

- informar a las personas acerca del cáncer cervicouterino, sus causas (especialmente el VPH) y su evolución natural;
- promover la vacunación de las niñas contra VPH, si hay vacunas disponibles para esa comunidad;
- promover el tamizaje de las mujeres del grupo etario previsto;
- conseguir que las mujeres con resultado positivo en el tamizaje reciban tratamiento rápidamente;
- concienciar sobre los signos y síntomas del cáncer cervicouterino y alentar a las mujeres a que soliciten atención si los tienen; y
- abordar la ignorancia, los temores, la vergüenza y la estigmatización relacionados con el VPH y el cáncer cervicouterino.

3.4.2 Cómo impartir educación sanitaria

Un educador sanitario eficaz debe tener una buena base de conocimientos e información pertinentes, sentirse cómodo con el tema y saber elegir las palabras con sensibilidad y delicadeza. Las características de un educador sanitario eficaz y sus aptitudes para la comunicación sobre el tema del cáncer cervicouterino se detallan en el recuadro 3.1 de la sección 3.1 de este capítulo. Pero un educador sanitario eficaz también debe saber presentar los conocimientos y la información de manera que todos entiendan sus mensajes y que los participantes sigan comprometidos.

Algunos consejos sobre las presentaciones:

- Suministrar información exacta de una manera respetuosa y exenta de prejuicios.
- Asegurarse de que el material sea fácil de entender y apropiado para la audiencia.
- Mantener la coherencia entre los mensajes básicos, independientemente de la audiencia, pero también procurar que los mensajes sean local y culturalmente apropiados y adaptar el lenguaje a la audiencia utilizando, siempre que sea posible, términos que todos entiendan.
- Elaborar mensajes acordes con las directrices nacionales, pero también recoger aportes de la comunidad y poner a prueba mensajes y material preliminares con miembros de la comunidad; utilizar sus reacciones y consejos a fin de revisar los mensajes para que se los entienda bien y resulten eficaces.

- Elaborar mensajes encaminados a disipar temores y corregir ideas erróneas comunes, así como el estigma a veces asociado al cáncer y a las infecciones de transmisión sexual (véanse la sección 3.4.4 y el cuadro 3.1).
- Mejorar las aptitudes de comunicación mediante la práctica. Es importante superar la posible incomodidad asociada al hablar de asuntos sexuales o de enfermedades que afectan a los genitales.

Recuadro 3.3: Conocimiento esenciales sobre el cáncer cervicouterino

- ¿QUÉ son las lesiones precancerosas?
- ¿QUÉ es el cáncer cervicouterino?
- ¿CÓMO se puede prevenir el cáncer cervicouterino?
- ¿QUIÉN se debe vacunar?
- ¿QUIÉN se debe someter a tamizaje?
- ¿QUÉ servicios de prevención hay disponibles localmente?
- ¿DÓNDE y CUÁNDO es posible tener acceso a esos servicios locales?

Recordar: Una comunicación eficaz puede aumentar las tasas de vacunación y tamizaje y salvar vidas de mujeres.

3.4.3 Preparar y hacer una presentación didáctica sobre salud preventiva

Para ser más eficaces en las actividades de extensión y educación es importante entender bien el tema y tener práctica en la presentación de información. El hecho de que el cáncer cervicouterino vaya asociado al VPH, que se transmite por contacto sexual, plantea algunas preguntas difíciles y los dispensadores de asistencia sanitaria deben prepararse para responder a ellas. Deben preparar los mensajes utilizando un lenguaje culturalmente apropiado y carente de tecnicismos.

a. Uso de mensajes clave

Aunque la prevención y el control del cáncer cervicouterino pueden ser temas complejos, los mensajes clave pueden ser breves y sencillos para ayudar a las personas a que entiendan y elijan bien las alternativas.

Cinco mensajes clave acerca de la vacuna contra VPH:

1. Hay una vacuna inocua y eficaz que puede proteger contra el cáncer cervicouterino.
2. La vacuna contra VPH es más eficaz si se recibe antes del inicio de la actividad sexual.
3. Todas las niñas pertenecientes a la cohorte de edades o a las clases o grados o años escolares identificadas como población destinataria por el programa nacional deben recibir la vacuna contra VPH.
4. La vacuna contra VPH no trata ni elimina las infecciones por VPH preexistentes.

5. La vacuna contra VPH también se puede administrar a las niñas sexualmente activas, pero puede resultar menos eficaz.

Cinco mensajes clave acerca del tamizaje y el tratamiento:

1. El cáncer cervicouterino es una enfermedad prevenible.
2. Existen pruebas que permiten detectar cambios tempranos en el cuello uterino conocidos como lesiones precancerosas o precáncer que, si no se tratan, pueden dar lugar a un cáncer.
3. Hay tratamientos seguros y eficaces para esos cambios tempranos.
4. Todas las mujeres de 30 a 49 años de edad deben someterse a tamizaje de cáncer cervicouterino por lo menos una vez.
5. Nadie debería morir de cáncer cervicouterino.

Los mensajes específicos desarrollados para utilizar en cada país deben cumplir con las directrices nacionales, incluidas las referentes a las poblaciones destinatarias especificadas (de las edades indicadas para la vacunación de las niñas contra VPH y para el tamizaje de cáncer cervicouterino en las mujeres).

La hoja práctica 3.1 presenta mensajes más detallados para utilizar en la promoción de la salud, y las hojas prácticas 3.2 y 4.1 presentan respuestas a preguntas frecuentes acerca del cáncer cervicouterino y la vacuna contra VPH, respectivamente. Estos recursos pueden facilitar el trabajo del educador sanitario; pueden modificarse para ajustarse a las necesidades del dispensador así como a las de la comunidad local.

b. Recursos

Para facilitar las actividades de educación, se pueden preparar material y recursos adicionales. Las estrategias de comunicación y el material son más eficaces si se han creado o adaptado con aportes de miembros del público destinatario.

Considérese la posibilidad de utilizar las siguientes herramientas y recursos:

- Los **rotafolios** son especialmente útiles en las sesiones de educación en grupo. Las imágenes deben ser fáciles de ver y entender. La historia de una mujer que se somete a tamizaje y recibe tratamiento puede ser más eficaz y más fácil de entender que complicadas imágenes de la anatomía y los virus.
- Los **folletos** pueden suministrar información sencilla y mensajes de prevención que los miembros de la comunidad pueden llevar a casa y examinar con sus familiares y con otros.
- Se pueden hacer **dramatizaciones e interpretaciones de roles** en mercados o en reuniones de la comunidad y así se puede captar la atención de la gente y enseñar mediante la narración de historias. Las experiencias de los pares se pueden utilizar directamente en vivo o como casos ejemplares para dramatizar e interpretar roles.

- Los **programas de radio y video** son eficaces para contar historias y transmitir mensajes o anuncios breves. Participar como invitado en un programa de radio o una conversación televisada permite presentar mucha información y llegar inmediatamente a numerosas personas. Las emisoras de radio locales son particularmente útiles para anunciar servicios y campañas y recordar a las mujeres con resultado positivo en el tamizaje pero no tratadas todavía que regresen para tratamiento.

c. Educación sanitaria

En establecimientos de asistencia sanitaria

Siempre que sea posible, la educación sobre el cáncer cervicouterino (incluida información sobre la vacunación contra VPH y sobre el tamizaje) debe estar a disposición de las mujeres que acuden a un establecimiento de asistencia sanitaria por cualquier servicio, para sí mismas o para un familiar. La información se puede suministrar mediante carteles colocados en las salas de espera, charlas de salud, videos o material escrito. La información y la educación sobre la prevención del cáncer cervicouterino se puede suministrar a un mayor número de hombres y mujeres si se los integra en conversaciones de salud sobre la atención prenatal y posnatal, la planificación familiar, la atención a enfermedades crónicas y a infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por VIH/sida.

En la comunidad

La educación de la comunidad se puede realizar en una variedad de entornos, como centros comunitarios, lugares de culto o escuelas, en ocasión de actividades deportivas, en días de concientización local sobre la salud o en el contexto de una campaña de tamizaje. Se puede adiestrar a miembros seleccionados de la comunidad, como médicos, docentes, líderes comunitarios, trabajadores sanitarios de la comunidad, curanderos o parteras, para que transmitan mensajes clave. Los mensajes sobre los beneficios de la vacuna contra VPH (si está disponible) se deben adaptar a las niñas, los muchachos y sus padres o tutores, mientras que los mensajes sobre los beneficios del tamizaje se deben dirigir a las mujeres y sus parejas.

Algunos ejemplos de actividades comunitarias de extensión son los siguientes:

- **Educación sanitaria de la comunidad:** Las sesiones de información organizadas por dispensadores de atención sanitaria o por TSC capacitados pueden aumentar la utilización de los servicios de prevención y control del cáncer cervicouterino. Son muy populares si se hacen bien y se imparten en sitios donde las mujeres se congregan o esperan en fila (cola) por algún motivo (por ejemplo, ayuda alimentaria, inscripción en la escuela, etc.).
- **Visitas a domicilio:** Los TSC u otros trabajadores comunitarios o asistentes sociales pueden suministrar información acerca de los servicios de salud preventivos, abordar inquietudes, responder a preguntas y ayudar a las mujeres a hacer los arreglos necesarios para poder acudir al establecimiento de asistencia sanitaria.

Si en el domicilio también se encuentran el compañero íntimo u otros familiares, y todos los presentes están de acuerdo, pueden quedar incluidos en la conversación.

- **Difusión de boca en boca:** Se puede alentar a las clientas satisfechas a que hablen de la vacunación contra VPH y del tamizaje de cáncer cervicouterino con sus amigos y familiares. Un folleto puede servir de soporte visual.
- **Actividades culturales de la comunidad:** Los eventos, ferias o festivales de la comunidad son oportunidades convenientes para presentar a la comunidad mensajes en cuadros o anuncios informativos. Los días de mercado, donde comerciantes y compradores son predominantemente mujeres, también se prestan para la educación de la comunidad.

3.4.4 Manejo de la desinformación y prevención de la estigmatización en la educación sanitaria sobre VPH y cáncer

El estigma relacionado con el VPH y el cáncer puede dificultar el acceso a la atención y al tratamiento. Se suelen estigmatizar las enfermedades del aparato reproductor, en particular las ITS, incluida la infección por VPH. Los padres pueden albergar preocupaciones por la inoculación de una vacuna nueva a sus hijas. Las mujeres pueden temer que el tamizaje sea doloroso o pueden sentirse incómodas respecto del examen de sus genitales, o abrigar inquietudes por la posible falta de privacidad y confidencialidad, todo lo cual puede llevar a que no acudan a los servicios.

La educación de los padres sobre la seguridad de la vacuna y su eficacia para proteger a sus hijas del cáncer cervicouterino en el futuro reduce sus inquietudes. Enseñar en privado a una mujer cómo se practica el tamizaje y tranquilizarla diciéndole que el procedimiento es seguro e indoloro permite disipar temores y corregir suposiciones erróneas. Si a esa información le sigue una prestación hábil y respetuosa de servicios, la mujer y sus familiares tendrán mayor probabilidad de utilizar los servicios de prevención y mayor probabilidad de recomendar la vacunación y el tamizaje a sus amigas y familiares.

Los dispensadores de asistencia sanitaria desempeñan un papel importante contra la desinformación y el estigma relacionados con la prevención del cáncer cervicouterino. Examinense los mensajes del cuadro 3.1 y hágales a los colaboradores y miembros de la comunidad acerca de las concepciones erróneas locales más comunes y una manera de transmitir información sobre la prevención del cáncer cervicouterino que no genere estigma ni temor. Véanse también la hoja práctica 3.1 con mensajes clave y la hoja práctica 3.2 con respuestas a preguntas frecuentes acerca del cáncer cervicouterino.



Mensajes clave



Preguntas frecuentes

Cuadro 3.1: Mensajes acerca del tamizaje de cáncer cervicouterino que pueden estigmatizar, y sugerencias para mejorar los mensajes

Mensaje que puede causar problemas	Resultados no intencionales	Es preferible que se diga
<p>Mensaje que puede generar estigma: El cáncer cervicouterino es causado por el VPH, un virus de transmisión sexual. Las mujeres que tienen cáncer o precáncer cervicouterino tienen una ITS.</p>	<p>Hablar de precáncer y cáncer cervicouterinos como ITS puede estigmatizar el programa de tamizaje y a las mujeres cuyo resultado sea positivo y que reciban tratamiento. Puede dar lugar a que las mujeres estén menos dispuestas a someterse a las pruebas y causar problemas en su relación de pareja, inclusive violencia de género.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El cáncer cervicouterino es causado por un virus llamado VPH que se transmite por contacto sexual y la mayoría de las personas lo adquieren en algún momento de su vida. • La mayoría de las infecciones por VPH desaparecen espontáneamente sin que la persona se haya dado cuenta de que estaba infectada. • En algunas mujeres la infección no desaparece y después de varios años puede causar una lesión precancerosa. Si no se detecta y no se trata, puede convertirse en un cáncer cervicouterino. • Todas las mujeres deben someterse a tamizaje de cáncer cervicouterino al menos una vez entre los 30 y los 49 años de edad, o según las directrices nacionales. • Las mujeres con infección por VIH corren mayor peligro de cáncer cervicouterino. Deben someterse a tamizaje tan pronto se les diagnostique el VIH.

Mensaje que puede causar problemas	Resultados no intencionales	Es preferible que se diga
<p>Desinformación: El tamizaje es una prueba para el cáncer cervicouterino.</p>	<p>Cuando se la denomina prueba para el cáncer cervicouterino, las personas piensan lógicamente que una mujer con un resultado positivo tiene cáncer. Esto crea gran estrés y temor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El tamizaje utiliza una prueba sencilla (frotis de Papanicolaou, IVAA o una prueba de detección de VPH) para detectar cambios muy tempranos en el cuello uterino (también llamados precáncer), antes de que se presente un cáncer.
<p>Desinformación: No tiene sentido someterse a tamizaje de cáncer cervicouterino. Un resultado positivo significa que la mujer tiene una afección mortal y morirá</p>	<p>Pocas mujeres se someterán a una prueba si creen que no hay una solución.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El cáncer cervicouterino se puede prevenir si, mediante una prueba sencilla, en el cuello uterino se encuentran precozmente cambios llamados precáncer (lesiones que pueden convertirse en cáncer). • Una mujer que tenga esos cambios tempranos puede recibir un tratamiento seguro y sencillo. • Si las mujeres se someten a tamizaje a las edades correctas, entre los 30 y los 49 años, es posible prevenir el cáncer cervicouterino. • El cáncer cervicouterino se puede curar si se detecta a tiempo.

Mensaje que puede causar problemas	Resultados no intencionales	Es preferible que se diga
<p>Desinformación: Los dispositivos intrauterinos (DIU) y las píldoras anticonceptivas causan cáncer cervicouterino.</p>	<p>Las mujeres tendrán miedo de utilizar métodos anticonceptivos aunque esa creencia sea errónea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los DIU no aumentan el riesgo de cáncer cervicouterino. Las píldoras anticonceptivas pueden causar un aumento muy leve del riesgo, pero los beneficios de prevenir el embarazo son mucho mayores que ese muy pequeño riesgo mayor de contraer cáncer cervicouterino.
<p>Desinformación: La prueba de tamizaje es dolorosa y a la mujer se le saca una parte de su cuerpo.</p>	<p>Las mujeres tendrán miedo de someterse al tamizaje. La familia puede sentir miedo e impedir que vaya.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El examen con espéculo puede ser incómodo para algunas mujeres, pero no es doloroso. • Durante la prueba se toca suavemente el cuello uterino de una mujer con un hisopo o un cepillo blando. • La prueba es sencilla y lleva pocos minutos. • El tamizaje no es como una biopsia ni una operación quirúrgica. En el tamizaje no se efectúa ningún corte..

3.4.5 Información didáctica acerca de la vacuna contra VPH

Como sucede con cualquier producto o servicio de salud nuevo, surgirán preguntas, temores y concepciones erróneas relacionadas con la vacuna contra VPH. Naturalmente, las familias quieren saber cuán inocua es, si resulta eficaz, durante cuánto tiempo protege y si produce reacciones o eventos adversos frecuentes. Esas inquietudes se pueden abordar durante las actividades de concientización acerca de la vacunación, utilizando ejemplos de vacunas administradas en la niñez que también necesitan dosis múltiples para proteger totalmente.

Las experiencias de varios países han demostrado que, en la promoción de la vacuna contra VPH, los mensajes informativos no deben hacer demasiado hincapié en que la

vacuna previene una ITS; en cambio, se ha demostrado más pertinente y más eficaz concentrarse en el potencial de la vacuna para prevenir el cáncer.

La presentación de algunos detalles acerca de la puesta a prueba de las vacunas en los ensayos clínicos y su excelente historial de seguridad alentarán a los padres a que se aseguren de que sus hijas reciban la vacuna y se adhieran al calendario recomendado. El material impreso acerca del cáncer cervicouterino y las vacunas contra VPH es útil para ayudar a los líderes comunitarios a responder a las preguntas de sus representados. En el cuadro 3.2 se presentan algunas concepciones erróneas comunes y datos clave acerca de la vacuna contra VPH. La información completa sobre la vacunación contra VPH se puede encontrar en el capítulo 4 y sus hojas prácticas.

Cuadro 3.2: Concepciones erróneas y datos acerca de la vacuna contra VPH

Concepciones erróneas encontradas en las comunidades	Hechos (datos científicos procedentes de estudios amplios)
La vacuna puede ser peligrosa.	La seguridad de la vacuna contra VPH ha sido evaluada con cuidado desde el 2002 y es similar a la de otras vacunas de amplio uso a nivel internacional (para más detalles, véase el capítulo 4).
La vacuna afecta a la fecundidad, y si se da a las niñas jóvenes puede volverlas estériles.	La vacuna contra VPH no causa infertilidad ni esterilidad.
Mi hija no necesita esta vacuna ahora porque es demasiado joven y todavía no es sexualmente activa.	Es importante proteger a las niñas antes de que sean sexualmente activas.
Esta vacuna promoverá una actividad sexual precoz.	Los datos científicos indican que la vacunación contra VPH no tiene repercusiones sobre la edad a la que las personas pasan a ser sexualmente activas.

3.5 Orientación

Por orientación se entiende el asesoramiento o los consejos (generalmente personalizados) proporcionados por una persona versada para facilitar la toma de decisiones de otra persona. La orientación se conduce en general de forma privada y confidencial. La orientación requiere una buena escucha, aptitudes de comunicación y el conocimiento del asunto tratado. Un buen consejero utiliza aptitudes verbales y no verbales de comunicación y ayuda a la clienta a que se sienta cómoda manifestándole empatía con su situación, tranquilizándola y fomentando un sentido de colaboración al abordar su problema.

Los dispensadores involucrados en el control del cáncer cervicouterino en todos los niveles deben estar capacitados en aptitudes básicas de orientación para poder comunicarse eficazmente con las clientas (véase la hoja práctica 3.4).



Orientación

El contenido del encuentro de orientación variará según los problemas o inquietudes de la clienta y sus circunstancias personales. Puede abarcar prevención, tamizaje, seguimiento, derivación, diagnóstico, tratamiento de lesiones precancerosas, tratamiento de un cáncer invasor o cuidados paliativos. Los capítulos y las hojas prácticas que presentan información más específica sobre la manera de hablar con una mujer en cada una de esas circunstancias se indican en las subsecciones pertinentes del resto de este capítulo.

3.5.1 ¿Quién necesita orientación?

Toda mujer u hombre que deba decidir algo acerca de su salud o la aceptación o no de algún servicio, medicación o tratamiento se puede beneficiar de una orientación que incluya el suministro de información correcta y un diálogo privado sobre las opciones disponibles, inclusive sobre la manera en que su elección de recibir o no algún servicio (por ejemplo, una prueba de tamizaje) podría afectar a su salud presente y futura. Véanse en la hoja práctica 3.5 los pasos normales de una orientación antes, durante y después de que una clienta se haya sometido a una prueba, procedimiento o tratamiento.



Aptitudes para la orientación

Se puede aconsejar a las niñas y sus padres, juntos o por separado, acerca de la vacunación contra VPH. La orientación conjunta brinda una oportunidad de conversar con las niñas sobre la salud sexual y de promover el tamizaje de cáncer cervicouterino con las madres. Véanse en la hoja práctica 4.1 respuestas a preguntas frecuentes sobre la vacuna contra VPH.



Preguntas frecuentes sobre el VPH

Las mujeres y niñas con VIH necesitan información y orientación acerca de su mayor vulnerabilidad al VPH y su mayor probabilidad de contraer cáncer cervicouterino a una edad más temprana. Se debe aconsejar a las mujeres y niñas con VIH que comiencen a someterse regularmente a tamizaje cuanto antes después de conocer su seropositividad y a recibir con prontitud tratamiento por cualquier anomalía encontrada. Véanse en la hoja práctica 3.6 orientación para las mujeres con VIH, en el capítulo 5, sección 5.2.5(a), más información sobre el tamizaje de las mujeres con VIH, y en la sección 5.4.6(c) procedimientos de diagnóstico para mujeres con VIH.



Orientación sobre VIH

Toda mujer cuya prueba de tamizaje cervicouterino haya arrojado un resultado precanceroso positivo necesitará orientación. Velar por que reciba tratamiento y no deje de acudir al seguimiento puede ser el componente más importante de una actividad de tamizaje eficaz

(véase en la próxima sección del presente capítulo y en la hoja práctica 5.7, correspondiente al capítulo 5, la forma de aconsejar a una paciente después de un tamizaje positivo).



Orientación: VPH+

La orientación debe estructurarse para lo siguiente:

- explicar a la mujer la evolución natural de la infección por VPH y del cáncer cervicouterino;
- examinar y explicar los resultados del tamizaje y la importancia del seguimiento y del tratamiento, si se requieren;
- presentar servicios y procedimientos alternativos; y
- responder a todas las preguntas y preocupaciones de la paciente suministrándole información apropiada. También es apropiado reconocer que usted no tiene respuestas inmediatas a todas las preguntas y añadir que buscará la respuesta correcta y contactará directamente a la paciente para presentarle la información o encontrará a otro dispensador que puede hacerlo.

3.5.2 Componentes principales de la orientación a las mujeres con resultados positivos en una prueba o un examen y a las mujeres con cáncer cervicouterino

La orientación debe incluir lo siguiente:

Si una clienta tiene un resultado positivo en una prueba de tamizaje y reúne los requisitos para crioterapia o para escisión electroquirúrgica con asa:

- ¿Entiende ella la finalidad de la prueba de tamizaje y la posibilidad de prevenir el cáncer mediante un tratamiento precoz?
- ¿Entiende ella que un resultado positivo probablemente significa que presenta cambios celulares tempranos, y esto solo rara vez significa cáncer?
- ¿Hay alguna razón por la cual ella tendría dificultades para regresar a fin de recibir atención, por ejemplo una pareja desfavorable u opuesta, falta de transporte, o dificultades financieras? En tal caso, aborde posibles soluciones y ayúdela a preparar un plan para obtener los servicios que necesita.

Si el examen de una clienta muestra sospecha de cáncer:

- Pregúntele si ese día ha venido acompañada de alguien que ella quisiera tener presente en la conversación.
- Muestre preocupación por la seriedad de los resultados, pero NO le diga que tiene cáncer porque todavía es demasiado temprano para estar seguros del diagnóstico. Dígale que una prueba de tamizaje arrojó resultado positivo y que se la debe derivar para una prueba o evaluación ulterior.
- Asegúrele que recibirá la ayuda que necesita.
- Proporcione información clara acerca del sitio recomendado para el diagnóstico y el tratamiento.

- Invítela a regresar con cualquier pregunta que pudiera tener.

La hoja práctica 5.7 presenta más información sobre la orientación a mujeres con resultados positivos en el tamizaje, tanto cuando arrojan sospecha cáncer como cuando no hay sospecha de cáncer.



Counseling: +ve

Si una clienta tuvo un diagnóstico definitivo de cáncer:

- Pregúntele si ha venido acompañada de alguien que quisiera tener presente durante la conversación.
- Exprese inquietud acerca de los resultados, pero asegúrele que la mayoría de los casos de cáncer cervicouterino pueden ser tratados con éxito si han sido detectados con suficiente precocidad.
- Describa las características y la evolución de la enfermedad y aborde las perspectivas de tratamiento y las probabilidades de curación. En cada situación, asegúrese de que la información suministrada sea correcta y comprendida.
- Formule preguntas para determinar el grado de comprensión de la clienta, responda a cualquier pregunta y disipe toda confusión.

Véase en la hoja práctica 6.2 más información sobre orientación después de un diagnóstico de cáncer y en la hoja práctica 6.4 (para especialistas en cáncer) sobre la manera de hablar con una paciente acerca de su cáncer y del tratamiento del mismo. Véase también en el capítulo 6, sección 6.6.1, orientación relacionada con el control del cáncer cervicouterino en las embarazadas.



Orientación:
diagnóstico
de cáncer



Especialistas
en cáncer

Si a una clienta se le diagnostica cáncer cervicouterino de tipo invasor y su caso es incurable:

- Proporcione orientación empática y apoyo. Ella necesitará información y apoyo espiritual y psicológico y prever cuidados paliativos para aliviarle el dolor y mantenerla lo más cómoda posible.
- En esa orientación la paciente puede estar sola o acompañada de su pareja u otros familiares si deben adoptarse decisiones sobre una enfermedad grave o un tratamiento costoso.

En el capítulo 7, véanse la sección 7.5, sobre el suministro de información a la paciente y su círculo de apoyo, y la hoja práctica 7.3, con orientaciones sobre la manera de hablar con una paciente que recibe cuidados paliativos y está regresando al hogar.



Orientación:
Cuidados
paliativos

Para más información:

- sobre tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino, véase el capítulo 5
- sobre tratamiento del cáncer invasor, véase el capítulo 6
- sobre cuidados paliativos, véase el capítulo 7

Lecturas complementarias

- Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Planning and implementing cervical cancer prevention and control programmes: a manual for managers. Seattle (WA): ACCP; 2004 (http://www.rho.org/files/ACCP_mfm.pdf, accessed 18 July 2014).
- Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Women's stories, women's lives: experiences with cervical cancer screening and treatment. Seattle (WA): ACCP; 2004 (http://www.path.org/publications/files/RH_womens_stories.pdf, accessed 18 July 2014).
- Bradley J, Lynam PF, Dwyer JC, Wambwa GE. Whole-site training: a new approach to the organization of training. AVSC Working Paper, No. 11. New York (NY): Association for Voluntary Surgical Contraception; 1998 (http://www.engenderhealth.org/pubs/workpap/wp11/wp_11.html, accessed 18 July 2014).
- Burns AA, Lovich R, Maxwell J, Shapiro K, Niemann S, Metcalf E, editors. Where women have no doctor: a health guide for women. Berkeley (CA): Hesperian Foundation; 2010.
- Herman Z. Community health guides: making materials relevant, effective, and empowering. Washington (DC): United States Agency for International Development, Health Care Improvement Project; 2012.
- Hubley J. Communicating health: an action guide to health education and health promotion. London: Macmillan; 1993.
- Kirby D, Laris BA, Roller LA. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *J Adolesc Health*. 2007;40(3):206–17. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.11.143.
- Luciani S, Winkler J. Cervical cancer prevention in Peru: lessons learned from the TATI Demonstration Project. Washington (DC): Pan American Health Organization (PAHO); 2006 (<http://screening.iarc.fr/doc/pcc-cc-tati-rpt.pdf>, accessed 18 July 2014).
- PATH. Implementing HP V vaccination programs: practical experience from PATH. Cervical cancer prevention: practical experience series. Seattle (WA): PATH; 2011 (http://www.rho.org/files/rb2/Implementing_HP_V_vaccination_PATH_2011.pdf, accessed 18 July 2014).
- PATH. Conducting formative research for HP V vaccination program planning: practical experience from PATH. Cervical cancer prevention: practical experience series. Seattle (WA): PATH; 2012 (http://www.rho.org/files/PATH_HP_V-conducting-formative-research_2012.pdf, accessed 18 July 2014).
- Promundo, CulturaSalud, REDMAS. Program P: a manual for engaging men in fatherhood, caregiving and maternal and child health. Rio de Janeiro, Brazil and Washington (DC): Promundo; 2013 (<http://men-care.org/data/Final%20Program%20P%20-%20Single%20Page.pdf>, accessed 18 July 2014).
- Rinehart W, Rudy S, Drennan M. GATHER guide to counselling. Population Reports, Series J, No. 48. Baltimore (MD): Johns Hopkins School of Public Health, Population

- Information Program; 1998 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacp920.pdf, accessed 18 July 2014).
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad: un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud. Volumen I: Justificación de la educación en sexualidad. París: UNESCO; 2009 <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf>, consultado el 18 de julio del 2014).
- Younger E, Wittet S, Hooks C, Lasher H. Immunization and child health materials development guide. Seattle (WA): PATH, Bill and Melinda Gates Children's Vaccine Program; 2001 (http://www.rho.org/files/rb3/Immunization_Child_Health_Materials_Development_Guide_PATH_2001.pdf, accessed 18 July 2014).

4

CAPÍTULO 4. VACUNACIÓN CONTRA VPH

Capítulo 4. Vacunación contra VPH

Puntos clave

- El virus del papiloma humano (VPH) causa la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente.
- El cáncer cervicouterino es causado por tipos de VPH de alto riesgo; los dos tipos de VPH de alto riesgo que causan con mayor frecuencia cáncer cervicouterino son los tipos 16 y 18, que juntos son responsables de aproximadamente un 70% de los casos de cáncer cervicouterino en todos los países del mundo.
- Dos vacunas que impiden la infección por los tipos 16 y 18 de VPH, de alto riesgo, están autorizadas actualmente en la mayoría de los países; ambas tienen historiales excelentes de seguridad y se pueden coadministrar sin riesgos con otras vacunas, como la triple antidiftérica, antitetánica y antitosferinosa (DTP) y la vacuna antihepatitis B.
- Una de las vacunas contra VPH, la tetravalente, también previene la infección por los tipos de VPH 6 y 11, que causan el 90% de las verrugas genitoanales o condilomas.
- La vacunación de las niñas antes de la iniciación de la actividad sexual es una intervención importante de prevención primaria en un programa integral de prevención y control del cáncer cervicouterino.
- Las vacunas no tratan una infección por VPH preexistente ni otras enfermedades asociadas al VPH, por lo que se recomienda administrar la vacuna antes de la iniciación de la actividad sexual.
- Como las vacunas no protegen contra todos los tipos de VPH que pueden causar cáncer cervicouterino, las niñas vacunadas contra VPH necesitarán someterse a tamizaje de cáncer cervicouterino en años posteriores.

Principales recomendaciones de la OMS sobre las vacunas contra VPH

- Los países deben considerar la posibilidad de introducir la vacunación contra VPH si: (i) el cáncer cervicouterino u otras enfermedades relacionadas con el VPH, o ambos, constituyen una prioridad de salud pública; (ii) la introducción de la vacuna es programáticamente factible; (iii) puede asegurarse un financiamiento sostenible; y (iv) se ha considerado la costoeficacia de las estrategias de vacunación en el país o en la región.
- La vacunación contra VPH debe introducirse como parte de una estrategia integral coordinada para prevenir el cáncer cervicouterino y otras enfermedades relacionadas con el VPH. La introducción de la vacunación contra VPH no debe menoscabar ni desviar el financiamiento del desarrollo ni el mantenimiento de programas eficaces de tamizaje de cáncer cervicouterino.
- La OMS recomienda vacunar contra VPH a las niñas de 9 a 13 años de edad. Las que reciben una primera dosis de vacuna contra VPH antes de los 15 años pueden utilizar un régimen de dos dosis. El intervalo entre ambas dosis debe ser de seis meses. Aunque no hay un intervalo máximo entre ambas dosis, se sugiere que no sea mayor de 12 a 15 meses. Si el intervalo entre las dosis es de menos de cinco meses, la tercera dosis debe darse al menos seis meses después de la primera. Las personas inmunodeprimidas, incluidas las infectadas por VIH y las mayores de 15 años de edad, también deben recibir la vacuna y necesitan tres dosis (calendario de 0, 1 a 2, y 6 meses) para estar plenamente protegidas.

Fuente: World Health Organization (WHO). Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014. Wkly Epidemiol Rec. 2014; 89(43):465–92 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf>).

Acerca de este capítulo

El presente capítulo se basa en las siguientes directrices de la OMS:

Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014. Wkly Epidemiol Rec. 2014; 89(43):465–92 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf>).

Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, April 2014 – conclusions and recommendations. Wkly Epidemiol Rec. 2014;89(21):221–36 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8921.pdf>).

New vaccine post-introduction evaluation (PIE) tool. Geneva: WHO; 2010 (WHO/IVB/10.03; http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/resources/PIE_tool/en/).

Nota de orientación de la OPS/OMS: Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. Washington, D.C.: OPS, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85344/1/9789275317471_spa.pdf).

WHO information sheet: observed rate of vaccine reactions: human papillomavirus vaccine. Geneva: WHO; 2012 (http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/HPV_Vaccine_rates_information_sheet.pdf).

WHO–UNICEF guidelines for developing a comprehensive MultiYear Plan (cMYP). Geneva: WHO; 2014 (http://www.who.int/immunization/documents/control/WHO_IVB_14.01/en/).

The WHO–UNICEF joint statement: vaccine donations, August 7, 2010. Geneva: WHO; 2010 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IVB_10.09_eng.pdf).

Las hojas prácticas correspondientes a este capítulo versan sobre muchos aspectos de los programas de vacunación contra VPH, entre ellos respuestas a preguntas frecuentes, características de la vacuna y la cadena de frío, preparación y ejecución de una sesión de inmunización, seguridad de las inyecciones, seguimiento y evaluación de programas, eventos adversos y conversaciones con docentes y funcionarios escolares acerca de las sesiones de vacunación en la escuela.

La historia de Mariel

Mariel tiene 35 años de edad y dos hijas: Annie, de 7 años, y Rose, de 10. La madre de Mariel murió hace cinco años de cáncer cervicouterino a los 60 años de edad. Los dos últimos años de vida de su madre fueron terribles, a pesar de la ayuda que recibió de su familia después del alta del hospital. El tratamiento no había dado buenos resultados, ella necesitaba constantemente medicación contra el dolor y tenía un exudado vaginal maloliente. Después de haber presenciado el sufrimiento de su madre, y con la ayuda de su agente sanitario de la comunidad, Mariel se ha sometido a dos pruebas de tamizaje cervicouterino en los seis últimos años, ambas con resultado negativo.

Hace un mes, el agente sanitario de la comunidad vino a visitar a Mariel y su pareja y le informó de un nuevo programa de prevención del cáncer cervicouterino que se estaba por emprender en la comunidad y comprendía la vacunación contra el cáncer cervicouterino disponible para todas las niñas de 9 a 13 años de edad. También les comunicó que, para que la vacuna fuera eficaz, debía administrarse antes de que la niña pasara a ser sexualmente activa. Mariel se había enterado de la existencia de esta vacuna en una reunión organizada en una comunidad vecina; después había hablado con su familia sobre lo mucho que había aprendido, y todos ellos pensaron que sería excelente vacunar a Rose. El agente sanitario de la comunidad los invitó a una reunión informativa similar organizada en su comunidad para todos los padres de niñas de 9 a 13 años de edad y otras personas interesadas. En la reunión, que se celebraría en tres semanas, se presentaría información completa y se ofrecería la oportunidad de recibir respuesta a cualquier pregunta. El personal del programa también prevería días de vacunación convenientes para la mayoría de las niñas y sus padres.

Mariel y su compañero le dijeron al agente sanitario de la comunidad que querían asistir a la reunión y, además, se ofrecieron como voluntarios a visitar y alentar a otras familias a que asistieran. Por su parte, Mariel también deseaba dar a conocer en esa reunión el sufrimiento causado a su madre por el cáncer cervicouterino, apoyar así a los dispensadores que la organizaban y alentar a los participantes a que hagan vacunar a sus hijas para disminuir sus probabilidades de contraer esa enfermedad cuando fueran mujeres maduras.

4.1 Funciones de los dispensadores de asistencia sanitaria y de otros

Los trabajadores sanitarios de la comunidad y los dispensadores de atención sanitaria de nivel primario y secundario y sus equipos son los ejecutores de los programas de vacunación a nivel central y regional. Véanse en la hoja práctica 4.1 respuestas a preguntas frecuentes acerca de la vacunación contra VPH



Preguntas
frecuentes
sobre VPH

Trabajadores sanitarios de la comunidad

Los trabajadores sanitarios de la comunidad (TSC) están constantemente en contacto y comunicación con las familias y son puentes entre la comunidad y los dispensadores de asistencia sanitaria que atienden en el establecimiento de salud.

En un programa de vacunación contra VPH, su función puede abarcar lo siguiente:

1. concientizar acerca de la disponibilidad de la vacuna contra VPH y su importancia para prevenir el cáncer cervicouterino, dirigiéndose a la comunidad en general, a directores locales de salud y de la comunidad, a las autoridades locales, a líderes religiosos y a representantes de la sociedad civil;
2. explicar a las niñas, sus padres y otros miembros de la comunidad los beneficios de la vacuna contra VPH y otras estrategias disponibles de prevención del cáncer cervicouterino;
3. suministrar información correcta y contrarrestar la desinformación y los rumores que menoscaban la aceptación de la vacunación;
4. obtener el consentimiento fundamentado de los padres;
5. facilitar la asistencia de las niñas a los sitios de vacunación;
6. recordar a las niñas y sus familiares que consigan la dosis siguiente necesaria para una protección total (véase la dosificación en la sección 4.2.3);
7. vacunar a las niñas en la comunidad, las escuelas u otros sitios seleccionados, y documentar las actividades relacionadas con la vacunación; y
8. facilitar la realización de otras intervenciones que el país pueda haber seleccionado para mejorar la salud de adolescentes y niños (por ejemplo, aplicar otras vacunas o medicación antihelmíntica), o colaborar en ello.

Dispensadores de asistencia sanitaria de nivel primario y secundario: enfermeras, médicos, vacunadores

Debido a las características especiales de las vacunas contra VPH, por ejemplo que sus destinatarias sean niñas de 9 a 13 años de edad, estos dispensadores, una vez capacitados, desempeñan papeles importantes más allá de la administración de las vacunas. En colaboración con los docentes, funcionarios escolares, voluntarios locales, dispensadores de asistencia sanitaria privados y otras personas de apoyo, sus responsabilidades pueden incluir además las siguientes:

- 1 a 4. las cuatro primeras responsabilidades arriba enumeradas como funciones de los TSC; además de:
5. capacitación y educación de los docentes y otros funcionarios escolares para enseñar a las niñas y facilitar las sesiones de vacunación en la escuela;
6. gestión y administración de las vacunas;
7. mantenimiento de registros meticulosos de las niñas vacunadas, su edad y las dosis de vacuna; y
8. facilitación de otras intervenciones que el país pueda haber seleccionado para mejorar la salud de adolescentes y niños (por ejemplo, administrar otras vacunas o medicación antihelmíntica), o colaboración en esas actividades.

Véase más información en las hojas prácticas 4.3 a 4.5.



Sesión de
inmunización



Seguridad de las
inyecciones



SyE

Docentes y funcionarios escolares

Estas personas pueden desempeñar otras funciones designadas en las estrategias de vacunación en las escuelas. Después de haber recibido capacitación, los docentes pueden enseñar a los estudiantes y sus padres los beneficios de la vacunación, disipar rumores y mitos acerca de la vacuna y responder a otras preguntas e inquietudes antes del día de vacunación. Véase en el capítulo 3 orientación sobre la comunicación y, en la hoja práctica 4.7 3, orientación sobre la manera de conversar con docentes y funcionarios escolares acerca de la vacunación contra VPH.



Docentes
y escuelas

El día de la vacunación, el personal escolar puede ayudar a que al administrar las vacunas se asegure que se vacune a las niñas admisibles, se identifique a las niñas admisibles que estén ausentes ese día y se faciliten otras cuestiones logísticas según corresponda (para mayores detalles acerca de la sesión de inmunización, véase la hoja práctica 4.3).



Sesión de
inmunización

Enfoques integrados

La introducción de la vacuna contra VPH también puede proporcionar el impulso y la oportunidad de mejorar, fortalecer e integrar otras intervenciones de salud dirigidas a las niñas de 9 a 13-años de edad a nivel nacional, regional y local o escolar. Por ejemplo, los dispensadores de asistencia sanitaria y los trabajadores sanitarios de la comunidad involucrados en los programas de vacunación contra VPH podrían facilitar el acceso de este grupo etario a otros servicios de salud, y la introducción de la vacuna también podría servir como una oportunidad para mejorar y facilitar la educación en materia de salud de los adolescentes.

4.2 Vacunas contra VPH

Se han autorizado dos vacunas contra VPH que protegen contra los tipos 16 y 18 de VPH de alto riesgo, una de las cuales o ambas están disponibles en la mayoría de los países, a saber:

- la vacuna bivalente (que protege contra los tipos 16 y 18 solamente)
- la vacuna tetravalente (que protege además contra los tipos 6 y 11, que son responsables del 90% de las verrugas genitoanales benignas o condilomas).

Ambas vacunas contienen partículas semejantes a virus (PSV), que son piezas de forma semejante al exterior de un virus del papiloma humano. Como estas vacunas de PSV no contienen ningún virus, **NO PUEDEN** causar una infección por VPH. Las vacunas estimulan el desarrollo de anticuerpos contra esas PSV que, debido a su semejanza con los virus del papiloma humano, prevendrán la infección por VPH en caso de exposición posterior.

Las vacunas deben administrarse **ANTES DE QUE** la niña haya contraído el VPH. Una niña puede contraer el VPH poco después de pasar a ser sexualmente activa; así pues, como intervención importante de prevención primaria del cáncer cervicouterino, la vacunación de las niñas contra VPH debe ocurrir antes del inicio de la actividad sexual.

Las vacunas no tratan una infección preexistente por VPH ni enfermedades relacionadas con el VPH, ni tienen efecto alguno sobre la progresión de la enfermedad (precáncer y cáncer) si se administran a mujeres ya infectadas por VPH en el momento de la vacunación.

4.2.1 Efectos protectores de las vacunas: datos científicos disponibles y falta de conocimientos

Antes de que se otorgara la licencia se realizaron varios estudios con un gran número de niñas y mujeres jóvenes en los Estados Unidos de América, países europeos y algunos países de ingresos medianos. Los estudios tenían por objeto determinar la eficacia de las vacunas y la duración de su efecto protector contra el cáncer cervicouterino y, en el caso de la vacuna tetravalente, también contra las verrugas genitales. Antes de administrar la vacuna, se informó acerca de los estudios a las niñas y mujeres participantes en ellos y se recibió su consentimiento fundamentado.

A continuación se enumeran los principales resultados de los estudios en lo concerniente a la fuerza y la duración de la protección proporcionada por las vacunas contra VPH:

- Ambas vacunas produjeron niveles muy altos de protección contra las lesiones precancerosas causadas por los tipos 16 y 18 de VPH en un 93 a un 99% de las niñas y mujeres participantes, como resultado de lo cual se reducirá significativamente el número de casos nuevos de cáncer invasor en el futuro.

- Las vacunas contra VPH producen una respuesta de anticuerpos mucho mayor que la producida por la infección natural.
- La protección redujo tanto las infecciones iniciales por VPH como las persistentes, y también protegió contra lesiones precancerosas moderadas y graves (es decir, NIC2+).
- La vacuna tetravalente demostró reducir asimismo considerablemente la tasa de verrugas genitales
- Los resultados también indican que la cantidad de anticuerpos producidos después de la vacunación contra VPH es mayor en las niñas menores de 15 años de edad que en las niñas y mujeres mayores de 15 años.
- Algunos estudios de seguimiento para determinar la duración exacta de la protección inducida por la vacunación completa todavía están en curso. Pero es tranquilizador que aproximadamente 10 años después de la vacunación, que es la duración del seguimiento que tenemos hasta la fecha, no se ha reducido la inmunidad de las mujeres que recibieron la vacuna. De acuerdo con estos resultados, no se recomienda administrar dosis de refuerzo.

Falta de conocimientos sobre el efecto protector de las vacunas contra VPH:

- Aunque los resultados preliminares indican que, además de la protección contra los tipos 16 y 18 de VPH, hay alguna protección cruzada contra otros tipos de virus carcinogénicos, la fuerza y la duración de esta protección todavía son inciertos.
- La vacunación contra VPH no se ha puesto a prueba en niños menores de 9 años de edad; por consiguiente, las vacunas no están actualmente autorizadas ni recomendadas para niñas menores de 9 años de edad.
- La duración de la protección de niñas y mujeres con VIH y el grado de la misma se están estudiando todavía.

4.2.2 Seguridad, eventos adversos y contraindicaciones

Los resultados de los estudios indican lo siguiente acerca de la seguridad de las vacunas contra VPH y los posibles eventos adversos:

- Ambas vacunas han sido bien toleradas y no hay motivos importantes de preocupación por la seguridad. Esto se afirma después de haber administrado más de 175 millones de dosis en todo el mundo.
- En los estudios realizados en los Estados Unidos las quejas más comunes de las niñas vacunadas eran dolor e hinchazón en el lugar de la inyección.
- Los datos posteriores a la comercialización (es decir, después de que las vacunas hayan sido autorizadas y utilizadas) procedentes de estudios de todo el mundo no han identificado riesgos para la salud diferentes de reacciones adversas leves, como fiebre, mareos y náuseas.
- Se ha notificado desmayo después de la administración de la vacuna contra VPH; el desmayo es común en los adolescentes después de procedimientos que causan

ansiedad o un dolor muy leve. Por este motivo, se recomienda que las niñas permanezcan sentadas y en observación durante la administración de la vacuna contra VPH y 15 minutos después de la misma.

- Los eventos adversos graves son extremadamente raros. Puede haber anafilaxia relacionada causalmente con la vacunación contra VPH, en cuyo caso no se deben administrar a esas niñas dosis posteriores de vacuna contra VPH ni otras vacunas que contengan componentes similares. En caso de sospecha de anafilaxia, la niña debe ser tratada de inmediato según sea necesario.

Contraindicaciones de las vacunas contra VPH:

- Las vacunas contra VPH no se deben administrar a nadie que haya experimentado reacciones alérgicas graves después de una dosis precedente de la vacuna o después de la exposición a uno de sus componentes (por ejemplo, levadura). Los síntomas de una reacción alérgica pueden incluir: prurito, erupciones cutáneas, urticaria o ampollas. Si a una persona se le presenta alguno de estos síntomas después de la vacunación contra VPH, no se le debe administrar ninguna otra dosis ni otras vacunas que puedan tener los mismos componentes.
- No se debe vacunar a las niñas con una enfermedad febril grave.
- Las vacunas contra VPH no se recomiendan actualmente para mujeres embarazadas. En vista de que las vacunas contra VPH se recomiendan para las niñas de 9 a 13 años de edad, la probabilidad de que una niña esté embarazada o amamante en el momento de la vacunación es bajo. Si una niña queda embarazada después de iniciar la serie de vacunaciones, el resto del régimen se debe retrasar hasta después del embarazo. En caso de que la vacuna contra VPH se administre inadvertidamente a una niña o mujer embarazada, no se requiere ninguna intervención. Sí es preciso asegurar a la interesada que la vacuna **NO** contiene virus vivos, y que hasta la fecha no se han observado problemas de salud en ninguna madre ni en ningún hijo después de haber vacunado accidentalmente a la madre contra VPH durante el embarazo. Las dosis de vacuna restantes se deben aplazar hasta después del embarazo, cuando se podrá completar la serie de vacunas contra VPH. NO es necesario reanudar la serie de vacunas después del embarazo. En caso de que la vacuna contra VPH se haya administrado a una madre lactante, los datos disponibles no indican problema alguno de seguridad.

Se pueden encontrar más detalles en la hoja de información de la OMS de junio del 2012 sobre la tasa observada de reacciones a la vacuna contra el virus del papiloma humano (existente en inglés únicamente y titulada *WHO information sheet: observed rate of vaccine reactions: human papillomavirus vaccine*)¹. Los últimos datos sobre la seguridad de la vacuna contra VPH se pueden encontrar en el sitio web del Comité Consultivo Mundial sobre Seguridad de las Vacunas (GACVS)².

¹ Disponible en: http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/HPV_Vaccine_rates_information_sheet.pdf?ua=1

² Disponible en: http://www.who.int/vaccine_safety/committee/es/

4.2.3 Características de la vacuna y calendarios de vacunación

El cuadro 4.1 resume y compara las características de dos vacunas disponibles y sus respectivos calendarios de vacunación (sobre la base de las vigentes recomendaciones de la OMS).

La población destinataria recomendada para la vacunación contra VPH son las niñas de 9 a 13 años de edad, antes de la iniciación de la actividad sexual.

Cuadro 4.1: Características de las vacunas contra VPH

Atributos	Tetraivalente	Bivalente
Nombre comercial (fabricante) (véase la nota 1 al final del cuadro)	Gardasil®, Silgard® (Merck)	Cervarix® (GlaxoSmithKline)
Tipos de VPH en la vacuna	6, 11, 16, 18	16, 18
Protección contra enfermedades	verrugas genitales; cáncer cervicouterino	cáncer cervicouterino
Número de dosis (véase la nota 2 al final del cuadro)	dos dosis, la segunda seis meses después de la primera	dos dosis, la segunda seis meses después de la primera
Duración de la protección	no se ha observado disminución de la protección durante el período de observación	no se ha observado disminución de la protección durante el período de observación
Presentación	vial de una dosis	viales de una y de dos dosis
Método de administración	inyección intramuscular: 0,5 ml de suspensión líquida	inyección intramuscular: 0,5 ml de suspensión líquida
Contraindicaciones (véase la sección 4.2.2)	<ul style="list-style-type: none"> reacción alérgica grave a cualquier componente de la vacuna o después de la vacunación; enfermedad febril grave; no recomendada durante el embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> reacción alérgica grave a cualquier componente de la vacuna o después de la vacunación; enfermedad febril grave; no recomendada durante el embarazo

Atributos	Tetravalente	Bivalente
Administración junto con otras vacunas para adolescentes estudiadas y encontradas eficaces (véase la nota 3 al final del cuadro)	hepatitis B; difteria/tétanos/tos ferina; poliomielitis	difteria/tétanos/tos ferina; poliomielitis
Período máximo de almacenamiento (véase la nota 4 al final del cuadro)	36 meses, a una temperatura de 2 a 8 °C	vial de 1 dosis: 48 meses, a 2 a 8 °C; vial de 2 dosis: 36 meses, a 2 a 8 °C

Notas importantes sobre las características de las vacunas y los calendarios:

1. No hay datos disponibles sobre la seguridad, la inmunogenia ni la eficacia de las dos vacunas contra VPH comercializadas si se utilizan indistintamente. Estas vacunas tienen características, componentes e indicaciones diferentes, y en los entornos donde ambas están disponibles, se debe procurar administrar la misma vacuna en todas las dosis necesarias. Sin embargo, si la vacuna administrada en una dosis previa se desconoce o no está disponible, se pueden completar las dosis faltantes administrando cualquiera de las vacunas contra VPH comercializadas.
2. De acuerdo con el documento de posición de la OMS (de octubre del 2014), la población destinataria recomendada es la de niñas de 9 a 13 años de edad, antes de la iniciación de su actividad sexual. El régimen es de dos dosis, con un intervalo de seis meses entre las dosis, para las niñas de <15 años (incluidas las que tengan ≥ 15 años en el momento de la segunda dosis). No hay un intervalo máximo entre las dos dosis; sin embargo, se sugiere un intervalo no mayor de 12 a 15 meses.
Si por cualquier motivo el intervalo entre las dos dosis es de menos de cinco meses, la tercera dosis debe darse al menos seis meses después de la primera. El régimen de tres dosis (0; 1 a 2, y 6 meses) sigue siendo recomendado para las niñas de 15 años de edad o más y para personas inmunodeprimidas, incluidas las seropositivas al VIH (independientemente de que estén recibiendo tratamiento antirretrovírico). No es necesario el tamizaje de la infección por VPH ni de la infección por VIH antes de la vacunación contra VPH. Estas recomendaciones sobre calendarios se aplican tanto a las vacunas bivalentes como a las tetravalentes.
3. Las vacunas contra VPH pueden ser administradas al mismo tiempo que otras vacunas inactivadas. La administración de más de una vacuna en una única visita aumenta la probabilidad de que las niñas reciban a tiempo todas las vacunas necesarias. Véanse en el cuadro 4.1 otras vacunas inactivadas que han demostrado ser seguras y eficaces

si se administran conjuntamente. Las orientaciones se actualizarán cuando estén disponibles los resultados de los estudios en curso sobre administración conjunta.³

4. Todas las presentaciones de la vacuna contra VPH se deben mantener en frío, a 2 a 8 °C. Las vacunas contra VPH son sensibles a la congelación y pierden eficacia si se congelan. Por consiguiente, la vacuna contra VPH no se debe colocar en la porción del congelador del refrigerador ni cerca de la misma, ni directamente sobre una bolsa de hielo congelada. Si hay indicios de que las vacunas contra VPH quizá se hayan visto afectadas por temperaturas inferiores a 0 °C, se debe proceder a una prueba de sacudidas para determinar si la vacuna sigue siendo utilizable. Siempre se deben desechar los viales que muestren indicios de congelación parcial o total del contenido. Véase en la hoja práctica 4.2 la forma de determinar si una vacuna ha estado congelada; para más detalles, remítase al artículo del *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* sobre la validación de la prueba de sacudidas para detectar el daño ocasionado por congelación a las vacunas adsorbidas,⁴ y véanse dos videos con instrucciones, titulados *Shake and tell* (22 minutos) y *Step by step shake test* (10 minutos).
5. La vacunación de niños varones y hombres contra VPH es menos eficaz en función de los costos para reducir el cáncer cervicouterino que la utilización de esos recursos a fin de llegar a una proporción alta de niñas en el grupo etario previsto.⁵

Sírvase consultar la página web titulada *WHO recommendations for routine immunization - summary tables* (existente en inglés y en francés), que presenta cuadros sinópticos con recomendaciones de la OMS sobre la vacunación sistemática; el sitio se actualiza regularmente con datos nuevos y todo cambio introducido en las recomendaciones de la OMS.⁶

4.3 Población destinataria y estrategias de administración

4.3.1 Población destinataria

La OMS recomienda administrar sistemáticamente la vacuna contra VPH a las niñas de 9 a 13 años de edad porque, en la mayoría de los países, a esa edad todavía no han comenzado su actividad sexual.⁷ La edad prevista debe determinarse a nivel

³ Para más información véanse las conclusiones y recomendaciones de la Reunión del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización, de abril del 2014, disponibles en: <http://www.who.int/wer/2014/wer8921.pdf>.

⁴ Kartoglu Ü, Özgüler NK, Wolfson LJ, Kurzatkowski W. Validation of the shake test for detecting freeze damage to adsorbed vaccines (Validación de la prueba de sacudidas para detectar el daño ocasionado por la congelación de las vacunas adsorbidas). *Bulletin of the World Health Organization* 2010;88:624-631. (<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/08-056879/en/#>, consultado el 18 de julio del 2014).

⁵ Disponible en: <http://vimeo.com/8381355> (Shake and tell), y <http://vimeo.com/8389435> (Step by step shake test).

⁶ Disponible en: http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/

⁷ Aunque se recomienda administrar las vacunas contra el VPH a las niñas jóvenes antes del inicio de su actividad sexual, es contraproducente preguntar a una niña, antes de ofrecerle la vacuna, si ha sido sexualmente activa; pueden surgir rumores en el sentido de que esa información no se mantendrá confidencial y, en consecuencia, algunas niñas pueden preferir no asistir a los días de vacunación.

de país basándose en la información disponible sobre la edad promedio de iniciación de la actividad sexual en las niñas (es decir el inicio de su exposición al VPH).

La vacuna contra VPH es segura para las personas con VIH, para las que siempre se recomienda un régimen de tres dosis. Hay poca información disponible sobre la inmunogenia de las vacunas contra VPH en personas inmunodeprimidas por medicamentos o enfermedades. Aunque la inmunogenia y la eficacia de las vacunas contra VPH puedan estar reducidas en las mujeres y niñas con VIH, el beneficio potencial de la vacunación en este grupo es particularmente grande debido a su mayor riesgo de enfermedades relacionadas con el VPH, incluido el cáncer cervicouterino. Hay estudios en curso para vigilar la eficacia de la vacunación contra VPH en las personas con VIH y la protección que les confiere en el largo plazo.

Los países que tengan recursos disponibles quizá deseen considerar la posibilidad de poner al día durante un tiempo limitado la vacunación de niñas mayores que el grupo etario previsto pero que todavía puedan beneficiarse de la vacunación.

4.3.2 Estrategias de administración

La introducción de una vacuna nueva con una nueva edad prevista requiere abordar muchas cuestiones logísticas y programáticas. La aplicación de nuevos programas de vacunación contra VPH puede requerir estrategias específicas e innovadoras de administración, inclusive utilizar sitios desde donde se pueda llegar con educación y servicios a un gran número de niñas de las edades previstas para garantizar la finalización del régimen recomendado de dosis.

Las estrategias ideales para la administración de la vacuna contra VPH, descritas en la nota de orientación de la OMS del 2013 sobre prevención y control integrales del cáncer cervicouterino,⁸ deben tener las siguientes características:

- ser compatibles con la infraestructura existente para la administración de la vacuna y con la capacidad de la cadena de frío
- ser asequibles, costoeficaces y sostenibles
- ser capaces de lograr la cobertura más alta posible.

En la práctica, los países pueden necesitar equilibrar unas estrategias que potencien al máximo la cobertura con otras consideradas más factibles, asequibles y sostenibles.

La nota de orientación de la OMS recomienda además priorizar dos consideraciones, a saber: llegar a las niñas que en etapas posteriores de la vida tengan menos probabilidades de acceso al tamizaje de cáncer cervicouterino; y, en lo posible, seleccionar enfoques que ofrezcan oportunidades de integración con otros servicios de salud de los adolescentes.

⁸ <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505147/es/>

Es posible que ninguna estrategia de aplicación pueda alcanzar todos los objetivos del programa. En último término, quizá sea necesaria una combinación de estrategias para lograr una cobertura alta, no perturbar los servicios establecidos y optimizar al mismo tiempo los recursos.

Esta guía suministra información sobre dos estrategias generalmente utilizadas, a saber: (1) vacunación en los establecimientos de asistencia sanitaria y (2) vacunación mediante actividades de extensión. La vacunación en escuelas se puede considerar como una forma especial de extensión porque se efectúa fuera del establecimiento de asistencia sanitaria, en sitios de la comunidad.

Cada estrategia tiene pros y contras, que se señalarán. Si la población destinataria vive en comunidades urbanas y rurales, inclusive en sitios distantes de los establecimientos de asistencia sanitaria, y si parte de esa población es transitoria o carece de un hogar, al utilizar una combinación de estrategias probablemente se alcanzaría a un mayor número de personas. Estas consideraciones se deben tener en cuenta a la hora de elaborar estrategias de apoyo tales como tarjetas de vacunación para fines de vigilancia. Al entregar a cada niña una tarjeta de vacunación que ella misma pueda administrar, se la ayuda a llevar la cuenta de las dosis de vacuna contra VPH recibidas, aunque las haya recibido en diferentes sitios.

a. Vacunación en establecimientos de asistencia sanitaria

Este método brinda a todas las niñas admisibles la oportunidad de recibir la vacunación contra VPH en un establecimiento de asistencia sanitaria fijo. Esta estrategia reduce los costos de transporte y de personal (como viáticos) para el sistema de salud porque son las niñas quienes se desplazan al establecimiento. Los proyectos experimentales realizados en varios países han indicado que es posible lograr una alta cobertura de vacunación contra VPH si esta se ofrece en centros de salud de áreas donde la mayoría de las niñas viven cerca, como las comunidades urbanas. Esta estrategia también ha demostrado lograr mayor cobertura si se ofrecen en “días de vacunación” con incentivos menores para las niñas que asisten, como esperas breves y música, grupos de discusión o videos en la sala de espera.

b. Vacunación mediante actividades de extensión

En el contexto de las inmunizaciones, por extensión se entiende una estrategia que prevé que el personal de salud salga de su establecimiento a fin de transportar y prestar los servicios de inmunización a una variedad de sitios fijos o móviles cercanos a un gran número de niñas de las edades previstas. Algunos ejemplos de sitios de extensión son centros comunitarios, edificios escolares y, si fuera apropiado y con el apoyo de las personas a cargo, lugares de culto y otros lugares donde las niñas tiendan a congregarse.

Estrategia de aplicación (extensión) en la escuela

La vacunación en la escuela es una estrategia prometedora para las niñas que viven en comunidades distantes y para otras que no puedan acudir al consultorio. A fin de seleccionar a las niñas que satisfagan las condiciones para la vacunación, la estrategia puede dirigirse a todas las niñas de un año o un grado o una clase escolar determinados donde la mayoría de los alumnos tengan edades comprendidas entre los 9 y los 13 años, o puede dirigirse a niñas de edades específicas (por ejemplo, todas las de 10 años de edad), independientemente del año o grado o clase que cursen en la escuela.

Esta estrategia de vacunación también puede servir de oportunidad para crear o fortalecer servicios de salud escolar y mejorar la educación sanitaria y la comunicación.

En una escuela con un programa de salud escolar que cuente con un dispensador de asistencia sanitaria, este puede recibir capacitación y encargarse de vacunar a las niñas de las edades previstas, con un modesto apoyo adicional del centro de salud más cercano.

Sin embargo, si una estrategia de aplicación en escuelas debe depender de que haya equipos de inmunización presentes en la escuela durante varios días, quizá se requieran demasiados recursos para ejecutarla, sobre todo si la matrícula y la asistencia de las niñas de las edades previstas son escasas.

Si la vacunación escolar no ofrece a una gran proporción de niñas destinatarias la oportunidad de recibir la vacuna contra VPH, sea porque no estén matriculadas o por ausentismo, la estrategia se debe complementar con estrategias que permitan llegar a las niñas que no van a la escuela, para garantizar así un acceso equitativo a la vacuna. Los docentes, los trabajadores de la comunidad y los líderes comunitarios pueden desempeñar papeles importantes identificando a estas niñas, educándolas, motivándolas y ayudándolas a tener acceso a los servicios de vacunación en otros sitios.

Otras estrategias de extensión

Si una gran proporción de la población vive en áreas con poco acceso a los servicios de salud y hay baja asistencia escolar entre las niñas destinatarias, quizá convenga aplicar una estrategia de extensión en una ubicación central. Las niñas de esa comunidad y de comunidades circundantes pueden acudir a un lugar central para la vacunación, con lo cual se ofrecen oportunidades de vacunación equitativas a todas las adolescentes. Se necesitarían al menos dos sesiones en el curso de 6 a 12 meses para llegar a todas las niñas con las dosis necesarias.

La extensión se puede hacer con arreglo a un calendario o con irregularidad, por ejemplo mediante operaciones de “barrido”.

Función de los trabajadores sanitarios de la comunidad (TSC) en las actividades de extensión

Para facilitar una estrategia de extensión, teniendo en cuenta que muchas niñas de las edades previstas viven en comunidades pobres, distantes y aisladas y no asisten a la escuela, se puede capacitar a los TSC (si lo permiten las directrices nacionales) para lo siguiente:

- transportar y mantener suficientes vacunas para todas las niñas de 9 a 13 años de edad en un equipo apropiado de almacenamiento en frío, por ejemplo una caja térmica;
- administrar las dosis necesarias de vacuna a las niñas que cumplen con los criterios de admisibilidad; y
- registrar las vacunaciones en formularios estandarizados.

La capacitación y la supervisión de los TSC para que puedan aconsejar, determinar que no haya contraindicaciones y administrar inyecciones con seguridad y correctamente ha dado buenos resultados en muchos países que prevén vacunaciones en la niñez, inyecciones anticonceptivas (DMPA, Depo-Provera®) y tratamiento sintomático de neumonías en la niñez y de infecciones de transmisión sexual (ITS) en hombres y mujeres. Para más información, véase el capítulo 3: “Movilización comunitaria, educación y orientación”. En la hoja práctica 3.7 se pueden encontrar detalles sobre el reclutamiento y la capacitación de los TSC. En la hoja práctica 4.4 se facilita orientación sobre seguridad de las inyecciones.



Reclutar y capacitar TSC



Seguridad de las inyecciones

4.3.3 Servicios integrados

La vacunación contra VPH realizada conjuntamente con otras intervenciones (como eliminación de parásitos o distribución de mosquiteros tratados con insecticida), la administración conjunta de esta con otras vacunas adecuadas para la edad (véase el cuadro 4.1), y la educación sobre una variedad de temas de especial interés para el mismo grupo etario permiten compartir más recursos y conocimientos entre programas. Esto servirá para mejorar los conocimientos y las aptitudes de comunicación de los dispensadores y optimizar los costos y la logística, aumentando así la eficiencia y la eficacia más amplias de los servicios. Las estrategias de extensión para la vacunación contra VPH son particularmente propicias para integrarse con otros servicios de salud destinados a niños y adolescentes.

4.4 Movilización comunitaria

El éxito de la administración de vacunas contra VPH depende de la creación de un alto grado de concientización de la comunidad mediante actividades de información, educación

y comunicación (IEC), así como de orientación con los padres y otras personas influyentes de la comunidad.

Antes de proceder a la administración efectiva de las vacunas, una evaluación de los conocimientos, actitudes y creencias acerca de las vacunas contra VPH puede ayudar al personal del programa a prepararse para abordar obstáculos o sensibilidades que podrían encontrar, como temor a efectos adversos o concepciones erróneas sobre los efectos de la vacunación sobre la fecundidad. Por otra parte, el hecho de que una vacuna contra una ITS se recomiende solo para niñas jóvenes puede confundir a los padres y generar renuencias innecesarias frente a la vacunación de sus hijas que todavía no son sexualmente activas, aunque estén precisamente en la edad a la que tienen máximas probabilidades de beneficiarse de esa vacuna.

La participación y la formación de coaliciones con una amplia variedad de interesados directos gubernamentales y no gubernamentales en la comunidad pueden facilitar la introducción y la aplicación exitosas de las vacunas contra VPH. La vacunación en escuelas requiere una estrecha coordinación entre los ministerios nacionales de salud y de educación, y la colaboración de los funcionarios escolares a nivel distrital, regional y local.

Véase en el capítulo 3 más información sobre la movilización comunitaria.

4.5 Obtención de consentimiento o asentimiento para vacunar a una niña

Las leyes y reglamentos nacionales pueden proporcionar orientación sobre el consentimiento fundamentado. En general, el consentimiento fundamentado exige al trabajador de salud que informe plenamente a un paciente de los riesgos y beneficios de toda intervención planificada y obtenga luego su consentimiento verbal o escrito. Dado que la mayoría de las vacunas se administran a niños que son demasiado jóvenes para dar su consentimiento legal, los padres dan lo que se conoce como consentimiento paterno. Muchos países utilizan una estrategia de consentimiento implícito según la cual el consentimiento del padre se considera implícito porque lleva voluntariamente al niño a un consultorio para que se lo vacune.

En el caso de la vacunación contra VPH, las niñas destinatarias no son pequeñas y pueden acudir para la vacunación sin los padres. Pero como son menores según la ley, en la mayoría de los países se requerirá el proceso de consentimiento paterno; esto conlleva informar a los padres y a la niña sobre la vacunación prevista y, como mínimo, según los reglamentos del país, ofrecer a un padre la oportunidad de optar por no vacunar a su hija.

Algunas autoridades sanitarias pueden requerir el consentimiento explícito de los padres por escrito. Esto tendrá implicaciones en materia de planificación, logística y recursos y puede requerir, por ejemplo, que docentes y funcionarios escolares que trabajan con las niñas (estudiantes) que se vacunarán obtengan el consentimiento de los padres con anterioridad a la sesión de vacunación. Además de los padres o tutores, las niñas

que reciban la vacunación contra VPH también deben estar plenamente informadas de los riesgos y beneficios, para que puedan “permitir” el tratamiento.

Se pueden presentar situaciones en las cuales la niña expresa el deseo de vacunarse mientras que su padre se niega explícitamente a dar su consentimiento o este consentimiento no se puede obtener. En una situación semejante, otra consideración es tener en cuenta el mejor interés de la niña. Los principios éticos aceptados en el ámbito internacional requieren que el trabajador de salud evalúe primero si una niña es “competente” para tomar esa decisión, a saber: si ella demuestra entender los beneficios, riesgos y consecuencias de la vacunación frente a la falta de vacunación y es capaz de tomar esa decisión por sí misma. Si se considera que la niña es competente, el trabajador de salud puede proceder a la vacunación. Es importante ser conscientes de estos principios, especialmente cuando se trata con niñas marginadas y desfavorecidas como las que quedan huérfanas, viven en la calle o trabajan muy lejos de sus familias. En algunos países hay reglamentos que permiten que autoridades de la comunidad, como asistentes sociales o funcionarios escolares, den su consentimiento en nombre de niños que estén bajo su responsabilidad en ciertas circunstancias.

Por último, en los casos en que el padre o tutor haya dado su consentimiento para la vacunación de la niña, pero la niña misma no quiera vacunarse, sus deseos se deben respetar y se debe permitir que ella se retire después de haberla invitado a regresar en otro momento para hablar más detenidamente de su decisión.

4.6 Seguimiento y evaluación y sostenibilidad de los programas de vacunación contra VPH

4.6.1 Vigilancia

Es preciso conocer el número exacto de niñas en una población determinada para calcular la cobertura de vacunación contra VPH, a fin de seguir de cerca el desempeño del programa de vacunación y posteriormente evaluar sus repercusiones. Es importante tener un sistema de seguimiento que:

1. rastree la circulación de información y formularios;
2. especifique claramente quién debe recibir los formularios de seguimiento rellenos y cuándo se deben entregar, y
3. explique qué hacer con la información obtenida del seguimiento.

Ya que se recomienda administrar la vacuna contra VPH en una serie de dosis inyectables, se necesitan como mínimo la recopilación y el registro de los datos de cobertura (por dosis, con indicación de la edad o fecha de nacimiento y la fecha de vacunación) (véanse la hoja práctica 4.3 y los formularios modelo 6.1 a 6.3 del anexo 6).



Sesión de
inmunización



Inmunización contra VPH
Formularios modelo

La OMS ha puesto a disposición guías y herramientas sobre monitoreo de la cobertura de vacunación contra VPH que se pueden adaptar y utilizar localmente.⁹ En la hoja práctica 4.5 se enumeran instrumentos de recogida de datos y notificación, que es necesario desarrollar más a nivel de país.



a. Vigilancia e información sobre eventos adversos posvacunales

Un evento adverso posvacunal (EAPV) se puede describir como un evento clínico adverso relacionado temporalmente con la vacunación, que puede o no haber sido causado por la vacuna o por el procedimiento de vacunación. Los EAPV pueden ser desde casos menores como una reacción leve en el sitio de inyección hasta casos potencialmente mortales como anafilaxia o posiblemente muerte. Aunque la vacuna misma puede causar un EAPV, por ejemplo una reacción alérgica, los EAPV notificados suelen ser más bien eventos coincidentes no relacionados con la vacuna, o causados por errores programáticos o humanos que han comprometido la calidad de la vacuna.

La vigilancia de la seguridad de la vacuna contra VPH reviste especial importancia porque es una vacuna nueva y se administra a un grupo etario que antes no era destinatario de vacunación. Los grupos que por algún motivo se oponen a las vacunas pueden iniciar o propagar rumores sobre deficiencias de seguridad de la vacuna, señalando asociaciones espurias con eventos adversos coincidentes para desalentar la vacunación contra VPH en la población. Dado que la desinformación puede ser perjudicial para la aceptabilidad de la vacuna y las campañas de vacunación, es esencial que haya una infraestructura robusta de vigilancia de EAPV para recopilar información que pueda ayudar a disipar los rumores y demostrar la seguridad continua de las vacunas contra VPH.

Los EAPV se pueden clasificar en cinco categorías, a saber:¹⁰

1. Reacciones a una vacuna relacionadas con el producto mismo: un EAPV provocado o precipitado por una vacuna (por ejemplo, extensa hinchazón (edema) de los miembros tras la administración de la vacuna DTP) debido a una o más propiedades inherentes del producto.
2. Reacciones relacionadas con defectos de calidad de una vacuna: un EAPV provocado o precipitado por una vacuna debido a uno o más defectos de calidad del producto, incluido el dispositivo de administración suministrado por el fabricante (por ejemplo, si el fabricante no inactiva completamente algún lote de vacuna antipoliomielítica de virus inactivados su administración puede dar lugar a casos de poliomielitis parálítica).

⁹ Disponible en <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources/en>

¹⁰ Más información sobre la clasificación de los EAPV por la OMS se encuentra disponible en: <http://vaccine-safety-training.org/classification-of-aefis.html>

3. Reacciones a la inmunización relacionadas con errores: por su naturaleza, un EAPV causado por un manejo inapropiado de la vacuna, de la prescripción o de la administración es prevenible (por ejemplo, la transmisión de infecciones por viales contaminados).
4. Reacciones a la inmunización relacionadas con ansiedad: un EAPV causado por ansiedad acerca de la inmunización (por ejemplo, el desmayo de una adolescente durante la vacunación o poco después).
5. Eventos coincidentes: un EAPV causado por algo diferente del producto vacunal, de un error de inmunización o de ansiedad respecto de la inmunización (por ejemplo fiebre experimentada en el momento de la vacunación, pero causada de hecho por malaria).

Las reacciones adversas leves y comunes a las vacunas contra VPH se resuelven espontáneamente y rara vez requieren tratamiento, por ejemplo enrojecimiento, dolor o hinchazón en el sitio de inyección, fiebre, mareos, náuseas y desmayo (véase la sección 4.22).

Por otro lado, los eventos adversos graves son extremadamente raros. La anafilaxia se puede relacionar causalmente con la vacunación contra VPH; se deben tomar precauciones y no vacunar a las niñas que hayan tenido anteriormente reacciones alérgicas a los componentes de la vacuna. Si se sospecha anafilaxia, la niña debe ser tratada de inmediato según sea necesario. Estas niñas no deben recibir dosis posteriores de vacuna contra VPH ni otras vacunas que contengan componentes vacunales similares.

Debe haber en funcionamiento un sistema que facilite la notificación inmediata y la investigación de los EAPV. Los organismos nacionales de reglamentación y los comités asesores sobre prácticas de inmunización (CAPI) deben asumir un papel proactivo investigando los informes de eventos adversos graves para evaluar si guardan relación con la vacuna contra VPH, y formular mensajes de comunicación para abordar los rumores.

Toda sospecha de EAPV se debe notificar de inmediato a las autoridades sanitarias utilizando un formulario estándar de notificación de EAPV (véanse la hoja práctica 4.6 y el formulario modelo 6.4 del anexo 6).



EAPV

Los eventos graves, como muerte, hospitalización o un conglomerado geográfico de EAPV, se deben investigar rápidamente (dentro de un plazo de 48 horas). Es decisivo estar preparados para un posible EAPV y tener un plan de gestión de riesgos.

4.6.2 Evaluación

La OMS recomienda que todos los países que hayan introducido una vacuna nueva realicen una evaluación posintroducción aproximadamente 6 a 12 meses después de dicha introducción. La OMS ha publicado una nueva herramienta de evaluación de vacunas posintroducción, titulada *New Vaccine Post-Introduction Evaluation*

(*PIE*) *Tool*, que presenta un método sistemático para evaluar las repercusiones de la introducción de una vacuna en el sistema de inmunización existente en un país.¹¹ La herramienta *PIE* está diseñada para los directores de inmunización de los países que hayan introducido una vacuna nueva o subutilizada. En el sitio web de la OMS sobre inmunización, vacunas y productos biológicos se presenta una herramienta específica de *PIE* aplicable a la introducción de la vacuna contra VPH.¹²

4.6.3 Sostenibilidad

Se debe considerar la sostenibilidad de todo programa nuevo antes de proceder a su ejecución. En el caso de la vacunación contra VPH, esto consiste en una evaluación cuidadosa de la carga de morbilidad impuesta por el cáncer cervicouterino, el tamaño y la distribución urbana y rural de la población destinataria, los costos estimados y los recursos disponibles. Se deben considerar asimismo los costos de la modificación de infraestructura, la capacitación y la supervisión, y el tiempo disponible del personal. Sobre la base de esa evaluación, el Ministerio de Salud podrá decidir si buscará apoyo del Ministerio de Finanzas para movilizar recursos, o de organismos multinacionales para obtener vacunas gratuitas o con grandes descuentos. Una vez asegurados los recursos, se debe definir la estrategia de introducción. Se pueden realizar evaluaciones de costoefectividad como base para adoptar decisiones de política sobre si y cómo introducir las vacunas contra VPH, considerando la carga general de morbilidad existente en el país, los costos de controlar la enfermedad, los costos de la vacuna contra VPH y los beneficios que esta aportaría a la salud en el largo plazo.

En el capítulo 2, en la sección sobre formulación de políticas nacionales, pueden encontrarse ejemplos de consideraciones importantes para la planificación de la sostenibilidad. Otros recursos útiles pueden encontrarse en la página web de la OMS sobre planificación y financiación de la inmunización¹³ y en las directrices de la OMS y del UNICEF para elaborar un plan integral multianual (cMYP, por sus siglas en inglés) en materia de inmunización y vacunas.¹⁴

Después de haber estudiado estas cuestiones, las autoridades deben decidir si el programa propuesto es asequible y sostenible.

- Si se determina que actualmente es asequible y sostenible, se debe asignar el financiamiento necesario para más de un año.

¹¹ Disponible en inglés y en francés en: http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/resources/PIE_tool/en/

¹² Disponible en: <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources/en/>

¹³ Disponible en: http://www.who.int/immunization/programmes_systems/financing/en/

¹⁴ Disponible en inglés, francés y ruso en: http://www.who.int/immunization/programmes_systems/financing/tools/cmyp/es/

- Si no es asequible o no es sostenible tal como ha sido propuesto, se debe analizar y revisar la propuesta con miras a reducir costos cuando sea posible, inclusive modificar la población prioritariamente destinataria o cambiar las estrategias de aplicación.

Lecturas complementarias

Sitios web útiles (mayormente en inglés, excepcionalmente en otros idiomas):

OMS–Virus del papiloma humano (VPH):

<http://www.who.int/immunization/topics/hpv/en/>

En esta página se presenta información sobre la carga de morbilidad por VPH, las características de la vacuna contra VPH y la seguridad de la misma. Hay enlaces a lo siguiente:

- Centro de distribución de información sobre la introducción de la vacuna contra VPH, con documentos técnicos de la OMS y sus asociados sobre diversos aspectos programáticos de implementación en materia de VPH, incluida la comunicación y nexos con cuestiones de salud de los adolescentes
- Documento de posición de la OMS sobre vacunas contra VPH (en varios idiomas, entre ellos el español)
- Puntos clave e información técnica sobre las vacunas contra VPH para instancias normativas y profesionales de la salud
- Política de vacunación contra VPH y orientaciones programáticas para los países
- Datos sobre la incidencia de cáncer cervicouterino y la mortalidad mundial por esa causa.

Recursos programáticos de la OMS sobre la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH):

<http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources/en/>

Esta página incluye enlaces adicionales a lo siguiente:

- Módulo de capacitación esencial para la introducción de la vacuna contra VPH (material didáctico destinado a personal de salud)
- Estimaciones poblacionales de la OMS sobre la cohorte de 9 a 13 años de edad, por cada año de edad, por sexo y por país, 2010-2020
- Instrumento de estimación de costos de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino (C4P)
- Otras herramientas y materiales pertinentes de la OMS para la implementación de la vacunación contra VPH

Curso de ciberaprendizaje de la OMS sobre los fundamentos de la seguridad de las vacunas: <http://vaccine-safety-training.org/classification-of-aefis.html>

Este curso comprende seis módulos, entre ellos el módulo 3 sobre los eventos adversos posvacunales y su clasificación.

Alianza GAVI. Solicitar apoyo: <http://www.gavi.org/support/apply/>

Esta página web suministra información y ayuda para solicitar apoyo de GAVI para programas nacionales de demostración o introducción relacionados con (solo para países que puedan recibir apoyo de GAVI). Se puede encontrar el material en español si en la página misma que aparece en inglés se busca “Spanish”.

Recomendaciones de la OMS para la inmunización sistemática.

Cuadros recapitulativos en inglés y en francés en:

http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/

Esta página web se actualiza regularmente con datos nuevos y todo cambio introducido en las recomendaciones.

5

CAPÍTULO 5. TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE LAS LESIONES PRECANCEROSAS DEL CUELLO UTERINO

Capítulo 5. Tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas del cuello uterino

Puntos claves

- La detección precoz, mediante el tamizaje de todas las mujeres del grupo etario previsto, seguida del tratamiento de las lesiones precancerosas detectadas, permiten prevenir la mayoría de los cánceres cervicouterinos.
- El tamizaje de cáncer cervicouterino se debe realizar por lo menos una vez a cada mujer del grupo etario previsto (de 30 a 49 años de edad), que puede obtener los mayores beneficios.
- Se recomienda que cada mujer del grupo etario previsto se someta a tamizaje de cáncer cervicouterino por lo menos una vez, pero esto se puede hacer extensivo a mujeres menores de 30 años si hay indicios de alto riesgo de NIC2+.
- Las pruebas de detección de VPH, los estudios citológicos y la inspección visual con ácido acético (IVAA) son métodos de tamizaje recomendados.
- Para que la prevención del cáncer cervicouterino sea eficaz, las mujeres con resultados positivos en el tamizaje deben recibir un tratamiento eficaz.
- Se recomienda adoptar un método de “tamizaje y tratamiento” o bien uno de “tamizaje, diagnóstico y tratamiento”.
- Las decisiones sobre el método de tamizaje y tratamiento por adoptar en un país o un establecimiento de asistencia sanitaria deben basarse en una variedad de factores, entre ellos las ventajas e inconvenientes, la posibilidad de que las mujeres no regresen para el seguimiento, los costos y la disponibilidad del equipo y los recursos humanos necesarios.
- En el enfoque de tamizaje y tratamiento, la decisión sobre el tratamiento se basa en una prueba de tamizaje, y el tratamiento se dispensa con prontitud o, idealmente, de inmediato tras una prueba de tamizaje positiva (es decir, sin una prueba de diagnóstico previa).
- El enfoque de tamizaje y tratamiento reduce la pérdida de pacientes para el seguimiento y puede reducir el retraso del inicio del tratamiento de las mujeres.
- En las mujeres con resultados negativos en la prueba de IVAA o en la de citología, el intervalo previo a un nuevo tamizaje debe ser de tres a cinco años.
- En las mujeres con resultados negativos en la prueba de tamizaje de VPH, se debe proceder a un nuevo tamizaje tras un intervalo mínimo de cinco años.
- Si hay sospecha de cáncer en mujeres que acuden al tamizaje, no se las debe tratar sino derivar a un establecimiento para diagnóstico y tratamiento de cáncer.

- La crioterapia o la escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) pueden proporcionar un tratamiento eficaz y apropiado a la mayoría de las mujeres con resultado positivo en el tamizaje de precáncer cervicouterino.

Acerca de este capítulo

Este capítulo se basa en las siguientes directrices de la OMS:

Monitoreo de los programas nacionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino: control de calidad y garantía de calidad para programas basados en inspección visual con ácido acético (IVA). Ginebra: OMS; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/es/>).

Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. Washington, DC: OPS; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/105132/1/9789275318331_spa.pdf?ua=1).

WHO guidelines for treatment of cervical intraepithelial neoplasia 2–3 and adenocarcinoma in situ. Ginebra: WHO; 2014 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/treatment_CIN_2-3/en/).

WHO guidelines: use of cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia. Ginebra: WHO; 2011 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241502856/en/>).

WHO technical specifications on cryosurgical equipment for the treatment of precancerous cervical lesions and prevention of cervical cancer: WHO; 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241504560/en/>).

Este capítulo presenta información detallada sobre tamizaje y tratamiento del precáncer cervicouterino. Consta de siete secciones principales, empezando por consideraciones relacionadas con los dispensadores de asistencia sanitaria (sección 5.1), seguida de una panorámica de las cuestiones relacionadas con el tamizaje de cáncer cervicouterino, incluidos riesgos y beneficios y consideraciones éticas (sección 5.2). La sección 5.3 describe las pruebas disponibles (detección molecular del VPH, tamizaje visual y tamizaje basado en estudios citológicos) y sus ventajas y limitaciones relativas.

La sección 5.4 examina las modalidades diagnósticas (colposcopia, biopsia y legrado endocervical) utilizadas para confirmar y mapear las anomalías de algunas mujeres con resultados positivos en el tamizaje. En la sección 5.5 se describen con algún detalle los procedimientos de tratamiento de las lesiones precancerosas detectadas (crioterapia, escisión electroquirúrgica con asa y conización con bisturí frío), incluidas indicaciones, puntos fuertes y limitaciones de cada procedimiento. En la sección 5.6 se abordan las posibles complicaciones y el seguimiento postratamiento.

Por último, la sección 5.7 de este capítulo recalca que, para influir sobre la incidencia del cáncer cervicouterino y la mortalidad asociada, es esencial que el tamizaje se vincule al tratamiento de todas las mujeres cuyo tamizaje dé un resultado positivo. Algunas estrategias programáticas que se pueden utilizar para establecer con buenos resultados

este vínculo decisivo son el enfoque de “tamizaje, diagnóstico y tratamiento” o el de “tamizaje y tratamiento”, y se examinan ambos.

Las recomendaciones presentadas en este capítulo sobre el tamizaje, las pruebas diagnósticas y los tratamientos por utilizar en un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino satisfacen los criterios de la OMS basados en datos científicos y formulan orientaciones a los directores de programa y los dispensadores de asistencia sanitaria.

Las hojas prácticas correspondientes a este capítulo contienen información que el dispensador del servicio necesita conocer sobre los pasos para obtener un consentimiento informado, realizar un tacto vaginal y ejecutar cada prueba de tamizaje y cada modalidad de tratamiento que se presentan en este documento. La hoja práctica 5.7 aborda la forma de brindar orientación a las pacientes que hayan recibido resultados de tamizaje positivos.



Orientación: VPH+

La historia de María

María es una nicaragüense de 40 años de edad que vive, con su esposo y tres hijos, en una comunidad rural. El agente sanitario de la comunidad la visitó y le informó que una mujer de su edad debe someterse a una prueba para ver si se ha producido en el cuello uterino algún cambio que, si no se lo trata, podría empeorar y muchos años después podría convertirse en cáncer. Luego la invitó a que acudiera a un consultorio de una comunidad vecina adonde vendría un equipo de enfermeras del hospital local para realizar a todas las mujeres de 30 a 49 años de edad una prueba para ver si tienen lesiones precancerosas en el cuello uterino. María recibiría el resultado de la prueba antes de regresar a su casa, y todas las mujeres que necesitaran tratamiento podrían tenerlo ese mismo día antes de volver a su hogar. Varios días antes de la cita en el consultorio, una enfermera visitó la comunidad de María y reunió a todas las mujeres para darles información sobre la prueba que se utilizaría y detalles acerca del tratamiento; les dijo que ni la prueba ni el tratamiento eran dolorosos pero quizá serían incómodos.

El día previsto, María y otras diez mujeres de su comunidad fueron a pie al dispensario junto con el agente sanitario de la comunidad; allí se sentaron en un espacio privado con una enfermera auxiliar que elaboró la historia clínica de cada mujer y respondió a todas sus preguntas. La prueba se realizó en una habitación privada y, después de que María se vistió, le dijeron que su cuello uterino era normal y que solo debía repetir la prueba al cabo de cinco años. De las diez mujeres que la acompañaban, dos tenían una anomalía leve en el cuello uterino que requería tratamiento para no empeorar. Una decidió ser tratada esa misma tarde y la otra decidió que volvería la semana siguiente con su pareja al consultorio de seguimiento en el mismo lugar. Las dos mujeres que necesitaban tratamiento se alegraban de haber ido al consultorio y estaban satisfechas con su experiencia; recomendaron a sus amigas y a las mujeres de la familia que tenían entre 30 y 49 años de edad que siguieran el mismo camino y se sometieran a tamizaje y, de ser necesario, a tratamiento para permanecer libres de cáncer cervicouterino.

5.1 Dispensadores de asistencia sanitaria

5.1.1 La función de los dispensadores de asistencia sanitaria

El dispensador de asistencia sanitaria es una figura central en toda actividad de salud pública coordinada para prevenir y controlar el cáncer cervicouterino. La función del dispensador de asistencia sanitaria en todos los niveles consiste en velar por que las mujeres estén informadas acerca del cáncer cervicouterino y los servicios de calidad que se ofrecen y por que todas aquellas que lo necesiten reciban seguimiento y tratamiento tras un tamizaje positivo o por un cáncer cervicouterino de tipo invasor.

Los dispensadores de asistencia sanitaria trabajan en coordinación entre sí y con el ministerio de salud, así como con planificadores de programas, dirigentes y trabajadores de la comunidad para conseguir que el programa sea eficaz.

5.1.2 ¿Quién puede realizar un tamizaje de buena calidad?

Con una capacitación basada en la competencia, todo dispensador que sepa realizar un examen con espéculo (enfermera, auxiliar o asistente de enfermería, partera capacitada, técnico clínico o médico) puede administrar cualquiera de las pruebas de tamizaje de cáncer cervicouterino. Para más información sobre la capacitación de los trabajadores sanitarios de la comunidad, véase la hoja práctica 3.7.



Reclutar y capacitar a los TSC

5.1.3 Evaluación y preparación de las clientas para el tamizaje

Antes de proceder a la prueba de tamizaje se debe hacer una evaluación básica de la mujer, evaluación que debe abarcar información y orientación, una breve historia social y clínica y un tacto vaginal sencillo. A continuación se facilitan más detalles sobre la función de los dispensadores de asistencia sanitaria en esta etapa:

- Debido al estigma que se podría asociar a los problemas genitales, las mujeres pueden ser renuentes a hablar de sus inquietudes o síntomas. Para establecer y mantener la confianza y reducir esa renuencia es conveniente preservar la confidencialidad y la privacidad.
- Los beneficios y riesgos del tamizaje cervicouterino se deben abordar como parte de la educación sanitaria general (véase la sección 5.2.3). Las mujeres deben entender que el tamizaje NO es una prueba para el cáncer; solo identifica a las mujeres que podrían contraer cáncer en el futuro. Si se da una idea básica del funcionamiento de la prueba, se puede ayudar a aliviar la ansiedad o los temores.
- Los componentes esenciales del tacto vaginal clínico son la inspección visual de los genitales externos y un examen con espéculo (véase la hoja práctica 5.2). Los dispensadores deben explicar a cada paso lo que se está haciendo durante el examen. Si observa una anomalía, el dispensador debe informar a la mujer, sin alarmarla, pero es preferible hacerlo una vez acabado el examen.
- Que el examen ginecológico sea realizado por otra mujer puede reducir la renuencia de algunas mujeres a permitirlo y aumentar la aceptabilidad del tamizaje. Si el dispensador es un hombre, la presencia de una mujer acompañante o una ayudante del consultorio en la habitación puede reducir la ansiedad de la paciente.



Examen ginecológico

5.1.4 Otros problemas de salud detectados durante el tamizaje

La mujer y sus necesidades de salud deben ser el foco de los programas de prevención. En lo posible, los dispensadores deben adoptar un método integral de identificación y manejo

de los problemas de salud sexual y reproductiva. El dispensador debe prestar especial atención a los signos y síntomas indicadores de cáncer, infecciones de transmisión sexual (ITS) u otras afecciones detectadas durante el interrogatorio clínico y el tacto vaginal. Las mujeres con resultados anormales no relacionados con el tamizaje de cáncer cervicouterino pueden ser tratadas o derivadas, según corresponda. Además, se debe brindar a las mujeres la oportunidad de exponer sus inquietudes personales sobre cuestiones de salud sexual y reproductiva, así como sobre cualquier necesidad insatisfecha de planificación familiar.

5.2 Tamizaje de cáncer cervicouterino

5.2.1 ¿Qué es el tamizaje?

El tamizaje es una intervención de salud pública dirigida a una población destinataria asintomática. El tamizaje no tiene por objeto diagnosticar una enfermedad, sino identificar a las personas con mayor probabilidad de tener la enfermedad o un precursor de la misma.

No todas las enfermedades se prestan para un programa de tamizaje. Los siguientes criterios ayudan a determinar si una enfermedad es apropiada para un programa de tamizaje:

- La enfermedad debe tener consecuencias graves.
- La enfermedad debe tener una etapa preclínica detectable y asintomática.
- El tratamiento de la etapa preclínica debe influir favorablemente en la evolución a largo plazo y el pronóstico de la enfermedad objeto de tamizaje.
- Debe haber tratamiento disponible y accesible para quienes tienen un resultado positivo en una prueba de tamizaje.

La evolución natural, las pruebas de tamizaje y las opciones de tratamiento del precáncer cervicouterino satisfacen estos criterios.

5.2.2 Tamizaje de cáncer cervicouterino: una panorámica

Los programas de prevención del cáncer cervicouterino apuntan a someter a tamizaje a la mayor proporción posible de mujeres previstas por el programa nacional y garantizar un tratamiento apropiado para todas las que tengan un resultado positivo o anormal en las pruebas. El capítulo 2 aborda consideraciones programáticas sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino.

5.2.3 Beneficios y riesgos del tamizaje de cáncer cervicouterino

Mientras que los programas eficaces de prevención pueden reducir extraordinariamente la incidencia de cáncer cervicouterino, toda actividad de tamizaje en gran escala dirigida a poblaciones saludables puede tener resultados positivos y negativos.

El resultado positivo primario del tamizaje es la reducción de los casos de cáncer cervicouterino mediante la detección y el tratamiento de las lesiones precancerosas antes de que progresen hacia un cáncer. Además, el tamizaje permite detectar el cáncer cervicouterino en su fase inicial, cuando todavía puede ser tratado eficazmente.

El tamizaje, por sí solo, no tiene ningún valor preventivo real. Es esencial que vaya vinculado al tratamiento. De lo contrario, el programa de tamizaje probablemente no tenga repercusión alguna sobre la incidencia de cáncer cervicouterino. La aplicación de un programa de prevención también puede dar resultados positivos en cuanto a la calidad de los establecimientos y servicios de salud, por ejemplo mejoras de la infraestructura, capacitación actualizada de los dispensadores de asistencia sanitaria, mayor conciencia sobre la salud reproductiva de las mujeres y establecimiento de un programa de control de calidad y garantía de la calidad (véase el capítulo 2).

Uno de los riesgos del tamizaje, que se aplica a todas las pruebas descritas, es una tasa variable de sobredetección de lesiones precancerosas (es decir, falsos resultados positivos), que conduce al tratamiento innecesario de mujeres que de hecho no corren mayor riesgo de cáncer invasor en ese momento. No obstante, los beneficios de detectar precozmente las lesiones cervicouterinas precancerosas (resultados positivos verdaderos), si hay disponible un tratamiento para prevenir su evolución hacia un cáncer, exceden ampliamente las consecuencias relativamente menores causadas a mujeres por alguno de los métodos de tratamiento descritos.

Otro riesgo del tamizaje, más significativo este, es el de obtener un resultado negativo falso al no detectar los signos de la enfermedad y por lo tanto desaprovechar una oportunidad para tratar las lesiones precancerosas o un cáncer en estadios iniciales.

Se debe procurar que el tamizaje se dirija solo a la población destinataria definida por el programa nacional, y que se asignen recursos suficientes para que el tamizaje cubra al 100% de esas mujeres y vaya acompañado del necesario seguimiento.

El programa de tamizaje también debe asegurar un sistema eficaz de derivación de casos para que las mujeres a las que se detecte un cáncer sean derivadas y reciban un tratamiento apropiado.

5.2.4 Características de una buena prueba de tamizaje

Una buena prueba de tamizaje debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Exactitud: la prueba da resultados correctos
- Reproducibilidad: la repetición de una misma prueba dará el mismo resultado
- Bajo costo: asequibilidad para el sistema de salud en cuanto a recursos financieros y humanos y para todas las pacientes y sus familias en cuanto al acceso a los servicios necesarios
- Facilidad relativa: aplicable sin dificultades, posibilitando también sin dificultades el seguimiento de las mujeres con resultados anormales
- Aceptabilidad: es bien tolerada por la paciente y por el dispensador
- Seguridad: el procedimiento de ejecución de la prueba y el manejo de los casos positivos tienen efectos adversos mínimos o nulos
- Disponibilidad: es accesible para toda la población destinataria.

Los encargados de adoptar las decisiones de alto nivel deben seleccionar las pruebas de tamizaje y los tratamientos que se administrarán en un entorno determinado. Esta selección debe hacerse considerando las ventajas y desventajas de cada prueba, la posibilidad de aplicarla en cada nivel del sistema de salud, su asequibilidad y sostenibilidad y su potencial para llegar a toda la población destinataria. Esto puede dar lugar, por ejemplo, a que se opte por pruebas diferentes según que los sitios sean urbanos o rurales.

En teoría, la mejor prueba de tamizaje es la que tenga la tasa más baja de falsos resultados negativos (es decir un resultado negativo o normal en una mujer que en realidad tiene la enfermedad) y la tasa más baja de falsos resultados positivos (es decir un resultado positivo en una mujer que en realidad no tiene ninguna anomalía). Los falsos negativos pueden dar lugar a un mayor riesgo de cáncer si no hay tamizaje frecuente disponible. Los falsos positivos pueden dar lugar a tratamientos innecesarios y mayor ansiedad para las pacientes.

En la práctica, es importante elegir la prueba de tamizaje más apropiada considerando el entorno particular donde se aplicará el programa y los recursos humanos, financieros y de infraestructura disponibles para aplicar la prueba elegida. La prueba debe ser apropiada para que los programas de tamizaje lleguen a toda la población destinataria y no solo a quienes tengan mayor acceso a los servicios de salud. Para una sostenibilidad a largo plazo, el sistema de salud debe poder mantener el equipo y reemplazar los suministros necesarios. Para elegir la prueba óptima se deben sopesar todos estos factores.

5.2.5 Edad y frecuencia del tamizaje

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la edad prevista y la frecuencia del tamizaje se basan en los datos científicos disponibles en el momento de la publicación y en la evolución natural del VPH y de las lesiones cervicouterinas precancerosas (véase el capítulo 1). Las infecciones por VPH de alto riesgo son muy comunes en las mujeres jóvenes, pero la mayoría de esas infecciones son pasajeras: son eliminadas espontáneamente por el cuerpo de la mujer. Solo un porcentaje pequeño de infecciones por VPH que persisten durante muchos años puede conducir a un cáncer invasor. El cáncer cervicouterino suele ser de evolución lenta: las lesiones precancerosas tempranas tardan unos 10 a 20 años en convertirse en un cáncer invasor, de manera que esta enfermedad es rara antes de los 30 años de edad. El tamizaje de mujeres más jóvenes detectará muchas lesiones que nunca se convertirán en cáncer y dará lugar a tratamientos innecesarios, por lo que no es eficaz en función de los costos.

El tamizaje de cáncer cervicouterino no debe comenzar antes de los 30 años de edad. El tamizaje de las mujeres entre los 30 y los 49 años de edad, aunque se haga una sola vez, permitirá reducir defunciones por cáncer cervicouterino. Se recomienda someter a tamizaje de cáncer cervicouterino a cada mujer de este grupo etario, pero esto se podría hacer extensivo a edades más tempranas si hay datos científicos de alto riesgo de NIC2+.

Las decisiones sobre el grupo etario previsto y la frecuencia del tamizaje se suelen adoptar a nivel nacional considerando la proporción local de mujeres con lesiones precancerosas o con cáncer en comparación con el total de mujeres de la misma edad, el número de casos nuevos de cáncer cervicouterino registrados en los últimos dos o tres años y la disponibilidad de recursos e infraestructura y otros factores, como la prevalencia de infección por VIH.

Para tener repercusiones máximas al reducir los sufrimientos y defunciones por cáncer cervicouterino, se deben priorizar una cobertura máxima¹ y el tratamiento antes que un número máximo de pruebas de tamizaje en la vida de una mujer. Esto es válido para todas las mujeres, independientemente de su estado con respecto a la infección por VIH.

Las mujeres con resultados negativos en la inspección visual con ácido acético (IVAA) o en el estudio citológico deben esperar tres a cinco años antes de someterse a un nuevo tamizaje. Las mujeres con resultados negativos en la prueba de detección de VPH deben esperar como mínimo cinco años antes de someterse a un nuevo tamizaje. Después de un tamizaje ulterior con resultado negativo, así como en las mujeres de mayor edad, el intervalo entre tamizajes puede ser de más de cinco años. Las mujeres que han sido tratadas por lesiones cervicouterinas precancerosas deben recibir seguimiento postratamiento al cabo de 12 meses.

a. Tamizaje a las mujeres con VIH

Recomendaciones aplicables a las mujeres con VIH:

- El tamizaje de lesiones cervicouterinas precancerosas y cáncer se debe practicar en las mujeres y niñas sexualmente activas apenas se conozca un resultado positivo en la prueba de tamizaje de VIH, independientemente de la edad de la mujer o la niña.
- Las mujeres con VIH cuyos resultados de tamizaje sean negativos (es decir, no se encuentran indicios de precáncer) deben volver a someterse a tamizaje al cabo de tres años.
- Las mujeres con VIH que hayan sido tratadas por lesiones cervicouterinas precancerosas deben recibir seguimiento postratamiento al cabo de 12 meses.

Las mujeres con VIH corren mayor riesgo de infecciones persistentes por VPH y mayor riesgo de lesiones precancerosas. Las mujeres con VIH también tienen mayores probabilidades de contraer cáncer cervicouterino antes y morir de ello antes. Dado que contraen lesiones precancerosas a una edad más temprana y la evolución de esas

¹ Por “cobertura” se entiende la proporción de mujeres del grupo etario previsto sometidas a tamizaje a los intervalos recomendados durante un período determinado. El número efectivo de pruebas de tamizaje realizadas no mide la cobertura, ya que puede incluir a mujeres de otras edades, y a mujeres sometidas a tamizaje con una frecuencia mayor que la recomendada.

lesiones hacia un cáncer puede ser más breve, se recomienda que estas mujeres se ajusten a un calendario de tamizaje diferente: tras un resultado negativo deben repetir el tamizaje al cabo de tres años (véanse en el anexo 9 los diagramas de flujo de tamizaje y tratamiento de las mujeres con VIH). Cualquiera de las tres pruebas de tamizaje presentadas en este capítulo (IVAA, prueba de detección de VPH o citología) se pueden aplicar a las mujeres con VIH, a las que también se pueden aplicar como tratamiento la crioterapia o la escisión electroquirúrgica con asa (LEEP).



Tamizaje y tratamiento de mujeres VIH positivas

El tamizaje de VIH no es obligatorio para el tamizaje de cáncer cervicouterino. Sin embargo, en un área con alta endemicidad de infección por VIH, se debe someter a las mujeres a pruebas de detección de VIH para conocer su estado a este respecto y, si resultan seropositivas, se les debe explicar el significado del resultado de las pruebas y proporcionar tratamiento y seguimiento apropiados. En los países con alta prevalencia de VIH, los servicios de control del cáncer cervicouterino beneficiarían al máximo a las pacientes si hubiera una integración en ambos sentidos con los servicios para VIH, como se señala en el capítulo 2; es decir, a las mujeres que reciban servicios de tamizaje de VIH o de cáncer cervicouterino y desconozcan su estado con respecto a la infección por VIH o no hayan tenido recientemente un tamizaje de cáncer cervicouterino, se les podría ofrecer sistemáticamente tamizaje de la otra enfermedad. No es infrecuente que una mujer se entere por primera vez de que es VIH positiva en ocasión de un tamizaje de cáncer cervicouterino.

5.2.6 Consideraciones éticas para programas de tamizaje de cáncer cervicouterino

A la hora de decidir sobre la mejor manera de utilizar recursos escasos para diagnosticar y tratar las lesiones cervicouterinas precancerosas se debe considerar el grado de discapacidad y mortalidad causado por la enfermedad y la eficacia probable de una intervención para reducir los sufrimientos y las muertes, frente a la utilización de esos recursos escasos para prevenir o controlar otras enfermedades.

El cáncer cervicouterino, visto desde esta perspectiva, puede causar una carga alta de discapacidad y mortalidad, mientras que la intervención (tamizaje y tratamiento de precáncer) puede prevenir la mayoría de los casos de esta enfermedad. Por lo tanto, la prevención y el control del cáncer cervicouterino constituyen una elección racional y ética para la utilización de los recursos disponibles.

Mientras que las decisiones acerca de las prioridades programáticas se toman generalmente a nivel nacional, los dispensadores de asistencia sanitaria deben entender las razones de esas decisiones a fin de sentirse motivados para aplicar el programa de manera consciente de los costos y para explicar las prioridades del programa a sus pacientes.

Antes de aplicar un programa de tamizaje, se deben considerar los siguientes elementos que aseguran un enfoque ético y equitativo:

- El tamizaje y tratamiento del precáncer, así como el tratamiento del cáncer cervicouterino, deben ser accesibles a todas las mujeres del grupo etario previsto, incluidas las más pobres, las más vulnerables y las de más difícil acceso.
- El tratamiento debe estar disponible y ser accesible. Las pruebas diagnósticas o de confirmación (si están previstas en el programa) también deben estar disponibles, con un seguimiento apropiado después de la prueba.
- Las pacientes, los dispensadores y las comunidades deben recibir educación sanitaria para que la toma de decisiones sobre la detección y el tratamiento esté fundamentada.
- Los sistemas de registro de pacientes y de atención a pacientes deben preservar la confidencialidad.
- Los dispensadores deben estar suficientemente capacitados y tener directrices claras sobre el tratamiento y el seguimiento de las mujeres con resultados positivos en el tamizaje.
- Debe haber un sistema de derivación de todos los casos con problemas de salud descubiertos durante el proceso de tamizaje, con inclusión de lo siguiente:
 - tratamiento y servicios paliativos para los casos de cáncer cervicouterino, y
 - tratamiento de otros trastornos de salud reproductiva.

a. Elección fundamentada y consentimiento fundamentado

Elección fundamentada: Se suministra a la paciente suficiente información para que pueda elegir una alternativa fundamentada acerca de si aceptar o rechazar la prueba o el procedimiento propuesto por los dispensadores. Esa información, que se repetirá y se confirmará inmediatamente antes de cualquier intervención, debe incluir (en el caso de la prevención del cáncer cervicouterino) el significado y las consecuencias de un resultado positivo, la disponibilidad de tratamiento, así como los riesgos que la paciente puede correr si rechaza el tamizaje y el tratamiento relacionado.

Consentimiento fundamentado: Consiste en el permiso explícito, verbal o escrito, dado por una paciente para recibir un procedimiento o una prueba, después de haber recibido información suficiente para elegir con fundamento una alternativa.

Tanto el consentimiento fundamentado como la decisión fundamentada se basan en los principios éticos de la autonomía del individuo y el respeto hacia el individuo. En muchas culturas, el consentimiento puede llevar aparejado un proceso colectivo de toma de decisiones que incluye a otros, como el esposo o compañero íntimo, la familia o los líderes comunales. La información exacta suministrada mediante la educación sanitaria y la orientación tiene por objeto que las mujeres y sus familias ampliadas conozcan

los datos acerca del cáncer cervicouterino, inclusive quién corre riesgos, cómo puede el tamizaje reducir ese riesgo, y cuáles son los daños potenciales relacionados con el tamizaje y el tratamiento. Después de haber recibido esta información, la paciente elige una alternativa con el asesoramiento y el apoyo de otros de su círculo cercano. El dispensador de asistencia sanitaria debe ser consciente de la posibilidad de que la paciente quizá esté sujeta a coacción y debe tratar de asegurarse de que la decisión de la paciente no sea forzada.

Véase en la hoja práctica 5.1 la obtención del consentimiento fundamentado.



Consentimiento fundamentado

5.2.7 Prevención de infecciones en programas de tamizaje de cáncer cervicouterino

En todas las actividades clínicas se debe prestar una atención muy cuidadosa a la prevención de infecciones. Los dispensadores deben utilizar guantes limpios en ambas manos al realizar exámenes con espéculo, exploraciones bimanuales, extracciones de muestras y procedimientos como la crioterapia. Los procedimientos invasivos como la escisión electroquirúrgica con asa requieren que los dispensadores utilicen guantes estériles.

Se deben seguir cuidadosamente las directrices sobre lavado de las manos, manipulación de instrumentos y desecho del material utilizado, incluidos los guantes, para prevenir la transmisión de agentes patógenos, entre ellos el VIH. Es importante tomar las precauciones estándar de prevención y control de infecciones (PCI) (véase el anexo 3) con todas las pacientes, independientemente de que parezcan enfermas o sanas y de que se conozca o no su estado respecto del VIH u otra infección. De esta forma, los dispensadores protegen de las infecciones a sus pacientes y a sí mismos. Vale la pena que las actividades de prevención de infecciones (como lavarse las manos y cambiarse los guantes usados por otros limpios) se hagan visiblemente ante la mujer sometida a tamizaje, para reducir cualquier ansiedad que ella pudiera tener acerca de la seguridad y la higiene.

5.3 Métodos de tamizaje de lesiones cervicouterinas precancerosas

Hasta hace pocos años, el único método de tamizaje de cáncer cervicouterino era el frotis de Papanicolaou o citología exfoliativa. En los países de ingresos altos, donde el frotis de Papanicolaou se utiliza para el tamizaje poblacional desde hace más de tres decenios, ha habido una gran reducción de la morbilidad y la mortalidad por cáncer cervicouterino. Sin embargo, en los países de ingresos bajos y medianos el tamizaje poblacional mediante la citología suele ser infructuoso porque las inversiones financieras para establecer y mantener la infraestructura sanitaria necesaria, incluidos los recursos de laboratorio y recursos humanos capacitados, no están disponibles o no son suficientes en muchos entornos.

Se han elaborado métodos más nuevos de tamizaje de cáncer cervicouterino, a saber: pruebas de detección molecular del VPH e inspección visual con ácido acético. Estos últimos métodos se describen a continuación, además de los métodos citológicos de

tamizaje. Véanse también en la hoja práctica 5.3 notas importantes sobre los métodos de tamizaje.



Métodos de tamizaje

5.3.1 Las pruebas de VPH

a. Descripción

Los métodos moleculares de detección del VPH se basan en la detección de ADN de los tipos de VPH de alto riesgo en muestras vaginales o cervicouterinas. No se recomienda aplicar estos métodos a mujeres menores de 30 años de edad porque muchas jóvenes están infectadas por esos tipos de VPH, pero la mayoría de esas infecciones remitirán espontáneamente antes de que ellas lleguen a los 30 años de edad. Por lo tanto, en las mujeres más jóvenes esas pruebas detectarían muchas infecciones transitorias por VPH, sometiéndolas a procedimientos y tratamientos innecesarios que pueden causar daño, ansiedad, malestar y gastos.

Sin embargo, a medida que una mujer envejece, si se detecta VPH de alto riesgo, es más probable que su infección por VPH sea persistente. Como la infección persistente por VPH es la causa de casi todos los casos de cáncer cervicouterino, un resultado positivo de las pruebas en una mujer de más de 30 años indica que puede tener actualmente una lesión o puede correr riesgo de lesiones precancerosas y cáncer en el futuro (véase el capítulo 1, secciones 1.3.4 y 1.3.5). Tratar a estas mujeres con resultado positivo en el tamizaje, por consiguiente, puede reducir enormemente el riesgo de cáncer cervicouterino en el futuro.

Las pruebas de VPH se están incorporando en los programas de prevención del cáncer cervicouterino en entornos de recursos altos como una prueba de tamizaje primaria. Actualmente las pruebas requieren transporte a un laboratorio para su procesamiento allí antes de que puedan devolverse los resultados. Pero en varios entornos de escasos recursos se está ensayando una nueva prueba de detección de VPH de bajo costo que se puede procesar en el mismo establecimiento donde se toma la muestra y pronto estará disponible en el mercado.

Cuando se propone utilizar una prueba de tamizaje molecular de VPH en un programa de tamizaje de cáncer cervicouterino, es importante que sea una prueba estandarizada y clínicamente validada. Las pruebas de VPH elaboradas localmente no son apropiadas a menos que se hayan estandarizado rigurosamente y validado clínicamente.

b. ¿Quién se debe someter a la prueba?

Por las razones descritas anteriormente, la prueba de detección de VPH debe reservarse para mujeres mayores de 30 años, o de la edad especificada en las directrices nacionales actualizadas.

c. Cómo efectuar el tamizaje

La prueba de detección de VPH no requiere necesariamente un tacto vaginal ni una visualización del cuello uterino. Un dispensador de asistencia sanitaria puede tomar una muestra de las células insertando profundamente en la vagina un cepillo pequeño u otro dispositivo apropiado y colocando luego la muestra en un envase pequeño con una solución apropiada para su conservación. También puede recogerse en el momento de realizarse un examen con espéculo.

La muestra también se la puede tomar la mujer misma; se le pueden dar el cepillo y el envase especial e instrucciones sobre su utilización. Esta estrategia se puede aplicar a un costo sustancialmente más bajo para el servicio de salud y ofrece mayor comodidad a las mujeres.

Véanse en la hoja práctica 5.4 más instrucciones sobre los métodos de obtención de muestras para la prueba de tamizaje de VPH.

Para la prueba de detección de VPH actualmente disponible, los envases con las muestras se deben transportar al laboratorio para su procesamiento por un técnico capacitado que luego anote los resultados y los entregue. Pero las pruebas nuevas pronto permitirán el procesamiento en el lugar.



d. Puntos fuertes y limitaciones

La prueba de detección de VPH es sumamente sensible para detectar infección por VPH en las mujeres. Sin embargo, mientras que una infección por VPH es un precursor necesario para el cáncer cervicouterino, una prueba de detección de VPH positiva no confirma que la mujer tenga lesiones precancerosas; solo confirma que hay una infección por VPH. La obtención de muestras para la prueba de tamizaje de VPH puede hacerse en cualquier entorno de salud o comunitario mientras haya un laboratorio apropiado a una distancia razonable y transporte fiable para las muestras.

Actualmente, en algunos entornos, la utilidad del tamizaje de VPH puede ser limitada debido a la necesidad de procesar las pruebas moleculares de VPH en un laboratorio con una habitación especialmente limpia para evitar la contaminación, con equipo y reactivos especificados por los fabricantes de la prueba y con técnicos capacitados. La falta de un modo fiable de procesar y devolver los resultados al paciente en un tiempo razonable puede obstaculizar la utilización de la prueba de tamizaje de VPH por razones de costos y calidad.

Las nuevas pruebas de VPH de bajo costo que pronto estarán disponibles en el mercado reducirán esta limitación porque un personal con menos capacitación las puede procesar en el dispensario donde se recogen las muestras utilizando equipo más sencillo.

5.3.2 Métodos visuales de tamizaje

a. Descripción

La inspección visual con ácido acético (IVAA) permite detectar cambios tempranos de las células al explorar el cuello uterino a simple vista con un espéculo después de haber aplicado ácido acético diluido (3 al 5%).² Esto requiere la capacitación y supervisión de los dispensadores de atención primaria, así como continuos controles de calidad y garantía de la calidad.

b. ¿Quién debe someterse a esta prueba?

La IVAA es apropiada para utilizar en las mujeres cuya unión escamoso-cilíndrica (UEC) sea visible, normalmente antes de los 50 años de edad (véase el capítulo 1, sección 1.2). Esto es porque en la menopausia la UEC retrocede gradualmente dentro del conducto endocervical y es posible que, si se depende de una inspección visual, no se detecten posibles lesiones.

c. Cómo efectuar el tamizaje

La IVAA requiere un espéculo, una fuente de luz y un dispensador de asistencia sanitaria capacitado. El dispensador realiza un examen con espéculo, identifica la UEC e inspecciona cuidadosamente el cuello uterino para detectar signos visuales sospechosos de cáncer o de precáncer. Se aplica abundantemente al cuello uterino, con una torunda de algodón grande, una solución de ácido acético del 3 al 5%. Después de extraer la torunda de algodón, el dispensador espera al menos un minuto a que retrocedan las áreas que se habían vuelto blanquecinas debido solamente a inflamación o a cambios fisiológicos de las células (metaplasia). Los cambios acetoblanco del cuello uterino que no se desvanecen después de un minuto tienen mayores probabilidades de asociarse con lesiones cervicouterinas precancerosas o cáncer. Si estos cambios se ven en la zona de transformación y tienen fronteras bien definidas, se consideran un resultado positivo (véase en el capítulo 1, sección 1.2.4, o en el glosario, una descripción de la zona de transformación). Si no se observan cambios acetoblanco persistentes, se presenta un resultado negativo.

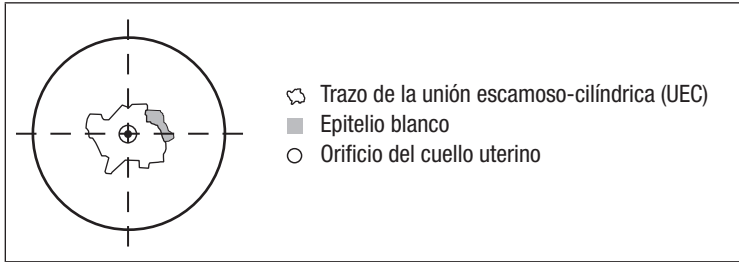
Para más información sobre la IVAA, véase la hoja práctica 5.5.



IVAA

² El ácido acético es un componente de casi todos los vinagres; para detectar correctamente lesiones positivas debe utilizarse vinagre con una acidez del 3 al 5%..

Figura 5.1: Resultados de la IVAA consignados en un esquema rotulado



d. Puntos fuertes y limitaciones

La IVAA permite detectar cambios precancerosos tanto tempranos como más avanzados. El resultado inmediato permite ofrecer tratamiento a la paciente en la misma visita (enfoque de visita única). Como alternativa, si la paciente prefiere no tratarse de inmediato o si el tratamiento no está disponible, se lo puede dispensar poco después en otra visita. En ese momento, en el mismo establecimiento del tamizaje, no se suele proceder al diagnóstico, por ejemplo mediante una colposcopia o una biopsia, pero si el cuello uterino muestra signos inusuales o sospechosos de cáncer, el dispensador puede derivar a la paciente para un diagnóstico ulterior.

La IVAA es de bajo costo, utiliza suministros que se obtienen localmente (vinagre y algodón) y no depende de servicios de laboratorio. La pueden realizar dispensadores capacitados, con suficiente agudeza visual, en cualquier nivel del sistema de salud. La capacitación puede realizarse en pocos días utilizando un enfoque basado en la competencia. La IVAA es una prueba subjetiva y por consiguiente depende de la habilidad y la experiencia del dispensador que la aplica. Las habilidades se deben practicar regularmente, y se recomiendan cursos de actualización. Debido a la naturaleza subjetiva de la IVAA, es particularmente importante que haya control de calidad y garantía de la calidad. Esto se puede lograr mediante supervisión y vigilancia sistemáticas. Para información más específica consulte la guía de la OPS/OMS titulada *Monitoreo de los programas nacionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Control de calidad y garantía de calidad para programas basados en inspección visual con ácido acético (IVAA)* (2013).³

5.3.3 Métodos de tamizaje mediante citología

a. Descripción

El tamizaje mediante citología consiste en la toma de muestras de células de toda la zona de transformación (véase en el capítulo 1, sección 1.2.4, o en el glosario, una descripción de la zona de transformación). Las células se fijan en un portaobjetos en el

³ Disponible en:

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/es/>

establecimiento (frotis de Papanicolaou) o se colocan en un medio líquido para su transporte (citología en base líquida) y luego se envían al laboratorio donde citotecnólogos especializados examinan las células con un microscopio. Si el examen microscópico muestra células anormales, se clasifica su grado de anormalidad utilizando el Sistema de Bethesda (véase el anexo 5).



Sistema de Bethesda

Un programa de tamizaje mediante citología puede utilizar uno de los dos métodos disponibles, a saber: el frotis de Papanicolaou convencional o la citología en base líquida (CBL). En la citología convencional, la muestra de células se extiende sobre la superficie de un portaobjetos de vidrio y se conserva mediante un agente fijador. La CBL se introdujo a mediados de los años noventa; es un perfeccionamiento de la citología convencional y se utiliza cada vez más en entornos de recursos altos y medianos. En este segundo caso, en vez de extender la muestra sobre un portaobjetos, se la coloca en un envase con solución conservante y se la envía al laboratorio para el examen microscópico.

b. ¿Quién se debe someter a estas pruebas?

El tamizaje mediante citología se puede aplicar a mujeres de la población destinataria del tamizaje (véase la sección 5.2.5, a principios del presente capítulo).

c. Cómo efectuar el tamizaje

Recoger una muestra para citología requiere un espéculo y alumbrado adecuado para visualizar toda la superficie del cuello uterino. El dispensador extrae muestras de la cara del cuello uterino y del endocervix utilizando una espátula o un cepillo y transfiere la muestra a un portaobjetos (frotis de Papanicolaou) o a una solución conservante (CBL). La muestra se debe rotular apropiadamente y transportar al laboratorio, donde se necesita a personal capacitado para procesarla e interpretarla (véanse más instrucciones en la hoja práctica 5.6).

d. Puntos fuertes y limitaciones

Los programas de citología bien ejecutados pueden prevenir con éxito el cáncer cervicouterino. Sin embargo, requieren múltiples pasos y tropiezan con desafíos considerables, especialmente en entornos de escasos recursos. La muestra se debe extraer correctamente, fijar o conservar, entregar con seguridad al laboratorio, procesar e interpretar debidamente y los resultados se deben entregar de manera fiable al dispensador. La paciente debe recibir los resultados y el seguimiento o tratamiento necesario. En consecuencia, hay muchas oportunidades para que se presenten problemas logísticos que interfieran en un programa de tamizaje eficaz.

La citología en base líquida tiene algunas ventajas sobre los métodos convencionales. Las muestras obtenidas son más representativas de las áreas muestreadas y la tasa

de muestras insatisfactorias suele ser menor, como también es menor la probabilidad de encontrar células inflamatorias y eritrocitos que oscurezcan las células que se deben examinar en el portaobjetos. Además, lleva menos tiempo interpretar cada muestra y el material recogido también se puede utilizar para determinar la presencia de ADN de VPH y de otras ITS. Sin embargo, es una técnica costosa que requiere una tecnología avanzada, inclusive un laboratorio de mayor complejidad y técnicos altamente capacitados. Los datos científicos no demuestran que la CBL sea más eficaz que la citología convencional para reducir la morbilidad y la mortalidad por cáncer.

El tamizaje mediante citología, como todos los métodos de tamizaje, requieren un buen programa de control de calidad y garantía de la calidad (véase en el capítulo 2 más información sobre la garantía continua de la calidad, especialmente en la sección 2.2.4 sobre seguimiento y evaluación de programas).

5.3.4 Comparación de métodos de tamizaje de precáncer cervicouterino

El cuadro 5.1 presenta un resumen y una comparación de los procedimientos, los puntos fuertes y las limitaciones de los tres métodos de tamizaje de lesiones cervicouterinas precancerosas (molecular, visual y citológicos). Examinamos los dos métodos citológicos: el frotis de Papanicolaou y CBL.

Cuadro 5.1: Comparación de las características de los métodos de tamizaje de lesiones cervicouterinas precancerosas

Método	Procedimiento	Puntos fuertes	Limitaciones
Método molecular: Detección de ADN de VPH	La muestra, que puede ser tomada por el dispensador o por la paciente misma, se coloca en un tubo con solución conservante apropiada y se envía al laboratorio (o se procesa de inmediato en el lugar si se utiliza la prueba nueva).	<ul style="list-style-type: none"> • La extracción de la muestra es tan sencilla que la puede hacer la paciente misma. • El resultado del análisis es definitivo. • Si se aplica la prueba nueva, que se procesa en el lugar y da resultados rápidos, un resultado positivo puede ir seguido de un tratamiento inmediato (visita única). 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere suministros y equipo patentados, que pueden no ser fácilmente accesibles. • El costo unitario suele ser elevado. • El almacenamiento del material necesario para las pruebas puede ser problemático. • En general, los requisitos de laboratorio y transporte de las muestras son complejos. • Aunque la prueba está disponible actualmente, su resultado no estará disponible de inmediato, por lo que la paciente deberá hacer múltiples visitas y ello aumenta el riesgo de que no regrese para el seguimiento.

Método	Procedimiento	Puntos fuertes	Limitaciones
<p>Método de tamizaje visual:</p> <p>Inspección visual con ácido acético (IVAA)</p>	<p>Un dispensador capacitado examina el cuello uterino no menos de 1 minuto después de aplicar ácido acético del 3 al 5% para visualizar cambios en las células del cuello uterino.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Este método es relativamente sencillo y de bajo costo. • Los resultados están disponibles de inmediato. • La IVAA puede ser realizada por una amplia variedad de personal después de una capacitación breve. • Los requisitos de infraestructura son mínimos. • Un resultado positivo puede ir seguido de tratamiento inmediato (visita única). 	<ul style="list-style-type: none"> • Después de la capacitación, los dispensadores de IVAA necesitan una supervisión inicial, un control de calidad y una educación (perfeccionamiento) continuos, y garantía de la calidad. • La evaluación es subjetiva; la exactitud de los resultados es muy variable según los dispensadores. • La IVAA no es apropiada para muchas mujeres posmenopáusicas.

Método	Procedimiento	Puntos fuertes	Limitaciones
<p>Método de tamizaje citológico:</p> <p>a. Citología convencional (frotis de Papanicolaou)</p>	<p>El dispensador toma una muestra de células del cuello uterino utilizando una espátula o un cepillo pequeño, fija la muestra sobre un portaobjetos y la envía a un laboratorio para que la examine un citotecnólogo capacitado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Este método ha demostrado eficacia para reducir el cáncer cervicouterino en el contexto de un sistema en buenas condiciones. • Es ampliamente aceptado en los países de altos recursos. • La capacitación y los mecanismos de control de calidad y garantía de la calidad están bien establecidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • El método es difícil de introducir y mantener. • Se necesitan sistemas para garantizar el retorno oportuno y la comunicación de los resultados de la prueba y el seguimiento de las mujeres con resultado positivo en el tamizaje. • Se requiere el transporte de las muestras al laboratorio y de los resultados al consultorio. • Los programas de citología requieren control de calidad y garantía de la calidad clínica y de laboratorio. • La interpretación es subjetiva. • Los resultados no están disponibles de inmediato, de manera que se requieren múltiples visitas, aumentando el riesgo de pérdida para el seguimiento.

Método	Procedimiento	Puntos fuertes	Limitaciones
b. Citología en base líquida (CBL)	El dispensador toma una muestra de células del cuello uterino con una espátula o un cepillo pequeño, la sumerge en una solución conservante y la envía a un laboratorio para procesamiento y examen por un citotecnólogo capacitado.	<ul style="list-style-type: none"> • Si los citotecnólogos son competentes, el examen de las muestras de CBL lleva menos tiempo. • Las muestras también se pueden utilizar para el análisis molecular (como de ADN de VPH). • La capacitación y los mecanismos de control de calidad y garantía de la calidad están bien establecidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los suministros y medios de laboratorio para la CBL son más costosos que para la citología convencional. • Otras limitaciones son las mismas que las de la citología convencional.

Véase la hoja práctica 5.7 sobre la orientación de las mujeres que reciben resultados positivos en una prueba de tamizaje. Véanse los formularios modelo 11.1 y 11.2 en el anexo 11, sobre resultados de pruebas de tamizaje, seguimiento y repetición del tamizaje.



Orientación: VPH+

5.4 Pruebas diagnósticas para la detección de lesiones cervicouterinas precancerosas

5.4.1 La función de las pruebas diagnósticas

Una prueba diagnóstica o confirmatoria es una prueba médica realizada para ayudar al diagnóstico o a la detección de una enfermedad. Dado que no todas las mujeres con resultados positivos en las pruebas de tamizaje cervicouterino en realidad tienen lesiones precancerosas, a veces se utiliza una prueba diagnóstica posterior para un diagnóstico definitivo o una confirmación de la presencia de lesiones precancerosas o de cáncer. Las pruebas diagnósticas tienen importantes implicaciones de recursos. Pueden crear para las mujeres considerables barreras de acceso a los servicios, posiblemente retrasando el tratamiento, o aumentando el número de mujeres que no regresan para el seguimiento y que por lo mismo nunca recibirán tratamiento de sus lesiones precancerosas. Por otro lado, los medios de diagnóstico pueden producir resultados positivos y negativos falsos, lo que oscurece en lugar de aclarar la atención a las pacientes. No se deben requerir pruebas diagnósticas antes del tratamiento de las lesiones precancerosas en entornos donde no haya recursos disponibles o donde haya tasas elevadas de pérdida de pacientes para el seguimiento.

5.4.2 Medios de diagnóstico, capacitación y establecimientos

La colposcopia, la biopsia y el legrado endocervical (LEC) son las pruebas diagnósticas más utilizadas para las lesiones cervicouterinas precancerosas. Requieren abundancia de recursos y capacitación. Si hay un colposcopio, pinzas para toma de biopsias y una cureta endocervical disponibles, los médicos y dispensadores de nivel medio que hayan tenido capacitación basada en la competencia y supervisión capacitante apropiada podrían realizar estos procedimientos en el nivel de atención primaria. Lo más frecuente es que se apliquen en régimen ambulatorio en el nivel de atención secundaria (hospital de distrito).

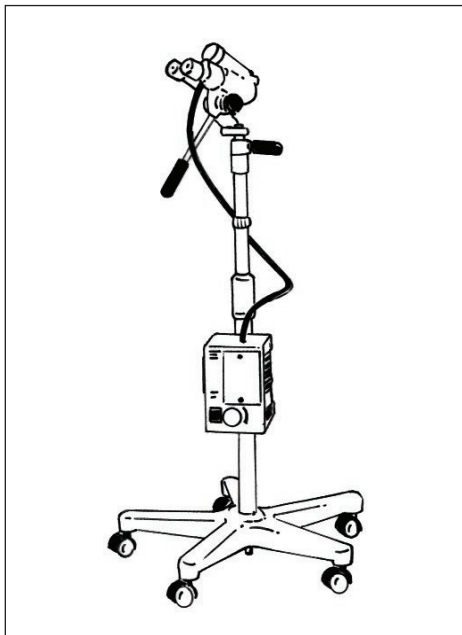
5.4.3 Colposcopia

La colposcopia es el examen del cuello uterino, la vagina y la vulva con un instrumento que emite un haz de luz intensa y tiene lentes de aumento que magnifican el campo, lo que permite examinar las características específicas de la capa epitelial (la superficie) y los vasos sanguíneos circundantes. Esto puede hacerse con un colposcopio, que es un equipo especializado costoso (véase la figura 5.2). Más recientemente, ese examen también se ha realizado utilizando cámaras de video o digitales especialmente diseñadas. Normalmente, la colposcopia se utiliza en pacientes con resultados de tamizaje positivos para comprobar la presencia, grado y tipo de lesiones precancerosas o de cáncer, orientar las biopsias de cualquier área que parezca anormal y ayudar a determinar si el tratamiento más apropiado es la crioterapia o la escisión electroquirúrgica con asa. La colposcopia requiere a dispensadores altamente capacitados y no es una herramienta apropiada para el tamizaje, como tampoco es un paso necesario entre el tamizaje y el tratamiento (véase la hoja práctica 5.8 sobre colposcopia).



Colposcopia

Figura 5.2: Colposcopio



5.4.4 Biopsia

La biopsia es la remoción de muestras pequeñas de tejido anormal para su examen microscópico con fines diagnósticos. Se pueden tomar biopsias de áreas del cuello uterino que son IVAA positivas o de áreas que parecen sospechosas de cáncer. Si una lesión o estructura anormal del cuello uterino no es observable a simple vista, la colposcopia puede ayudar a especificar el sitio o los sitios donde deben tomarse una o más biopsias. Normalmente, se toma una biopsia de cada área anormal, aunque las biopsias aleatorias pueden ser útiles en ciertas circunstancias. Se requieren pinzas especiales para toma de biopsias (véase la figura 5.3), y se necesita capacitación.

La biopsia se utiliza para determinar el grado de anormalidad de los cambios de las células del cuello uterino y para descartar un cáncer. Después del examen, una biopsia se clasifica como normal, como neoplasia intraepitelial cervicouterina (NIC), o como carcinoma invasor. En algunos entornos, las lesiones precancerosas se clasifican según que sean precáncer de bajo grado (NIC1) o de alto grado (NIC2 y NIC3, conjuntamente denominadas NIC2+). La clasificación se basa en el espesor del epitelio anormal: cuanto más profundamente llegan las células anormales de la membrana basal hacia la capa superior de células, mayor es el grado de NIC (véase en la figura 1.12 del capítulo 1, sección 1.3 “Evolución natural del cáncer cervicouterino”, una descripción gráfica de las

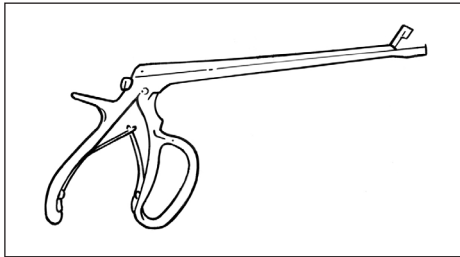
anormalidades de la NIC). El grado de anomalía determina las recomendaciones sobre tratamiento: las de alto grado (NIC2+) son lesiones precancerosas moderadas o graves y se tratan, mientras que la NIC1 es una anomalía leve, característica de una infección por un tipo de VPH de bajo riesgo en lugar de un verdadero precursor de un cáncer cervicouterino, por lo que la NIC1 generalmente no se trata. Si en la biopsia se encuentra un cáncer invasor, la paciente debe ser enviada para tratamiento (véase el capítulo 6).

La utilización de la biopsia como medio de diagnóstico requiere la capacidad de transportar muestras de biopsia y la disponibilidad de un laboratorio y de técnicos capacitados para procesar e interpretar los resultados, así como la capacidad de la paciente de regresar para recibir los resultados y la atención o el tratamiento recomendados. También requiere un programa de continuo control de calidad y garantía de la calidad para mantener un alto nivel de exactitud en el procesamiento y la interpretación de las muestras tisulares. Véase la hoja práctica 5.9, sobre biopsia y legrado endocervical (LEC).



Biopsia y LEC

Figura 5.3: Pinzas para biopsia cervicouterina con sacabocados



5.4.5 Legrado endocervical

El legrado endocervical (LEC) es un procedimiento sencillo que lleva unos pocos minutos; con un instrumento especial delgado o espátula se raspan suavemente algunas células superficiales del conducto endocervical; el tejido se coloca en un envase con una solución fijadora y se lo envía a un laboratorio para su examen. El LEC se utiliza en las siguientes circunstancias: (1) casos raros en los que la prueba de tamizaje sugiere que podría haber lesiones precancerosas o cáncer no visibles por colposcopia, y el dispensador sospecha que la lesión está oculta dentro del conducto endocervical; (2) la unión escamoso-cilíndrica no se puede visualizar del todo y se sospecha que hay una lesión, (3) el frotis de Papanicolaou revela una lesión glandular, que surge generalmente del epitelio cilíndrico dentro del conducto, y (4) el tamizaje o la colposcopia han sido insatisfactorios porque no se observaba en su totalidad la zona de transformación y hay sospecha de cáncer.



Biopsia y LEC

En muchas localidades se puede utilizar una muestra extraída con citocepillo endocervical en lugar de recurrir al LEC (véase la hoja práctica 5.9).

Como ya se ha observado en relación con las biopsias, después de un LEC, el transporte de la muestra, la interpretación y la comunicación de los resultados a la paciente son de vital importancia. El dispensador debe informar a la paciente cuándo estarán listos los resultados y pedirle que regrese entonces sin demora para hablar de los resultados. En esa visita de regreso, según los resultados de la biopsia o del LEC, se deben abordar las opciones de tratamiento y dispensar este de inmediato si fuera posible. Si la mujer no regresa de acuerdo a lo solicitado, se la debe contactar para entregarle los resultados e informarla del tratamiento que necesita, si lo necesitara.

Véase en los capítulos 3, 6 y 7 más información sobre la orientación a una mujer, la comunicación de resultados positivos de una biopsia, y la manera de conseguir que reciba una atención o una derivación apropiada.

5.4.6 Situaciones especiales relacionadas con la colposcopia, la biopsia y el legrado endocervical

a. La zona de transformación no es totalmente visible

En este caso se debe realizar un LEC. Si no fuera posible, y si la prueba de tamizaje hubiera revelado una posible lesión de alto grado, se debe derivar a la mujer para que se le practique una escisión electroquirúrgica con asa o una conización con bisturí frío (CKC). En las mujeres posmenopáusicas es frecuente que no toda la zona de transformación sea visible.

b. La mujer está embarazada

El embarazo no es el momento ideal para realizar una prueba de tamizaje. Sin embargo, si se practica un tamizaje durante el embarazo y se han encontrado resultados anormales, o si en el examen con espéculo se observa una lesión, se debe derivar a la paciente para colposcopia. La toma de biopsias durante el embarazo puede causar una hemorragia considerable. Por consiguiente, si la colposcopia no arroja sospecha de cáncer invasor, se puede citar a la paciente para las 6 a 12 semanas después del parto para una reevaluación colposcópica y posible biopsia. Si hay sospecha de cáncer, se la debe derivar de inmediato a un especialista de un hospital de atención terciaria.

c. La mujer tiene una infección por VIH

La forma de abordar las anomalías, como practicar una colposcopia o una biopsia, no se debe modificar porque una mujer sea VIH positiva. Durante el proceso de recuperación después de cualquier procedimiento, las mujeres con VIH pueden aumentar su eliminación de virus. Al aconsejarlas, es muy importante que el dispensador subraye que la paciente debe hablar de esto con su compañero íntimo y abstenerse del coito hasta haberse recuperado.

5.4.7 Comparación de métodos de diagnóstico de precáncer cervicouterino

El cuadro 5.2 presenta un resumen y una comparación de los procedimientos, los puntos fuertes y las limitaciones de los tres métodos de diagnóstico de lesiones cervicouterinas precancerosas: colposcopia, biopsia y LEC.

Cuadro 5.2: Comparación de las características de los métodos de diagnóstico de lesiones cervicouterinas precancerosas

Método	Procedimiento	Puntos fuertes	Limitaciones
Colposcopia	Se examinan el cuello uterino, la vagina y la vulva con un colposcopio (o un dispositivo similar), que emite una luz excelente y magnifica el campo.	<ul style="list-style-type: none"> • Se pueden examinar las características celulares y los vasos sanguíneos circundantes. • Este procedimiento se puede utilizar para guiar una biopsia de las áreas anormales. 	<ul style="list-style-type: none"> • La colposcopia requiere muchos recursos, como capacitación del dispensador, equipo especializado y servicios de anatomía patológica. • No se debe utilizar como método de tamizaje. • Si el procedimiento no está disponible fácilmente, se pueden crear cuellos de botella en el sistema, por lo que hay pacientes que no regresan para el seguimiento.
Biopsia	Se extrae una muestra pequeña de tejido anormal para someterla a examen microscópico a fin de llegar a un diagnóstico.	<ul style="list-style-type: none"> • La biopsia permite confirmar histológicamente una lesión, inclusive diagnosticar o desechar un cáncer cervicouterino. 	<ul style="list-style-type: none"> • La biopsia requiere muchos recursos: capacitación del dispensador, equipo especializado y servicios de anatomía patológica.
Legrado endocervical (LEC)	Se raspan suavemente las células superficiales del conducto endocervical y se envían a un laboratorio para su evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> • El LEC permite obtener una muestra de células de un área del cuello uterino que no es observable a simple vista ni con colposcopia. 	<ul style="list-style-type: none"> • El LEC requiere muchos recursos: capacitación del dispensador, equipo especializado y servicios de anatomía patológica. • Puede causar cólicos. • Los resultados pueden ser difíciles de interpretar si el tejido está fragmentado.

Véanse en el anexo 11 los formularios modelo 11.3 y 11.4, sobre las evaluaciones diagnósticas.



Modelos de documentos

5.5 Opciones de tratamiento de las lesiones cervicouterinas precancerosas

Las mujeres con lesiones precancerosas deben recibir un tratamiento eficaz, que generalmente puede ser proporcionado en establecimientos de atención primaria (es decir, centros de salud) por dispensadores de atención primaria capacitados, a diferencia del tratamiento de un cáncer invasor presunto o confirmado, que requiere a médicos especialistas en establecimientos de nivel más alto (es decir, hospitales). En un enfoque de tamizaje y tratamiento, tras un resultado positivo en una prueba de tamizaje, se dispensa tratamiento sin confirmación diagnóstica previa.

El tratamiento procura destruir o extraer las áreas del cuello uterino identificadas como precancerosas. Los métodos de tratamiento pueden ser por ablación (se destruyen tejidos anormales mediante cauterización o criocirugía) o por extirpación (se extirpan quirúrgicamente tejidos anormales). Los métodos ablativos no permiten obtener muestras tisulares para un examen histopatológico confirmatorio.

Cada método de tratamiento tiene criterios de admisibilidad que se deben satisfacer antes de proceder al tratamiento. En esta sección abordaremos la utilización de crioterapia, escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) y conización con bisturí frío (CKC). Existen otros tipos de tratamiento, como la escisión o ablación por láser, pero no son de amplia disponibilidad y por lo tanto no se abordarán aquí.

La histerectomía rara vez es apropiada para tratar lesiones precancerosas. A menos que haya otras razones imperiosas para extirpar el útero, no se debe realizar una histerectomía para tratar un precáncer.

La elección del tratamiento dependerá de lo siguiente:

- las ventajas y los inconvenientes de cada método
- la ubicación, el grado y la gravedad de la lesión
- el costo y los recursos requeridos para proporcionar el tratamiento
- la capacitación y la experiencia del dispensador.

Independientemente del método de tratamiento recomendado por el dispensador, la mujer necesita información acerca del procedimiento para poder elegir con fundamento una alternativa. El consentimiento de la paciente antes del procedimiento es necesario, pero se puede dar verbalmente (véase la hoja práctica 5.1).



Consentimiento fundamentado

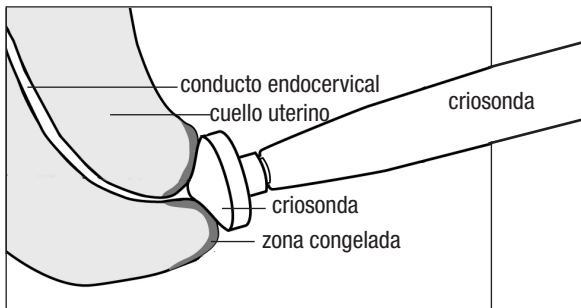
En caso de sospecha de cáncer: Si una paciente tiene una anomalía cervicouterina sospechosa de cáncer, NO se la debe tratar con crioterapia, escisión electroquirúrgica con asa ni CKC. El siguiente paso apropiado para ella es una biopsia cervicouterina para confirmar o descartar un diagnóstico de cáncer (véase el capítulo 6). Si el dispensador

tiene capacitación y equipo apropiado, puede realizar la biopsia. De lo contrario, debe derivar a la paciente para una nueva evaluación

5.5.1 Crioterapia

La crioterapia elimina las áreas precancerosas del cuello uterino mediante congelación (un método ablativo). Consiste en aplicar un disco metálico extremadamente frío (criosonda) sobre el cuello uterino y congelar las áreas anormales (junto con áreas normales) cubiertas (véase la figura 5.4). Se realiza el superenfriamiento de la criosonda utilizando un tanque con dióxido de carbono (CO₂) comprimido o con óxido nitroso (N₂O) comprimido. Pueden practicar la crioterapia, en todos los niveles del sistema de salud, dispensadores de asistencia sanitaria (médicos, enfermeras o parteras) capacitados en tacto vaginal y en crioterapia. Lleva cerca de 15 minutos, generalmente es bien tolerada y se asocia con un malestar leve solamente. Por consiguiente, se puede realizar sin anestesia. Después de la crioterapia, el área congelada se regenera como epitelio normal.

Figura 5.4: Posición de la criosonda en el cuello uterino y formación de hielo



Criterios de admisibilidad: Las mujeres con resultado positivo en el tamizaje (por ejemplo mediante inspección visual con ácido acético) o aquellas a las que se ha confirmado histológicamente una NIC2+ reúnen los requisitos para la crioterapia si toda la lesión y la unión escamoso-cilíndrica son visibles y si la lesión no cubre más de las tres cuartas partes del exocérvis. Si la lesión se extiende más allá del alcance de la criosonda, o dentro del conducto endocervical, la paciente no satisface las condiciones para la crioterapia. La paciente tampoco satisface las condiciones para la crioterapia si la lesión es sospechosa de cáncer invasor.

Después del procedimiento: El tejido cervicouterino tarda un mes en regenerarse. Se notificará a la paciente que durante ese tiempo puede tener una descarga acuosa profusa y debe evitar el coito hasta que hayan terminado todas las pérdidas, o utilizar un condón si no puede evitar el coito.

Para más información sobre la crioterapia, véase la hoja práctica 5.10 y consúltense las directrices de la OMS sobre el uso de la crioterapia para tratar la neoplasia intraepitelial cervicouterina (2011).⁴

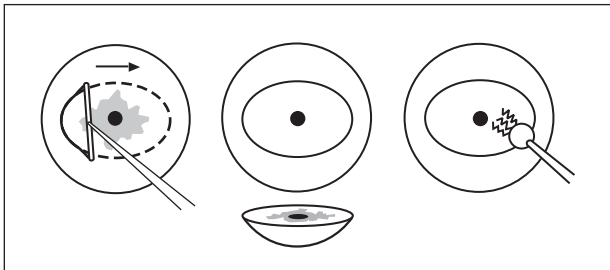


Crioterapia

5.5.2 Escisión electroquirúrgica con asa (LEEP)

La escisión electroquirúrgica con asa es la remoción de las áreas anormales del cuello uterino utilizando un asa hecha de un alambre delgado accionado por una unidad electroquirúrgica. El asa corta y coagula al mismo tiempo, después de lo cual se utiliza un electrodo de bola para completar la coagulación (véase la figura 5.5). Mediante la escisión electroquirúrgica con asa se procura extraer la lesión y toda la zona de transformación. El tejido extirpado se puede enviar al laboratorio de histopatología para su examen, lo que permite evaluar el grado de la lesión. Por lo tanto, esta técnica tiene un doble fin: extraer la lesión (es decir tratar la lesión precancerosa) y producir una muestra para su examen patológico. El procedimiento puede realizarse con anestesia local en forma ambulatoria y lleva generalmente menos de 30 minutos. Sin embargo, después de la escisión electroquirúrgica con asa la paciente debe permanecer en el establecimiento ambulatorio unas pocas horas para verificar que no haya hemorragia.

Figura 5.5: Escisión electroquirúrgica con asa de una lesión exocervical con un solo pase: corte de la lesión con un electrodo de alambre y fulguración con un electrodo de bola



La escisión electroquirúrgica con asa es un procedimiento quirúrgico relativamente sencillo, pero debe realizarlo exclusivamente un dispensador de asistencia sanitaria capacitado, por ejemplo un ginecólogo, con competencia demostrada en el procedimiento y en el reconocimiento y el control de las complicaciones transoperatorias y posoperatorias, como hemorragia. Lo ideal es practicar la escisión electroquirúrgica con asa en un establecimiento que disponga del apoyo necesario para resolver los problemas que puedan surgir; en la mayoría de los casos, esto la limitará a establecimientos de nivel secundario (es decir, hospitales de distrito), como mínimo.

Criterios de admisibilidad: Las mujeres con resultado positivo en el tamizaje (por ejemplo mediante inspección visual con ácido acético) o con NIC2+ confirmada

⁴ Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241502856/en>

histológicamente reúnen los requisitos para una escisión electroquirúrgica con asa si la lesión no es sospechosa de cáncer invasor.

Después del procedimiento: Se debe advertir a la paciente que puede sentir un dolor leve durante unos pocos días y que tendrá flujo vaginal por espacio de hasta un mes. Inicialmente, durante 7 a 10 días, puede tener un exudado sanguinolento que luego se puede ir transformando en una descarga amarillenta. El tejido tarda un mes en regenerarse y durante ese período la paciente debe evitar el coito o, si no lo puede evitar, utilizar un condón.

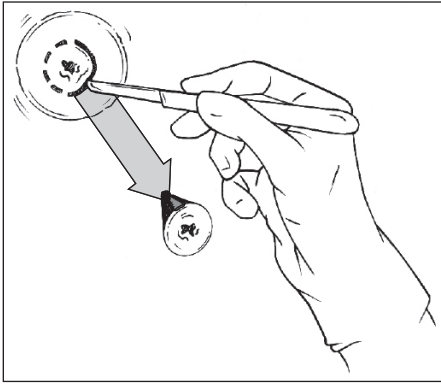
Véanse en la hoja práctica 5.11 mayores detalles sobre la escisión electroquirúrgica con asa.



5.5.3 Conización con bisturí frío (CKC)

La CKC es la remoción de una porción cónica del cuello uterino formada por una parte externa (el exocérvix) y una parte interna (el endocérvix) (véase la figura 5.6). La cantidad de tejido extirpado dependerá del tamaño de la lesión y de la probabilidad de encontrar un cáncer invasor. El tejido extirpado se envía al laboratorio de anatomía patológica para su diagnóstico histopatológico y para cerciorarse de que el tejido anormal haya sido completamente extirpado. Una CKC se hace generalmente en un hospital, con la infraestructura, el equipo y los suministros necesarios y con dispensadores capacitados. La deben practicar exclusivamente profesionales con habilidad quirúrgica, como ginecólogos o cirujanos capacitados para efectuar este procedimiento, y con competencia para reconocer y resolver las complicaciones, por ejemplo una hemorragia. El procedimiento lleva menos de una hora y se realiza con anestesia general o regional (raquídea o epidural). La paciente puede ser dada de alta del hospital el mismo o al día siguiente.

Figura 5.6: Remoción de una porción cónica del cuello uterino



Criterios de admisibilidad: La CKC se debe reservar para los casos que no se pueden resolver con crioterapia ni con escisión electroquirúrgica con asa. Se la debe considerar si hay lesiones cervicouterinas glandulares precancerosas o lesiones cancerosas microinvasoras (véase el capítulo 6).

Después del procedimiento: Después de una CKC, las pacientes pueden tener dolores leves durante unos pocos días y un flujo vaginal sanguinolento que se va transformando en una descarga amarillenta durante 7 a 14 días. El cuello uterino tarda 4 a 6 semanas en cicatrizar (según el grado del procedimiento) y durante este período la paciente debe evitar el coito o, si no lo puede evitar, debe utilizar un condón.

Véase en la hoja práctica 5.12 más información sobre la CKC.

5.5.4 Comparación de los métodos de tratamiento de lesiones cervicouterinas precancerosas



CKC

El cuadro 5.3 presenta un resumen y una comparación de los procedimientos, los puntos fuertes y las limitaciones de los tres métodos de tratamiento de las lesiones cervicouterinas precancerosas, a saber: crioterapia, escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) y conización con bisturí frío CKC.

Cuadro 5.3: Comparación de las características de los métodos de tratamiento de las lesiones cervicouterinas precancerosas

Método	Procedimiento	Puntos fuertes	Limitaciones
Crioterapia	Se aplica al cuello uterino un disco metálico extremadamente frío para congelar la zona y destruir así las lesiones precancerosas; posteriormente habrá una regeneración en forma de epitelio normal.	<ul style="list-style-type: none"> • El equipo es sencillo y de costo relativamente bajo. • Lo pueden aplicar médicos competentes u otro personal capacitado. La capacitación dura unos pocos días. • La crioterapia es un procedimiento ambulatorio y se puede realizar en un entorno de atención primaria. • Es rápido; el método de doble congelación lleva unos 15 minutos. • No requiere anestesia. • No requiere electricidad. • En el contexto del tamizaje y tratamiento, un tamizaje positivo puede ir seguido de tratamiento ofrecido en la misma visita, potenciando al máximo la cobertura con tratamiento y reduciendo las pérdidas para el seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • No habrá muestras tisulares disponibles para el examen histopatológico. • Requiere un suministro fiable de dióxido de carbono o de óxido nítrico. • Causa un exudado acuoso profuso de hasta un mes.
Escisión electroquirúrgica con asa (LEEP)	Las áreas anormales se extraen del cuello uterino utilizando un asa de alambre delgado accionada por una unidad electroquirúrgica.	<ul style="list-style-type: none"> • Se obtendrá una muestra para su examen histopatológico, lo que permite descartar un cáncer invasor. • Puede realizarse en forma ambulatoria a nivel de la atención secundaria. • Es rápido (10-15 minutos) y técnicamente sencillo de realizar para un dispensador capacitado. • En el contexto del tamizaje y tratamiento, un resultado positivo en el tamizaje puede ir seguido de una oferta de tratamiento en la misma visita, potenciando al máximo la cobertura de tratamientos y reduciendo las pérdidas para el seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • La LEEP requiere capacitación intensiva. • Requiere un establecimiento donde haya tratamiento disponible en caso de complicaciones. • La muestra para histología puede tener bordes carbonizados, dificultando la interpretación de los márgenes de la lesión. • El equipo necesario es muy complejo y necesita mantenimiento. • La LEEP requiere electricidad. • Requiere anestesia local.

Método	Procedimiento	Puntos fuertes	Limitaciones
Conización con bisturí frío (CKC)	Se extrae del cuello uterino una porción cónica formada de una parte externa y otra interna.	<ul style="list-style-type: none"> Se extrae una única muestra quirúrgica, con bordes "limpios", lo que facilita la evaluación de los márgenes para la escisión completa del área enferma y permite diagnosticar o descartar un cáncer invasor. 	<ul style="list-style-type: none"> La CKC requiere anestesia raquídea o general. Requiere a un dispensador quirúrgicamente muy capacitado. Requiere un quirófano.

5.6 Complicaciones posibles y seguimiento postratamiento

5.6.1 Complicaciones posibles

Las tres modalidades de tratamiento pueden tener complicaciones similares en los días posteriores al procedimiento. Pueden ser indicaciones de hemorragia del cuello uterino o de la vagina o de una infección que se debe tratar. Véase en el anexo 12 información sobre el tratamiento de las infecciones cervicouterinas y la enfermedad pélvica inflamatoria.



Se debe indicar a las pacientes que, si tienen alguno de los siguientes síntomas después de una crioterapia, una escisión electroquirúrgica con asa o una CKC, soliciten sin demora atención en el establecimiento más cercano:

- hemorragia (mayor que el flujo menstrual)
- dolor abdominal
- exudado maloliente
- fiebre.

5.6.2 Seguimiento postratamiento

Se recomienda una visita de seguimiento, incluido un tamizaje de cáncer cervicouterino, 12 meses después del tratamiento para evaluar a la mujer y detectar una posible reaparición. Si este nuevo tamizaje es negativo, se puede remitir a la mujer al programa de tamizaje sistemático.

Una excepción es que en el momento del tratamiento la paciente tenga un resultado histopatológico que indique NIC3 o adenocarcinoma in situ (AIS) en una muestra extraída por escisión electroquirúrgica con asa o por CKC. En este caso se recomienda repetir el tamizaje cada año durante tres años. Si los resultados son negativos, se remite a la paciente al programa de tamizaje sistemático.

Si la paciente tratada por lesiones precancerosas tiene un tamizaje positivo en su visita de seguimiento (indicativo de persistencia o reaparición de lesiones cervicouterinas

precancerosas), se necesita un nuevo tratamiento. Si el tratamiento inicial fue crioterapia, el nuevo tratamiento debe ser escisión electroquirúrgica con asa o CKC, si es factible.

Si el resultado histopatológico de una muestra obtenida de una biopsia con sacabocados, escisión electroquirúrgica con asa o CKC indica cáncer, es fundamental que se contacte a la paciente y se le recomiende que acuda cuanto antes a un hospital de atención terciaria.

5.7 Vinculación del tamizaje y el tratamiento en la práctica

Para que la prevención del cáncer cervicouterino sea eficaz, el tamizaje positivo debe vincularse con un tratamiento eficaz. La OMS ha considerado datos científicos sobre dos métodos de vinculación del tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas del cuello uterino, a saber:

1. Tamizaje, diagnóstico y tratamiento
2. Tamizaje y tratamiento.

5.7.1 Tamizaje, diagnóstico y tratamiento

Este enfoque consiste en realizar una prueba de tamizaje y dar seguimiento a todo resultado positivo utilizando medios de diagnóstico como la colposcopia o la biopsia para confirmar histológicamente el diagnóstico precanceroso y su gravedad. El tratamiento dependerá luego de los resultados de la confirmación histológica. Por ejemplo, si se ha confirmado histológicamente una NIC2+, la mujer recibe tratamiento (véanse la sección 5.5 y el recuadro 5.1), pero si en la histología se encuentra un cáncer, se la deriva a un hospital de atención terciaria (véase el capítulo 6).

a. Recomendaciones sobre el tratamiento en el enfoque de tamizaje, diagnóstico y tratamiento

El recuadro 5.1 presenta recomendaciones resumidas sobre tratamiento basadas en datos científicos de la OMS en caso de confirmación histológica de NIC2+. Estas recomendaciones se han derivado de las directrices de la OMS para el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervicouterina 2–3 y del adenocarcinoma in situ (*WHO guidelines for treatment of cervical intraepithelial neoplasia 2–3 and glandular adenocarcinoma in situ*) (2014); véanse en esa publicación las recomendaciones completas, con observaciones y consideraciones.⁵ Estas recomendaciones están destinadas a los dispensadores de asistencia sanitaria y a ayudar a los directores de programa a diseñar estrategias de prevención y control del cáncer cervicouterino.

⁵ Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/treatment_CIN_2-3/en/

Recuadro 5.1: Recomendaciones resumidas sobre tratamiento

Para las mujeres con NIC2+ confirmada histológicamente, independientemente de su estado con respecto a la infección por VIH

El grupo de expertos recomienda (recomendación FIRME):

1. Aplicar crioterapia en lugar de no tratar.
2. Aplicar escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) en lugar de no tratar.
3. Aplicar conización con bisturí frío (CKC) en lugar de no tratar.

El grupo de expertos sugiere (recomendación CONDICIONAL):

4. Aplicar crioterapia o escisión electroquirúrgica con asa a las mujeres para quienes la crioterapia y la escisión electroquirúrgica con asa son apropiadas y están disponibles.

El grupo de expertos recomienda (recomendación FIRME):

5. Aplicar crioterapia con preferencia a CKC a las mujeres para quienes la crioterapia y la CKC son apropiadas.
6. Aplicar LEEP con preferencia a CKC a las mujeres para quienes la LEEP y la CKC son apropiadas.

Para las mujeres con adenocarcinoma in situ (AIS) histológicamente confirmado, independientemente de su estado con respecto a la infección por VIH

El grupo de expertos sugiere (recomendación CONDICIONAL):

7. Aplicar CKC con preferencia a LEEP.

5.7.2 Enfoque de tamizaje y tratamiento

El agregado de un paso diagnóstico después del tamizaje, antes del tratamiento de las lesiones precancerosas, puede dar lugar a la pérdida de numerosas pacientes que no regresarán para el seguimiento porque se requieren visitas adicionales y un intervalo de tiempo más largo entre el tamizaje y el tratamiento. A fin de reducir esas pérdidas para el seguimiento se ha desarrollado el enfoque de tamizaje y tratamiento, estrategia que se está adoptando cada vez más en todo el mundo.

El enfoque de tamizaje y tratamiento utiliza una prueba de tamizaje que da resultados inmediatos o rápidos que pueden ir seguidos poco después por el tratamiento de las mujeres que tienen resultados positivos en el tamizaje de lesiones precancerosas. Lo ideal es que el tratamiento se pueda dispensar en el mismo día y lugar (visita única). Si esto no es posible o la paciente no lo acepta, se puede ofrecer un tratamiento poco después del tamizaje en un momento acordado y una ubicación fácilmente accesible para la paciente. El enfoque de tamizaje y tratamiento elimina las visitas y el tiempo adicionales requeridos para el paso de diagnóstico.

Una limitación del enfoque de tamizaje y tratamiento es que la falta de un paso diagnóstico puede dar lugar a falsos resultados positivos y a tratamientos innecesarios. Sin embargo, las preocupaciones por el tratamiento innecesario se deben sopesar con la baja de la morbilidad, posibilitada por el tratamiento con crioterapia, y con el beneficio general de

conseguir mayores tasas de tratamiento. Otra inquietud por el enfoque de tamizaje y tratamiento es que si la crioterapia se practica inmediatamente después de resultados positivos en una IVAA o en una prueba de detección de VPH, no se dispondrá de ninguna muestra tisular para un eventual examen histológico.

Para reducir los tratamientos innecesarios sin perder los beneficios del enfoque de tamizaje y tratamiento, otra estrategia es que un resultado positivo en una primera prueba de tamizaje vaya seguido de una segunda prueba y solo se trate a la paciente si ambas pruebas son positivas. Por ejemplo, si la detección de VPH se utiliza como única prueba de tamizaje en un enfoque de tamizaje y tratamiento, se tratará a las mujeres que tengan resultados VPH positivos. Algunas de las mujeres con esos resultados tenían precáncer y fueron tratadas apropiadamente, pero otras no lo tenían y fueron tratadas innecesariamente. En una estrategia que utiliza otra prueba, como la IVAA, una mujer VPH positiva recibiría IVAA y solo sería tratada si la IVAA también resultara positiva. Si la IVAA fuera negativa, no sería tratada, pero se le administraría otra prueba de detección de VPH al cabo de 12 meses. Sin embargo, el agregado de otra prueba no siempre resulta mejor, ya que en la segunda prueba puede haber falsos negativos. Si la primera prueba diera un positivo verdadero y la segunda un negativo falso, la mujer no sería tratada aunque tuviera lesiones precancerosas. En consecuencia, la utilización de otra prueba se debe considerar cuidadosamente. En el caso de una primera prueba positiva y una segunda prueba negativa, se puede recomendar otro tamizaje al cabo de 12 meses.

a. Recomendaciones sobre tratamiento en el enfoque de tamizaje y tratamiento

Las siguientes recomendaciones sobre tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas del cuello uterino se han derivado de las Directrices de la OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino (2013).⁶ Estas recomendaciones tienen por objeto ayudar a los dispensadores de asistencia sanitaria a entender, explicar y tratar las lesiones precancerosas y ayudar a los directores de programa a diseñar programas de prevención y control del cáncer cervicouterino. Los anexos 7 a 9 presentan algoritmos en forma de diagramas de flujo fáciles de seguir sobre tamizaje y tratamiento; las recomendaciones detalladas se encuentran en las directrices completas publicadas, disponibles en línea. El recuadro 5.2 presenta recomendaciones resumidas de la OMS sobre tamizaje y tratamiento basadas en datos científicos, que se deben utilizar a la hora de tomar decisiones sobre el manejo de casos. Véanse en la mencionada publicación las recomendaciones completas con observaciones y consideraciones.

Los directores de programa también deben consultar el capítulo 2, que contiene información sobre muchos otros factores por considerar cuando se establezca un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino.



Diagrama de flujo para toma de decisiones



Estrategias de tamizaje y tratamiento para mujeres VIH negativas



Estrategias de tamizaje y tratamiento para mujeres VIH positivas

⁶ Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/es/

Recuadro 5.2: Recomendaciones resumidas sobre estrategias de tamizaje y tratamiento

Estas recomendaciones se aplican a todas las mujeres, independientemente de su estado con respecto a la infección por VIH, pero también se han formulado recomendaciones específicas para las mujeres con VIH (véase el anexo 9).

El grupo de expertos recomienda⁷ no utilizar conización con bisturí frío (CKC) como tratamiento en una estrategia de tamizaje y tratamiento. Por consiguiente, todas las estrategias de tamizaje y tratamiento abajo enumeradas prevén tratamiento con crioterapia o, si la paciente no satisface los requisitos para crioterapia, con escisión electroquirúrgica con asa (LEEP).

El grupo de expertos sugiere lo siguiente:

- Utilizar una estrategia de tamizaje con una prueba de detección de VPH y tratamiento, con preferencia a una estrategia de tamizaje con IVAA y tratamiento. En entornos con recursos limitados donde no sea factible el tamizaje con una prueba de detección de VPH, el grupo de expertos sugiere una estrategia de tamizaje con IVAA y tratamiento.
- Utilizar una estrategia de tamizaje con una prueba de detección de VPH y tratamiento, con preferencia a una estrategia de tamizaje con citología seguida de colposcopia (con o sin biopsia) y tratamiento. Sin embargo, en los países donde ya exista una estrategia de tamizaje apropiada de alta calidad con citología seguida de colposcopia, se podría utilizar una prueba de detección de VPH o citología seguida de colposcopia.
- Utilizar una estrategia de tamizaje con IVAA y tratamiento, con preferencia a una estrategia de tamizaje con citología seguida de colposcopia (con o sin biopsia) y tratamiento. La recomendación sobre la IVAA con preferencia a la citología seguida de colposcopia se puede aplicar en países que estén actualmente considerando uno de esos programas o en países que actualmente tengan ambos programas disponibles.
- Utilizar una estrategia de tamizaje con una prueba de detección de VPH y tratamiento, con preferencia a una estrategia de tamizaje con una prueba de detección de VPH seguida de colposcopia (con o sin biopsia) y tratamiento.
- Utilizar una estrategia de tamizaje con una prueba de detección de VPH seguida de IVAA y tratamiento, o una estrategia de tamizaje con una prueba de detección de VPH y tratamiento.

Continúa en la página siguiente

⁷ En el grupo de expertos participan todos los miembros del Grupo Consultivo de la OMS, del Grupo de Formulación de Directrices (GFD) y del Grupo de Revisión Externa (GRE). Véanse las directrices completas en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/es/

- Utilizar una estrategia de tamizaje con una prueba de detección de VPH seguida de IVAA y tratamiento, con preferencia a una estrategia de tamizaje con IVAA y tratamiento.
- Utilizar una estrategia de tamizaje con una prueba de detección de VPH seguida de IVAA y tratamiento, con preferencia a una estrategia de tamizaje con citología seguida de colposcopia (con o sin biopsia) y tratamiento.
- Utilizar una estrategia de tamizaje con una prueba de detección de VPH seguida de IVAA y tratamiento, con preferencia a una estrategia de tamizaje con una prueba de detección de VPH seguida de colposcopia (con o sin biopsia) y tratamiento.

6

CAPÍTULO 6. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO INVASOR

Capítulo 6. Diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino invasor

Puntos clave

- Las mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino invasor temprano generalmente pueden curarse si reciben tratamiento eficaz.
- Es importante que los dispensadores de asistencia sanitaria de todos los niveles puedan reconocer y controlar con prontitud los síntomas y signos comunes del cáncer cervicouterino.
- El diagnóstico definitivo de cáncer cervicouterino invasor se realiza mediante el examen histopatológico de una biopsia.
- Las mujeres con cáncer cervicouterino invasor se benefician si se las deriva a establecimientos de nivel terciario para el tratamiento del cáncer.
- Las opciones de tratamiento son cirugía, radioterapia y quimioterapia, que se pueden utilizar en combinación.
- Se debe advertir a las pacientes de los posibles efectos colaterales del tratamiento, como infertilidad, menopausia, malestar o dolor en el coito y cambios intestinales y vesicales.
- Se debe informar a las pacientes que necesitarán seguimiento a largo plazo y contacto con la unidad de cáncer donde recibieron tratamiento.
- Los dispensadores de nivel terciario deben enviar registros escritos completos del tratamiento y el plan de atención en curso a los dispensadores más cercanos al hogar de la paciente que se encargarán de facilitarle cuidados de seguimiento.
- Si no se trata, el cáncer cervicouterino invasor casi siempre es mortal.

Acerca de este capítulo

Este capítulo se basa en las siguientes directrices de la OMS:

Surgical care at the district hospital. Geneva: WHO; 2003 (<http://www.who.int/surgery/publications/en/SCDH.pdf>).

Nota de orientación de la OPS/OMS: Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. Washington, D.C.: OPS; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85344/1/9789275317471_spa.pdf).

Implementation tools: package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: WHO; 2014 (<http://www.who.int/nmh/ncd-tools/en/>).

El dispensador de atención de salud de nivel primario o secundario puede haber diagnosticado a la paciente un cáncer invasor y haberla derivado a un establecimiento de nivel terciario. Este dispensador es responsable de establecer un vínculo entre

el nivel de atención terciaria (donde se procede a la estadificación y al tratamiento del cáncer invasor) y la propia paciente, su familia y su comunidad. Este capítulo no está dirigido principalmente a los dispensadores de nivel terciario, sino a los de nivel primario y secundario para ayudarlos a comprender cómo se controla el cáncer cervicouterino, a explicar esto a la paciente y su familia y a comunicarse con los cuidadores de nivel terciario y de la comunidad. Además, los dispensadores serán responsables de identificar y controlar los efectos colaterales y las complicaciones del tratamiento, y de enviar a la paciente al establecimiento tratante cuando sea necesario.

La finalidad principal de este capítulo es ayudar a los dispensadores de nivel primario y secundario a que entiendan cómo se diagnostica un cáncer cervicouterino, cómo se puede controlar y cómo se puede explicar el proceso a la paciente y su familia, así como cuál es la mejor manera de comunicarse con los dispensadores de asistencia sanitaria de nivel terciario y comunitario. Esto se aborda en la sección 6.2, acompañado de algunas sugerencias para los dispensadores de nivel terciario sobre cómo conversar con una paciente, en un lenguaje no técnico, sobre su atención y las implicaciones de un diagnóstico de cáncer cervicouterino.

Este capítulo pasa a explicar la estadificación del cáncer cervicouterino (sección 6.3) y presenta una panorámica de las cuestiones relacionadas con el tratamiento del cáncer cervicouterino (sección 6.4). La sección 6.5 describe brevemente cada tipo de tratamiento posiblemente disponible en los establecimientos de nivel terciario, para ayudar a los dispensadores a explicar estos tratamientos a las pacientes. La sección 6.6 expone consideraciones especiales sobre el control del cáncer cervicouterino durante el embarazo y en las mujeres con infección por VIH. Por último, si se llega a un punto en que se determina que el tratamiento es ineficaz y la paciente es incurable, la sección 6.7 de este capítulo sugiere a los dispensadores de nivel terciario la manera de explicar a la paciente y sus acompañantes que para ella sería preferible que durante el tiempo que le queda reciba en casa los cuidados de la familia y la comunidad, con el apoyo de dispensadores de todos los niveles, según sea necesario.

Las hojas prácticas correspondientes a este capítulo muestran un lenguaje no técnico que los dispensadores de todos los niveles pueden utilizar para comunicarse con una paciente (y con quienes ella elija como acompañantes) acerca de su enfermedad y su tratamiento. Los temas específicos examinados son los siguientes: síntomas y diagnóstico, tratamientos posibles en el hospital de atención terciaria y sus efectos colaterales, pronóstico, seguimiento médico necesario y lo que la paciente puede hacer por sí misma en todas las etapas con ayuda de su familia, de la comunidad y de sus dispensadores de atención primaria. Se incluyen hojas prácticas sobre cada uno de los principales métodos de tratamiento: histerectomía, teleterapia pelviana y braquiterapia.

El capítulo 7 y las hojas prácticas correspondientes suministran información detallada sobre los cuidados paliativos y se deben consultar según sea necesario conjuntamente con la información presentada en este capítulo.

La historia de Betty

Betty, de 42 años de edad, tiene cinco hijos. Fue a su dispensador de atención primaria porque, tras algunos meses de flujo vaginal, comenzó a tener hemorragias vaginales profusas después del coito. La enfermera, que ya había visto a Betty por otros problemas de salud, le suministró algunas pastillas y le dijo que regresara si no surtían efecto. No mejoraban las hemorragias ni el flujo, y Betty regresó al consultorio con su pareja. La enfermera solo podría hacer un examen vaginal sin espéculo; cuando introdujo un dedo en la vagina de Betty, sintió una masa dura e irregular en la parte superior. La enfermera informó entonces a Betty y su pareja que debían ir al hospital de atención secundaria para una evaluación ginecológica y que le pediría una cita cuanto antes.

En el hospital, Betty fue examinada por una médica residente que observó una masa grande (fungosa) similar a una coliflor en la parte superior de la vagina; de inmediato sospechó la presencia de un cáncer, tomó una biopsia confirmatoria y le pidió otras pruebas. La biopsia confirmó la sospecha de cáncer de la médica residente y los análisis de sangre indicaron que Betty estaba muy anémica. Betty recibió una transfusión sanguínea y se la derivó urgentemente a los especialistas del hospital de atención terciaria.

Después de haber examinado a Betty y haber efectuado pruebas adicionales, los médicos le explicaron a ella y a su pareja que tenía un cáncer y este se había diseminado al tejido que rodeaba el cuello uterino, pero no había ningún compromiso de otros órganos ni metástasis distantes. Les dijeron que creían que ella tenía buenas probabilidades de cura tras cinco semanas de tratamientos ambulatorios diarios con radioterapia. Explicaron cómo actúa la radioterapia y describieron los tratamientos externos e internos con radioterapia que le podrían proporcionar. Le advirtieron que, como resultado de la radioterapia, muy probablemente iniciaría su menopausia, es decir que no tendría más menstruación, no podría quedar embarazada (infertilidad) y podría experimentar sofocos de calor. Además, ella y su pareja podrían sentir incomodidades durante el coito. Los médicos les explicaron que ayudarían a aliviar los síntomas de Betty, respondieron a las preguntas de Betty y su pareja y se cercioraron de que ella entendía lo que le habían explicado. Los médicos le dijeron que podría comenzar los tratamientos muy pronto, si estaba preparada, pero antes de comenzar tenía que firmar un formulario de consentimiento fundamentado proporcionado por el hospital. Le aseguraron que la firma de este formulario no le impediría cambiar de opinión por cualquier motivo en cualquier momento antes de los tratamientos o durante los mismos. Ella decidió comenzar el tratamiento; su pareja apoyó esa decisión y le prometió ayudarla a atravesar esa experiencia.

continued next page

Betty alquiló una habitación cerca del hospital; su pareja regresó al hogar a atender a los hijos y la visitaba brevemente con frecuencia. Betty pudo tolerar los tratamientos y al cabo de cinco semanas pudo volver al hogar. Su pareja y los hijos mayores la ayudaron con las responsabilidades domésticas hasta que se recuperó.

Los especialistas enviaron un informe detallado al médico del hospital regional encargado del seguimiento de Betty cada tres meses o más a menudo si fuera necesario. Su médico se comunicó con el especialista tratante para hablar de los problemas que se presentarían durante el seguimiento y sobre la manera de abordarlos. Los efectos colaterales de Betty fueron los previstos, y ella recibió asesoramiento sobre cómo controlarlos. El cáncer de Betty no mostró signos de recidiva durante el seguimiento de dos años.

Al cabo de dos años, Betty regresó al hospital de atención terciaria donde había sido tratada y vio al especialista para un examen y una conversación minuciosa. Aquí se confirmó que no había recidiva y le dijeron a Betty que solo necesitaba exámenes anuales mientras no tuviera nuevos síntomas. Le dieron un folleto con toda esta información y una nota detallada para su médico de atención primaria.

6.1 Presentación y diagnóstico de un cáncer cervicouterino

Ocasionalmente se observará en un tamizaje precanceroso a una paciente con una anomalía visible en el cuello uterino. Si hay un dispensador capacitado y el equipo y los suministros necesarios disponibles en el consultorio, se puede tomar una biopsia y enviarla al laboratorio para el diagnóstico. Si esto no es factible, la paciente será enviada a un establecimiento de nivel secundario para la biopsia y el diagnóstico (véase la hoja práctica 5.9 sobre la biopsia y el legrado endocervical).



Biopsia y LEC

Más a menudo, la mujer con síntomas anormales sospechosos de cáncer cervicouterino se presentará a su dispensador de atención primaria. Si este está capacitado y tiene el equipo y los suministros necesarios, puede tomar una biopsia, pero en la mayoría de los casos enviará a la paciente al hospital de atención secundaria para que la examine un ginecólogo; este tomará la biopsia y la enviará al laboratorio para el examen histopatológico. Si los resultados son positivos, la paciente será enviada a un hospital de atención terciaria para que vea a un especialista y se someta a pruebas ulteriores y tratamiento.¹

¹ Véase también la publicación del 2014 de la OMS titulada *Implementation tools: package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings*, disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/implementation_tools_WHO_PEN/en/.

Lamentablemente, muchas mujeres, especialmente las que no están sexualmente activas, pueden permanecer asintomáticas hasta que la enfermedad haya llegado a una fase avanzada.

En el cuadro 6.1 se presenta la lista de síntomas de cáncer cervicouterino invasor por grado de gravedad (temprano y avanzado). Véase también la sección 6.3, incluidos el cuadro 6.2 y la figura 6.1, para más información sobre el sistema de estadificación de la FIGO.

Cuadro 6.1: Síntomas de cáncer cervicouterino invasor

Temprano	<ul style="list-style-type: none"> • flujo vaginal, a veces maloliente • hemorragias irregulares (de cualquier tipo) en mujeres en edad fecunda • oligometrorragia o hemorragia poscoital en mujeres de cualquier edad, inclusive jóvenes • oligometrorragia o hemorragia posmenopáusica • en caso de hemorragia perimenopáusica anormal, siempre se debe considerar la posibilidad de un cáncer cervicouterino, en particular si la hemorragia no responde al tratamiento apropiado
Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> • micción urgente o frecuente • dolor de espalda • dolor en la zona inferior del abdomen • dolor de espalda intenso • pérdida de peso • disminución del caudal urinario (por obstrucción uretral o insuficiencia renal) • pérdidas de orina o heces por la vagina (debido a fistulas) • tumefacción de los miembros inferiores • disnea (debida a anemia o, rara vez, a metástasis pulmonares o derrame pleural)

Para más información sobre el tratamiento de una paciente con síntomas que pueden deberse a un cáncer cervicouterino, véase la hoja práctica 6.1.



Síntomas: posiblemente debidos a un cáncer

6.2 Funciones de los dispensadores de asistencia sanitaria

6.2.1 Funciones de los dispensadores de nivel primario y secundario

Si una paciente presenta alguno de los síntomas anormales enumerado en el cuadro 6.1, ella puede plantear primero su situación a un agente sanitario de la comunidad o a un curandero. Quizá se le suministre un remedio y, si los síntomas persisten, probablemente se le recomiende consultar a su dispensador de atención primaria, a menudo una enfermera.

a. Si una mujer se presenta en un establecimiento de nivel primario o secundario con síntomas anormales

Si un dispensador de un establecimiento de nivel primario está capacitado y tiene todo el equipo y los suministros esenciales, puede realizar un tacto vaginal y tomar una biopsia de toda anormalidad encontrada en el cuello uterino. Si el resultado de la biopsia es cáncer cervicouterino invasor, el dispensador de atención primaria

probablemente enviará a la paciente directamente al hospital de atención terciaria para pruebas adicionales y tratamiento. Sin embargo, muchos centros de atención primaria no tienen el equipo necesario o carecen de un dispensador capacitado para realizar un tacto vaginal. Por lo tanto, es más frecuente que se indique a la mujer que presente síntomas que visite sin dilación a un ginecólogo en el establecimiento de nivel secundario más cercano. En casos raros, una paciente puede presentarse en un centro de atención primaria con hemorragia vaginal grave; probablemente se enviará a esta paciente directamente a un establecimiento de nivel terciario para evaluación y tratamiento.

Se recomienda que el dispensador del hospital de nivel secundario que trata a pacientes con síntomas anormales establezca o refuerce una relación de confianza y empatía con la paciente. El dispensador elaborará una historia clínica completa, realizará un examen exhaustivo para determinar si hay lesiones cervicouterinas y registrará la presencia de cualquier induración, tumefacción u otras anomalías en el cuello uterino y los tejidos y órganos circundantes (véase la hoja práctica 5.2).



Examen ginecológico

Si fuera apropiado para la paciente, en el establecimiento de atención secundaria también se harán las pruebas de detección de embarazo y de VIH antes de tomar una biopsia de una lesión cervicouterina. Si ambas pruebas son negativas y hay un dispensador experimentado y el equipo necesario disponibles, se tomará una biopsia y se la enviará al laboratorio para el examen histopatológico. Si, por otro lado, la mujer está embarazada o está infectada por VIH, es aconsejable enviarla al hospital de nivel terciario para la biopsia y, según los resultados, planificar su tratamiento.

La histopatología de la muestra de biopsia confirmará o descartará el diagnóstico de cáncer cervicouterino, paso esencial antes de proceder a exámenes más extensos. Si la biopsia es positiva para cáncer, la paciente se derivará nuevamente, esta vez del establecimiento de nivel secundario al de nivel terciario para pruebas e investigaciones adicionales y determinación del tratamiento disponible más apropiado (véase la sección 6.2.2 sobre las funciones de los dispensadores de nivel terciario).

Los dispensadores deben tener presente que los resultados de la biopsia también permiten identificar otros pocos diagnósticos posibles de las mujeres con síntomas similares (este proceso se llama diagnóstico diferencial). Otras posibilidades son enfermedades infecciosas, como herpes, que pueden modificar la apariencia del cuello uterino y se pueden confundir con cánceres cervicouterinos tempranos, o cáncer metastásico de otros sitios, inclusive del revestimiento del útero (cáncer uterino o endometrial).

b. Si a una mujer se le diagnostica cáncer cervicouterino en el establecimiento de nivel primario o secundario

Cuando se notifica un diagnóstico definitivo de cáncer cervicouterino, el dispensador que realizó la biopsia debe explicar delicadamente el diagnóstico a la mujer y darle

tiempo para que reflexione y comprenda la gravedad de su enfermedad y formule preguntas. Si ella no está ya en un hospital de atención terciaria, se la derivará al hospital de especialistas más cercano donde haya especialistas en cáncer y equipo complejo disponibles para dispensarle tratamiento. Véase en las hojas prácticas 6.2 y 6.3 asesoramiento adicional sobre la comunicación con las pacientes en esta etapa.



Orientación:
diagnóstico
de cáncer



Qué sucederá
en el hospital

c. Cuando la mujer recibe el alta hospitalaria después del tratamiento

Otra función de los dispensadores de atención primaria y secundaria es prestar atención y apoyo a las mujeres que han sido dadas de alta del hospital porque el tratamiento ha sido eficaz y pueden empezar su recuperación, o porque el tratamiento no ha sido eficaz y regresan al hogar para recibir cuidados paliativos. Los dispensadores de atención primaria y secundaria, en lo posible, se mantendrán en comunicación con los especialistas de nivel terciario y realizarán los exámenes de seguimiento periódico prescritos, identificarán y controlarán los efectos colaterales y complicaciones secundarias a la enfermedad o al tratamiento y, de ser necesario y posible, enviarán a la paciente al establecimiento tratante.

Si la paciente está recibiendo cuidados paliativos, los dispensadores de atención primaria y secundaria son su principal apoyo médico, en consulta con los especialistas del establecimiento de atención terciaria y, si se desea, con dispensadores de medicina tradicional. Este apoyo médico puede consistir en mantener a la paciente libre de dolor y tratar muchos de los problemas comunes desarrollados por pacientes que han sido tratadas por cáncer.

d. Otras funciones importantes

Los dispensadores de nivel primario y secundario también desempeñan otras funciones importantes de colaboración como miembros del equipo de atención al cáncer cervicouterino. Pueden ser las siguientes:

- educar y capacitar a las comunidades;
- capacitar a los agentes sanitarios de la comunidad, inclusive para dispensar medicamentos que alivien el dolor (si está permitido por la reglamentación nacional);
- capacitar al personal recientemente incorporado al equipo de atención;
- enseñar a los familiares y amigos cercanos de la paciente cómo prestar una atención especial para prevenir síntomas graves y tratarlos si se presentan;
- establecer vínculos entre la paciente y su familia y organismos religiosos o asistenciales de otra índole que puedan prestar amplio apoyo no médico, incluidas donaciones de fondos, alimentos y suministros no médicos;
- ayudar a la paciente y su familia en lo posible durante las etapas terminales de la enfermedad;
- hacer visitas a domicilio durante las fases graves o terminales de la enfermedad, si fuera factible.

Para mayores detalles sobre los cuidados paliativos, véanse el capítulo 7 y las hojas prácticas correspondientes.

6

6.2.2 Entender las funciones del dispensador de nivel terciario

En el hospital de nivel terciario se dispensa atención al cáncer, hay especialistas en gestión de casos de esta enfermedad y se dispone de pruebas de avanzada y opciones de tratamiento. Esta sección tiene por objeto principal ayudar a los dispensadores de nivel primario y secundario a entender y explicar lo que puede esperar una paciente cuando se la deriva a un establecimiento de nivel terciario.

Las funciones del dispensador de nivel terciario comprenden lo siguiente:

- Realizar una exploración física completa y una serie de pruebas para determinar la fase en que está el cáncer de la mujer; esto indicará la mejor manera de gestionar la atención, el tratamiento y el seguimiento de la paciente (véase en la sección 6.3 más información sobre la estadificación del cáncer y observaciones sobre la manera en que los dispensadores de atención pueden hablar de esto con la paciente).
- Determinar el mejor tratamiento posible para la paciente en el establecimiento, teniendo en cuenta la disponibilidad de especialistas y equipo.
- Monitorear a la paciente durante y después de los tratamientos para determinar el efecto del tratamiento sobre el cáncer y controlar cualquier efecto colateral.
- Si la comunicación entre los dispensadores locales y los de atención terciaria es posible, el especialista puede ayudar a los dispensadores locales presentes en la comunidad de la paciente a ofrecerle cuidados de seguimiento después del alta del hospital. De ser necesario, el especialista asesorará sobre las pruebas adicionales que ordene y sobre la atención a los efectos colaterales y otros problemas que surjan.
- Proporcionar apoyo continuo al seguimiento a las pacientes dadas de alta para recibir cuidados paliativos en el hogar; este apoyo se puede dar por teléfono, correo electrónico u otros canales disponibles con los dispensadores de nivel primario o secundario. En algunos casos, debido a síntomas graves obstinados (como dolor o hemorragias graves), se puede enviar nuevamente a la paciente al hospital para que reciba tratamiento paliativo adicional (véase el capítulo 7).

6.3 Estadificación del cáncer cervicouterino

Se procede a la estadificación aplicando uno de los sistemas internacionales existentes para determinar el grado de invasión del cáncer cervicouterino

y la presencia o ausencia de metástasis distantes. La fase del cáncer de la paciente es utilizada por los especialistas para seleccionar y planificar el tratamiento disponible más apropiado para ella (véase el anexo 10 sobre tratamiento del cáncer cervicouterino por fases).



Tratamiento por fases de la FIGO

En algunos establecimientos de nivel terciario los únicos medios disponibles para la estadificación pueden ser el examen con espéculo, la exploración vaginal y el tacto rectal, y posiblemente también medios para examinar el sistema urinario (cistoscopia) y el intestinal (proctoscopia). Basado en este número limitado de pruebas, un especialista experimentado conocerá la ubicación del tumor, si está creciendo hacia el exterior o hacia adentro de los tejidos del cuello uterino, su tamaño, su extensión a los tejidos próximos al cuello uterino, al útero y a los ligamentos que mantienen el útero implantado, así como a las paredes pelvianas. También se puede determinar si hay compromiso de la vejiga urinaria y del recto.

En la mayoría de los establecimientos de nivel terciario también se dispone de pruebas más avanzadas que se utilizarán para obtener una descripción más detallada de la enfermedad y ayudar a determinar los mejores tratamientos disponibles para la paciente (véase el cuadro 6.2). La evaluación puede hacerse con anestesia general si las investigaciones para el diagnóstico exhaustivo y la estadificación son demasiado incómodas o dolorosas.

Cuadro 6.2: Investigaciones para la estadificación y el tratamiento del cáncer cervicouterino

Obligatorio para la estadificación	Complementario para la estadificación
<ul style="list-style-type: none"> Examen con espéculo, exploración vaginal y tacto rectal Pielografía intravenosa (PIV) o ecografía abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> Cistoscopia Proctoscopia Biopsia de cono Legrado o frotis endocervical Radiografía de tórax Radiografía o gammagrafía ósea (en caso de dolor óseo)

Fuente: Esta información procede de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

Además de las pruebas sugeridas por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en el cuadro 6.2, el especialista del hospital puede realizar pruebas adicionales para investigar más a fondo la extensión del cáncer. Estas pueden incluir las siguientes:

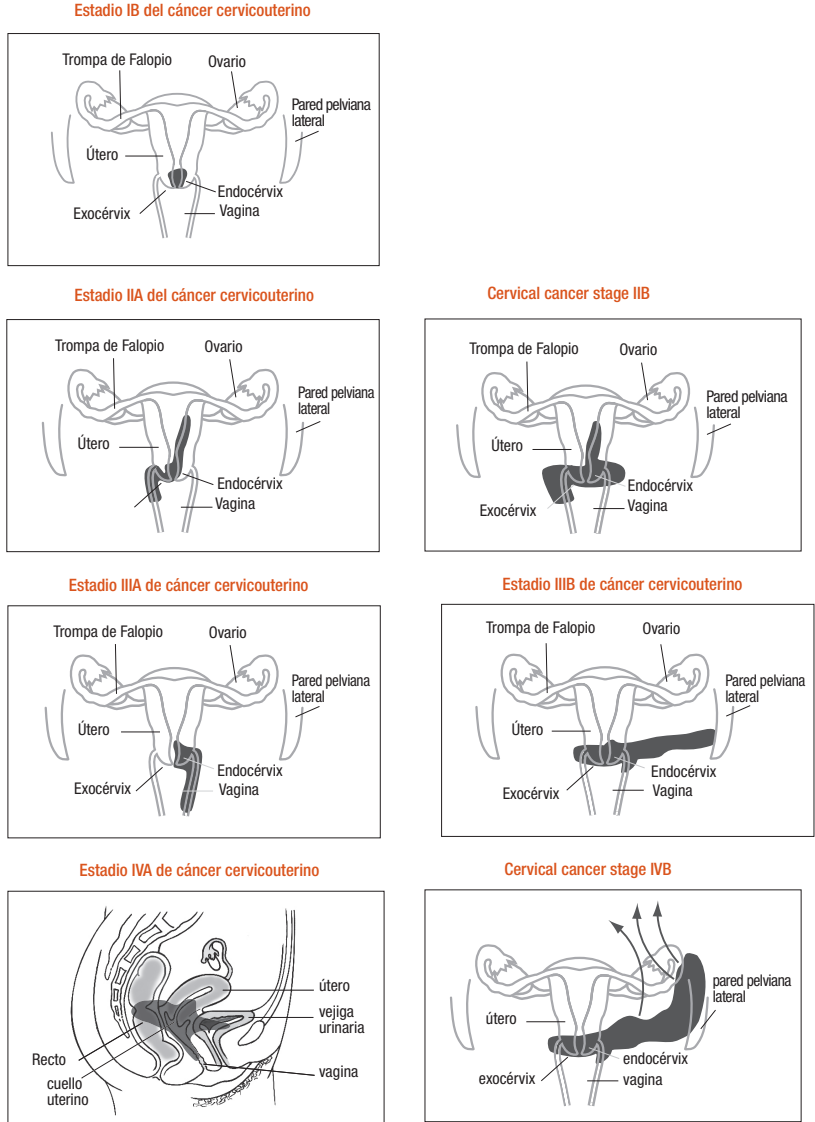
- análisis de sangre, con inclusión de hemograma completo y niveles de hemoglobina (para determinar la presencia de anemia causada por pérdida de sangre que, si se halla presente, puede menoscabar la eficacia de la radioterapia), además de pruebas de embarazo y VIH cuando sea apropiado;
- exámenes de las funciones renal y hepática;
- tomografía axial computadorizada (TAC) o, mejor aún, imaginología por resonancia magnética (IRM) del abdomen y de la pelvis (para ayudar a planificar la radioterapia); no obstante, el tratamiento se puede planificar aunque estos procedimientos no estén disponibles o no sean asequibles o factibles.

Todas las investigaciones emprendidas para la estadificación y los resultados correspondientes se deben documentar cuidadosamente en la historia clínica. Se puede incluir un diagrama descriptivo y este se puede entregar a todos los dispensadores de asistencia sanitaria que participen en la atención a la paciente.

a. Sistema de estadificación de la FIGO

Se utilizan varios sistemas de estadificación del cáncer cervicouterino. El de la FIGO, basado en el tamaño del tumor y el grado de propagación de la enfermedad dentro de la pelvis y a órganos distantes, es el más utilizado (véase la figura 6.1).

Figura 6.1: Sistema de estadificación de la FIGO revisado (2009)



Fuentes: Edge et al. (2010), Gold et al. (2008), Pecorelli (2009); véanse las lecturas complementarias.

El sistema de estadificación de la FIGO (revisión del 2009) describe cuatro etapas progresivamente más avanzadas de cáncer cervicouterino, del estadio I al estadio IV.

Resumen de las etapas y subetapas de la FIGO (como se muestran en la figura 6.1):

Estadio I: La enfermedad se limita al cuello uterino (incluye las subetapas IA1, IA2, IB1 y IB2).

Estadio II: El cáncer se ha propagado fuera del cuello uterino a la parte superior de la vagina o al tejido próximo al cuello uterino (parametrio), pero no a una pared lateral de la pelvis (incluye las subetapas IIA1, IIA2 y IIB).

Estadio III: El cáncer se ha diseminado a la parte inferior de la vagina o completamente a través del parametrio a alguna pared lateral de la pelvis (incluye las subetapas IIIA y IIIB).

Estadio IV: El cáncer se ha propagado a órganos circundantes o a tejido distante, como pulmones y ganglios linfáticos distantes (incluye las subetapas IVA y IVB).

b. Sugerencias para los dispensadores de atención terciaria sobre la manera de hablar con la paciente sobre la importancia de la estadificación antes de realizarla y después de que estén disponibles los resultados de las pruebas

Esas conversaciones pueden ser muy emocionales y necesitar más de una sesión. Son esenciales una gran sensibilidad y respeto hacia la mujer, su clara comprensión y sus reacciones. Se debe ofrecer a la paciente la opción de estar acompañada por uno o más miembros de la familia o amigos cercanos para darle apoyo durante la conversación. Durante esa sesión, haga pausas frecuentes y aliente a la paciente y a sus acompañantes a que formulen preguntas. De vez en cuando, asegúrese de que ella comprende lo que usted está diciendo y corrija cualquier malentendido utilizando palabras diferentes.

En todas las conversaciones sobre el cáncer cervicouterino, sea consciente de los aspectos culturales de la comunidad a la que pertenece la paciente.

Véase el recuadro 6.1, sobre los factores que influyen en el pronóstico y en las tasas de supervivencia, y la hoja práctica 6.4, con sugerencias más específicas para los especialistas en cáncer que tienen que hablar con pacientes sobre su cáncer y su tratamiento.



Especialistas
en cáncer

Recuadro 6.1: Factores que influyen en el pronóstico de un cáncer cervicouterino o en las tasas de supervivencia de las mujeres cinco años después de la finalización del mejor tratamiento*

El factor predictivo singular más importante de la supervivencia a largo plazo es la fase clínica de la enfermedad al ser diagnosticada por primera vez.

Los siguientes factores adicionales también influyen en las posibilidades de que una mujer sobreviva más de cinco años después del tratamiento:

- acceso al tratamiento
- compromiso de los ganglios linfáticos (presencia de cáncer)
- presencia de otras enfermedades o afecciones crónicas o agudas
- estado general de salud y de nutrición, inclusive la presencia de anemia
- grado de inmunodepresión (por ejemplo, estado con respecto al VIH).

*En los países donde el mejor tratamiento no está disponible o es inadecuado, las tasas de supervivencia son, obviamente, muy inferiores.

6.4 Tratamiento del cáncer cervicouterino invasor: panorámica

6.4.1 Los principios del tratamiento

Cada país o región tiene planes establecidos sobre la derivación de las mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino invasor para que sean examinadas y tratadas en instituciones de nivel terciario.

Las opciones terapéuticas ofrecidas a una paciente se deben basar en las directrices internacionales, nacionales o institucionales, según la disponibilidad de profesionales de la salud capacitados (es decir, cirujanos, médicos oncólogos o radioterapeutas o físicos médicos), y la disponibilidad y las condiciones del equipo necesario. Como se describe en la sección 6.6, hay algunas consideraciones especiales sobre el tratamiento de las mujeres embarazadas o con VIH.

En todos los casos los dispensadores de asistencia sanitaria deben velar por que el tratamiento elegido, al tiempo que reduce la extensión del cáncer, probablemente también alivie el dolor y el sufrimiento de la paciente. Si un tratamiento o sus efectos colaterales conllevan riesgos mayores que la enfermedad misma (es decir, si acortaría la vida de la paciente más probablemente que la enfermedad misma, o si probablemente empeoraría la calidad de la vida restante), no se lo debe considerar.

El tratamiento debe ser individualizado para la paciente. Lo mejor es que el plan de tratamiento sea decidido por un equipo integrado por ginecólogos, oncólogos y especialistas en radioterapia. Una vez establecido, este equipo considerará los mejores intereses y las preferencias de la paciente y utilizará esa información para planificar su tratamiento, seleccionando la mejor opción u opciones según el grado

de enfermedad y el estado general de salud de la paciente. Este plan de tratamiento debe luego examinarse con la paciente y transmitirse a sus dispensadores de atención primaria y secundaria utilizando un lenguaje apropiado para esa paciente (para que los dispensadores también pueden reforzar el contenido de la conversación utilizando el mismo lenguaje) (véase la hoja práctica 6.3).



Qué sucederá en el hospital

No todas las opciones de tratamiento descritas en este capítulo (sección 6.5) están disponibles en todos los establecimientos de nivel terciario; el equipo necesario puede no estar en condiciones aceptables, pueden faltar suministros, o las calificaciones de los dispensadores pueden no estar actualizadas para determinado tratamiento. Basado en la disponibilidad y la calidad de los servicios, el dispensador de asistencia sanitaria encargado de atender a la paciente podrá explicarle la mejor opción o las opciones disponibles. Si se puede elegir entre dos opciones de tratamiento con resultados similares, o elegir entre un tratamiento único y una combinación de tratamientos, se deben dar a la paciente y a su círculo de apoyo detalles sobre cada opción como base para que ella tome una decisión fundamentada.

Una vez que han tenido lugar las conversaciones y el intercambio de información acerca del grado de la enfermedad y el plan de tratamiento (véase la hoja práctica 6.4), el dispensador explicará y examinará todo el contenido del formulario de consentimiento fundamentado utilizado en el hospital y se asegurará de que la paciente entienda lo que firma. Asegúrele que puede cambiar lo que ha consentido si desea hacerlo por cualquier motivo. Dicho esto, pregunte a la paciente si está preparada para firmar y para que se añadan las firmas de testigos (véase la hoja práctica 5.1 sobre la obtención del consentimiento fundamentado).



Especialistas en cáncer



Consentimiento fundamentado

6.4.2 Elegir si se tratará y cuándo comenzar el tratamiento: decisión de la paciente misma

Una vez que esté plenamente informada, la paciente misma es quien puede elegir si será tratada, qué tratamiento prefiere (si hay opción) y cuándo comenzar. Para ello, probablemente tendrá que tener en cuenta lo siguiente:

- su situación personal y familiar
- sus compromisos en el hogar
- el tiempo necesario para el tratamiento
- la eficacia prevista del tratamiento y sus efectos colaterales
- si su seguro de enfermedad cubre el tratamiento
- todo costo en efectivo para ella y su familia no cubierto por el seguro de enfermedad
- las consecuencias de no tratarse.

En este proceso, la paciente quizá desee considerar también el asesoramiento de personas próximas a ella.

6

6.4.3 Obstáculos para la atención de la paciente

El tratamiento suele estar disponible solo en hospitales de atención terciaria que pueden quedar lejos del hogar de la mujer, y puede requerir largos períodos de ausencia del hogar. Los costos para la mujer y su familia y las perturbaciones asociadas con el tratamiento pueden ser considerables y pueden incluso llevar a algunas mujeres a rechazar o suspender el tratamiento. Si esta es una posibilidad, los dispensadores de todos los niveles asistenciales pueden ayudar a movilizar apoyo de la familia y la comunidad de la paciente, así como del gobierno y de organizaciones no gubernamentales. Algunos países ofrecen subsidios de discapacidad a las mujeres que reciben tratamiento por cáncer, mientras que otros ofrecen hospedaje cercano a los centros regionales de tratamiento del cáncer; en otros países no hay ningún apoyo disponible. En algunos países, que no tienen establecimientos para el tratamiento de cáncer, las mujeres se derivan a países vecinos para tratamiento y esto puede causar dificultades adicionales para ellas y su familia. Todas estas cuestiones necesitan un estudio exhaustivo para encontrar soluciones que permitan a cada mujer recibir los tratamientos que puedan curar su cáncer o prolongar y mejorar su vida.

6.5 Opciones de tratamiento

Las opciones de tratamiento de un cáncer cervicouterino son cirugía, radioterapia y quimioterapia, que se pueden utilizar en combinación. Cada opción se abordará en esta sección con detalles suficientes para ayudar a los dispensadores de todos los niveles del sistema de salud a mantener a las pacientes informadas, empleando siempre un lenguaje no técnico apropiado. La terminología utilizada aquí se propone para ayudar al dispensador a describir estas terapias a una paciente.

Según la fase del cáncer, la salud general de la mujer y la disponibilidad de establecimientos y pericia, la terapia primaria puede ser cirugía o radioterapia, con o sin quimioterapia. La terapia primaria (también llamada terapia de elección o tratamiento primario) es el primer tratamiento del cáncer invasor, generalmente con el objetivo de curar la enfermedad. La terapia coadyuvante es otro tratamiento utilizado con el primario para ayudar a este. La terapia secundaria es un tratamiento que se puede recibir después de haber utilizado otro tratamiento (el primario).

6.5.1 Cirugía

La cirugía consiste en la remoción de diversas cantidades de tejido del área invadida por el cáncer y de tejido circundante. Se puede hacer ingresando por la vagina o mediante una abertura en el abdomen.

La cirugía se puede utilizar como terapia primaria o como terapia secundaria, después de otro tratamiento.

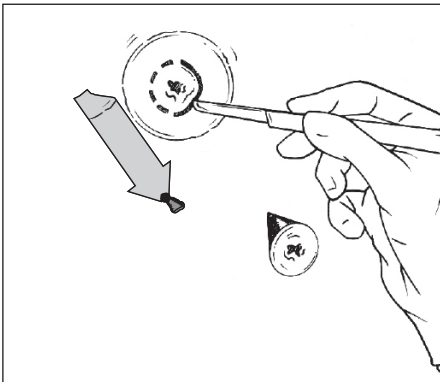
Los dos primeros procedimientos quirúrgicos descritos aquí (biopsia de cono e histerectomía simple) extirpan menos tejido, mientras que el tercero (histerectomía radical) extirpa más tejido.

a. La cirugía como terapia primaria

La cirugía como terapia primaria del cáncer cervicouterino consiste en la remoción de una cantidad variable de tejido, según el grado de propagación del cáncer dentro de la pelvis y otras características de cada caso.

La **biopsia de cono** es la remoción de un círculo ancho de tejido que rodea la abertura del útero e incluye la parte inferior del conducto cervical (véase la figura 6.2). Los cánceres microinvasores (los que están contenidos totalmente dentro del epitelio cervicouterino) pueden ser tratados con biopsia de cono, en particular si es importante conservar la fecundidad.

Figura 6.2: Biopsia de cono: remoción de una parte del cuello uterino en forma de cono



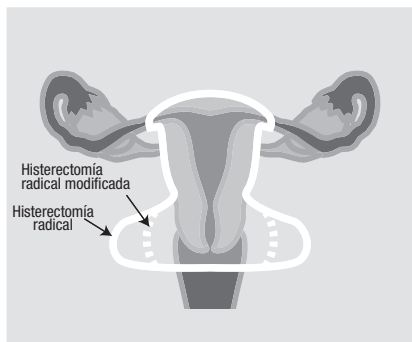
Histerectomía simple es la remoción quirúrgica de todo el útero, incluido el cuello uterino, sea mediante una incisión en el abdomen inferior o por la vagina, con o sin laparoscopia (véase la figura 6.3). Las trompas y los ovarios no se extirpan sistemáticamente, pero se lo puede hacer en mujeres posmenopáusicas, o si aparecen anormales. La histerectomía simple está indicada para el tratamiento de los cánceres cervicouterinos microinvasores tempranos en mujeres posmenopáusicas y mujeres más jóvenes que no están interesadas en preservar su fecundidad.

Figura 6.3: Remoción del útero mediante una histerectomía simple

Histerectomía radical es la operación quirúrgica más frecuente para un cáncer en estadio invasor inicial. En esta operación se extirpan los tejidos vecinos al útero y a menudo los ganglios linfáticos de la pelvis y alrededor de la aorta (véase la figura 6.4). Las trompas y los ovarios no se extirpan sistemáticamente a menos que parezcan anormales. Véase en el anexo 14 información sobre cómo extraer y registrar una muestra de una histerectomía radical, y un formulario de informe del estudio histopatológico de una muestra (formulario modelo 14.1).



Informe de anatomía patológica
Carcinoma cervicouterino

Figura 6.4: Histerectomía radical, y radical modificada

b. La cirugía como terapia secundaria

La **cirugía de rescate** puede tener todavía como objetivo curar a la paciente. Consiste en una histerectomía radical con remoción de una porción superior de la vagina para reducir las probabilidades de recidiva del cáncer. Se realiza en las siguientes circunstancias:

- la paciente ha tenido una cirugía primaria, pero el examen microscópico del tejido extirpado indica que el margen de tejido normal alrededor del cáncer es demasiado delgado; o

- la paciente ha recibido radioterapia o quimioterapia, pero en el seguimiento se observa recidiva temprana o destrucción incompleta del cáncer.

La **cirugía paliativa** se hace a veces en caso de un cáncer avanzado para aliviar la obstrucción del intestino o para tratar fístulas (canales anormales entre la vagina y los órganos urinarios o el recto) resultantes de la radiación o la extensión de la enfermedad primaria.

c. Posibles efectos colaterales y complicaciones de la cirugía del cáncer cervicouterino

Todas las intervenciones quirúrgicas tienen posibles efectos colaterales y complicaciones; los riesgos son generalmente pequeños y mayormente manejables. Incluyen los siguientes:

- pequeño riesgo de infección en el área de la operación quirúrgica;
- hemorragia;
- daño a los órganos situados alrededor de la operación quirúrgica (por ejemplo, intestino o vejiga urinaria);
- riesgo de coágulos en las venas profundas de las piernas si la paciente se mantiene en cama y relativamente inmóvil durante días después de la operación; esto se debe detectar y tratar tempranamente para impedir el desprendimiento de coágulos y su traslado a los pulmones.

Además de las complicaciones generales arriba enumeradas, la cirugía del cáncer cervicouterino tiene los siguientes riesgos:

- La biopsia de cono en pacientes embarazadas está asociada a un mayor riesgo de trabajo de parto prematuro o aborto espontáneo.
- La histerectomía causa infertilidad.
- La histerectomía radical causa infertilidad y, además, se asocia a disfunción vesical o intestinal.

Para más información sobre la histerectomía como tratamiento del cáncer cervicouterino, véase la hoja práctica 6.5.



Histerectomía

6.5.2 Radioterapia

La radioterapia emplea equipo complejo para producir rayos invisibles, similares a un rayo de luz pero con mayor energía, que se envían sobre el cáncer y las áreas circundantes afectadas. Los rayos penetran en el cuerpo y destruyen las células cancerosas para eliminar total o parcialmente el cáncer. Las células cancerosas destruidas se eliminan del cuerpo.

La radiación misma no es dolorosa, pero puede causar efectos colaterales considerables (véase el final de esta sección).

a. La radiación como terapia primaria

La radioterapia primaria, con o sin quimioterapia, se aplica con fines curativos a las mujeres con cáncer en fase IIA2 o mayor (véase la figura 6.1). Se puede ofrecer a mujeres con cánceres mayores de 4 cm de diámetro limitados al cuello uterino y cánceres que se han propagado más allá del cuello uterino. La radioterapia primaria para curar los cánceres arriba señalados se dispensa en forma de aplicaciones diarias durante 5 a 6 semanas utilizando dos modalidades, a saber:

- Radioterapia de haz externo, o teleterapia, que emplea la radiación procedente de una máquina ubicada fuera del cuerpo (véase la hoja práctica 6.6).
- Radioterapia interna, también llamada braquiterapia, que emplea la radiación procedente de material radiactivo colocado dentro de la vagina, cerca del cáncer (véase la hoja práctica 6.7).



Teleterapia
pelviana



Brachytherapy

b. La radiación como terapia coadyuvante

La radioterapia, con o sin quimioterapia, se puede administrar como terapia coadyuvante, en combinación con la cirugía primaria, para las siguientes indicaciones:

- si durante la cirugía primaria el cirujano descubre que el cáncer se ha propagado más allá del cuello uterino al parametrio (tejidos situados entre el útero y la pared pelviana) o a otros órganos pelvianos;
- después de una histerectomía, si el informe del estudio histopatológico indica que alrededor del cáncer hay menos de 5 mm de tejido libre de la enfermedad;
- si durante la cirugía primaria se encontraron ganglios linfáticos con cáncer.

c. La radiación como terapia secundaria

La radioterapia, con o sin quimioterapia, se puede administrar como terapia secundaria para las siguientes indicaciones:

- enfermedad recurrente ubicada solo en la pelvis en mujeres que se habían sometido a cirugía primaria.

d. La radiación como terapia paliativa

La radioterapia paliativa, generalmente sin quimioterapia, se puede utilizar en una variedad de entornos (véase también el capítulo 7):

- como terapia única en mujeres con cáncer muy avanzado;
- para controlar síntomas graves, como hemorragia, descarga ofensiva o dolores;
- para ayudar a una paciente demasiado enferma a tolerar la dosis completa de quimioterapia o radioterapia (por ejemplo en caso de insuficiencia renal grave secundaria a obstrucción ureteral, insuficiencia hepática, etc.);
- para tratar metástasis aisladas (por ejemplo, a vértebras o ganglios linfáticos, sin indicios de metástasis extendidas).

e. Efectos colaterales de la radiación aplicada al cáncer cervicouterino

La radioterapia también afecta a múltiples sistemas, pero solo a los directamente expuestos a la radiación; en el caso del cáncer cervicouterino los expuestos suelen ser la parte inferior del abdomen, con inclusión de la vejiga urinaria, el recto y la médula ósea regional. Otros efectos colaterales posibles son menopausia, infertilidad, malestar o dolor coital, y posibles cambios intestinales o vesicales. La fistula es un efecto colateral raro.

6.5.3 Quimioterapia

La quimioterapia es la administración de tratamientos repetidos con medicamentos tóxicos. Se administra por vía intravenosa una serie de varios tratamientos con uno o más productos químicos para matar las células que se encuentran en proceso de rápida división (característica de todos los cánceres).

a. La quimioterapia como terapia primaria

La quimioterapia rara vez se utiliza sola como tratamiento primario del cáncer cervicouterino; se utiliza más bien en combinación con radioterapia o, con menor frecuencia, con cirugía.

b. La quimioterapia como terapia primaria combinada con radioterapia

La quimioterapia se utiliza como primer tratamiento en mujeres con tumores muy grandes y voluminosos para reducir el tamaño del cáncer y va seguida de radioterapia. El tratamiento sigue esta secuencia porque el cáncer responde mejor a la radiación si el tumor es menos voluminoso.

c. Quimioterapia como tratamiento paliativo

La quimioterapia paliativa se utiliza a veces, previa consideración cuidadosa de los beneficios esperados frente a los efectos colaterales adversos, para aliviar síntomas en mujeres con metástasis extendidas al hígado, al pulmón y a los huesos.

d. Efectos colaterales del tratamiento combinado (quimioterapia y radioterapia)

Los efectos colaterales del tratamiento combinado pueden ser aditivos, causados por la quimioterapia y por la radiación. Los medicamentos de la quimioterapia tóxica circulan con la sangre por todo el cuerpo, y por lo tanto sus efectos colaterales se difundirán por el cuerpo. Por su parte, los causados por la radiación se limitarán al área pelviana (véase la sección 6.5.2 sobre radioterapia).

Los tratamientos con quimioterapia afectan no solo a las células cancerosas, sino también a las células que se dividen rápidamente en sistemas de todo el cuerpo: la médula ósea, el aparato digestivo, el sistema urinario, la piel y otros órganos revestidos por epitelios. Esto significa que hay riesgo de anemia, recuento leucocitario bajo e infecciones, o hemorragia debida a un recuento plaquetario bajo. La quimioterapia también puede causar náuseas y diarrea o reacciones alérgicas al medicamento. Estas suelen ser muy breves y no implican mayores riesgos.

6.6 Situaciones especiales: el cáncer cervicouterino en embarazadas y en mujeres con VIH

6.6.1 Atención al cáncer cervicouterino en embarazadas

Aunque sea raro, a veces se diagnostica un cáncer cervicouterino en el embarazo. El cáncer cervicouterino no cruza la placenta, y el feto solo se ve afectado por la propagación directa de un tumor cervicouterino muy grande o por complicaciones de los métodos utilizados para la evaluación y el tratamiento del cáncer.

La orientación a una embarazada con cáncer cervicouterino requiere una habilidad y una sensibilidad especiales. Los problemas son mucho más complejos, y es importante ayudarla a decidir si quiere tratar de preservar su embarazo. Es útil incluir a un equipo multidisciplinario de dispensadores de asistencia sanitaria y al círculo de apoyo de la mujer para crear un plan de atención que satisfaga todas las necesidades y tenga en cuenta las complejidades de la toma de decisiones en este contexto. Hay un conjunto desgarrador de elecciones para una pareja y quizá ambos compañeros necesiten apoyo antes, durante y después del tratamiento.

a. Si la paciente desea mantener el embarazo

Si la paciente y su pareja (si ella desea que él participe en esta decisión) expresan la esperanza de mantener el embarazo, la mayoría de los tratamientos se aplicarán después del parto. Se debe comunicar con antelación a la paciente que, para evitar complicaciones del parto (como hemorragia) causadas por la dilatación cervicouterina, su parto será por cesárea planificada antes del inicio de su trabajo de parto.

Sin embargo, es importante tomar sin dilación una biopsia confirmatoria de la lesión. La biopsia del cuello uterino no está contraindicada en el embarazo, pero se debe prever una hemorragia más profusa que lo usual. Por este motivo se recomienda que la biopsia se realice en un establecimiento de nivel terciario. Se debe advertir a la paciente que, aunque las biopsias son generalmente seguras en el embarazo, como cualquier procedimiento que se practique durante el embarazo una biopsia conlleva un pequeño riesgo de aborto espontáneo.

b. Si la paciente no desea mantener el embarazo

En este caso el tratamiento se determina según la fase del cáncer, de la misma manera descrita para casos de mujeres no embarazadas. Si la condición de la paciente es apropiada para una histerectomía simple o radical y la enfermedad se limita al cuello uterino, se pueden considerar opciones quirúrgicas según la edad gestacional. La radioterapia primaria (con o sin quimioterapia) puede ser otra opción; en este caso, se debe informar a la paciente que el tratamiento causará la pérdida del feto.

6.6.2 Tratamiento del cáncer cervicouterino en mujeres con VIH

Dado que no hay ningún estudio bien diseñado ni longitudinal sobre el tratamiento del cáncer cervicouterino en mujeres con VIH, tampoco hay directrices basadas en datos científicos sobre este tema para incluir en esta guía. Así pues, en esta sección se presentan algunas prácticas que se utilizan generalmente en escenarios internacionales y nacionales.

Es ideal que las mujeres con VIH que presenten un cáncer cervicouterino tengan un diagnóstico exhaustivo, estratificado, y reciban tratamiento en una institución de nivel terciario que cuente con la pericia apropiada. La mayoría de las instituciones que tratan a las mujeres con infección por VIH utilizan equipos multidisciplinares; se evalúa individualmente a cada mujer y se determina su estado de salud general y la presencia de otras enfermedades crónicas (por ejemplo, tuberculosis) que puedan afectar aún más al sistema inmunitario y a su capacidad para tolerar la terapia anticancerosa inmunodepresora.

Tanto la radioterapia como la quimioterapia son inmunodepresoras, y la cirugía requiere que las mujeres estén relativamente sanas para evitar complicaciones como una septicemia posoperatoria, hemorragias o problemas con la herida. Por consiguiente, un recuento basal de linfocitos CD4 es decisivo en la atención a las mujeres con VIH y debe ser una de las primeras pruebas evaluativas obtenidas, independientemente de la extensión del cáncer. También se necesitarán recuentos de linfocitos CD4 para vigilar el estado inmunitario de la paciente durante todo el tratamiento. Si el recuento de linfocitos CD4 es bajo, o baja durante la terapia, se podría comenzar un tratamiento antirretrovírico, que podría retrasar el tratamiento anticanceroso a la espera de una recuperación del sistema inmunitario de la paciente.

6.7 Apoyo y seguimiento a las pacientes

6.7.1 Apoyo a las pacientes durante el tratamiento

En todas las fases de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad es importante evaluar y tratar adecuadamente el dolor y otros síntomas. Además, las mujeres que reciben radioterapia o quimioterapia requerirán regularmente recuentos sanguíneos y pruebas de las funciones renal y hepática para identificar y, en lo posible, prevenir riesgos de infección.

Muchas pacientes con cáncer sufren pérdidas de sangre moderadas a graves y desnutrición crónica, que pueden mejorar con un régimen alimentario saludable y suplementos de hierro y de folato. El tratamiento de la anemia también es importante porque esta disminuye la eficacia de la radioterapia.

Las duchas vaginales suaves y antibióticos como metronidazol pueden reducir o eliminar el flujo maloliente a menudo asociado con el tratamiento de la enfermedad avanzada.

Véase en el capítulo 7 y sus hojas prácticas sobre los cuidados paliativos más asesoramiento sobre el control de los problemas comunes encontrados en el cáncer avanzado.

6.7.2 Seguimiento a las pacientes

Cuando una mujer ha finalizado su tratamiento de cáncer cervicouterino, se la da de alta del hospital o de la unidad para pacientes ambulatorios. Antes del alta, generalmente se abordan los cuidados de seguimiento en una reunión de todos los que hayan participado y vayan a participar en el cuidado de la paciente; en esa conversación se deben incluir aportes de la paciente misma y de su familia. Aunque sería ideal que el seguimiento se hiciera en el centro de tratamiento del cáncer de nivel terciario, en realidad la mayoría de esos centros son hospitales de nivel terciario ubicados en ciudades grandes; si ese centro está lejos del hogar de la mujer, la distancia puede impedir que ella asista por falta de tiempo, transporte o dinero, u otras limitaciones personales. Muchas mujeres optan por recibir seguimiento en un establecimiento más cercano a su hogar. En este caso, sería conveniente que el ginecólogo del hospital de nivel secundario (regional) estuviera presente y participara en esa reunión importante acerca de los cuidados de seguimiento.

Si el seguimiento tendrá lugar a distancia del centro de tratamiento, un médico de atención primaria o secundaria (a menudo un ginecólogo) con aptitudes para detectar y controlar problemas o recidivas de un cáncer recibirá un informe completo que detalle la fase del cáncer, el tratamiento dispensado y el pronóstico, así como información acerca de problemas comunes que se podrían presentar y la forma de prevenirlos o tratarlos. En ese informe, siempre es mejor incluir información de contacto (teléfono, fax, correo electrónico, dirección) del centro de tratamiento para alentar a quienes se encarguen del seguimiento de la paciente a que proporcionen periódicamente retroalimentación y pidan asesoramiento a expertos en cáncer si la paciente presenta síntomas imprevistos.

a. Seguimiento a las mujeres tratadas primariamente con cirugía y/o radioterapia, con o sin quimioterapia

Es aconsejable que después de cualquiera de estos tratamientos se vea y se examine a las pacientes cada tres meses durante al menos dos años, porque este es el período durante el cual se presentará o se detectará la mayor parte de los casos de persistencia o recidiva de la enfermedad. Además, es el período durante el cual los efectos colaterales del tratamiento son más agudos y necesitan atención.

Durante las consultas de seguimiento se debe hacer y documentar plenamente en la historia clínica de la paciente lo siguiente:

- preguntar a la paciente por todos los síntomas físicos que experimente, hablar con ella al respecto y registrarlos exhaustivamente;
- evaluar la situación social, psicológica, emocional y económica de la paciente y las repercusiones de su enfermedad y del tratamiento sobre todos estos factores;

- proceder a un examen completo, incluido un examen de los sistemas generales y del abdomen, y a la palpación de los ganglios linfáticos, con especial atención a los del cuello y de la ingle;
- proceder a un examen con espéculo y a la visualización de la bóveda vaginal;
- realizar anualmente un frotis citológico de la bóveda vaginal a las mujeres que hayan sido tratadas solamente con cirugía (se desconoce la función de la IVAA y de la prueba de VPH en este contexto; esto no se ha examinado en ensayos clínicos); en pacientes tratadas con radioterapia (con o sin quimioterapia), la citología no agregará valor al examen postratamiento;²
- proceder a una exploración vaginal bimanual y a un tacto rectal para palpar manifestaciones de recidiva de la enfermedad en la pelvis;
- otros estudios dependerán de los síntomas de la paciente y los hallazgos clínicos, así como de los recursos disponibles.

A la enfermedad persistente o recurrente de una mujer que ha sido tratada con cirugía solamente se le puede aplicar un tratamiento secundario (y posiblemente se la cure) con radiación, con o sin quimioterapia. Sin embargo, si una mujer recibió radioterapia como tratamiento primario, la posibilidad de repetirla se debe planificar cuidadosamente para conseguir que el área anteriormente tratada no quede expuesta a una dosis mayor que la máxima admisible, porque de lo contrario se causarían daños graves y complicaciones futuras.

6.7.3 La opción de suspender el tratamiento

Es muy importante vigilar constantemente la respuesta al tratamiento de las mujeres que reciben quimioterapia o radioterapia. Cuando resulta evidente que hay progresión de la enfermedad o ningún alivio del dolor ni de otros síntomas, se suspende el tratamiento centrado en la enfermedad. La atención máxima al control del dolor y de otros síntomas sigue siendo el foco principal del tratamiento paliativo una vez que la paciente regresa al hogar. Véanse la hoja práctica 7.1 sobre la evaluación del dolor y la hoja práctica 7.2 sobre el tratamiento de los síntomas.



Dolor



Tratamiento de los síntomas

Garantizar el control y el manejo del dolor es un objetivo primordial dentro y fuera del hospital, tanto cuando la enfermedad es curable como cuando no lo es. Esto se aborda muy minuciosamente en el capítulo 7.

Cuando se suspende el tratamiento, es el momento en que el especialista se comunica con dispensadores de asistencia sanitaria locales y otros cuidadores que se encargarán de los cuidados paliativos de la paciente. Debe remitirles un informe y datos de contacto (teléfono, fax, correo electrónico, dirección) del centro de tratamiento. Proporcionará asesoramiento acerca de cómo dispensar los cuidados

² Novetsky et al. (2013), Rimel et al. (2011), Zanagnolo et al. (2009); véanse las lecturas complementarias.

de seguimiento a la paciente, y el centro de tratamiento solicitará retroalimentación periódica sobre el estado de la paciente. Los cuidadores locales pueden necesitar capacitación adicional y, una vez capacitados, se les debe permitir que presten apoyo paliativo, control del dolor y cuidado a las pacientes en el entorno local a medida que progresa el cáncer. Por último, los dispensadores de atención terciaria deben alentar a los cuidadores locales a que se comuniquen con ellos para consultarlos por cualquier inquietud, inclusive para pedirles asesoramiento si la paciente presenta algún síntoma imprevisto o si los síntomas no mejoran con el tratamiento específico.

Lecturas complementarias

- Barakat RR, Berchuck A, Markman M, Randall ME. Principles and practice of gynecologic oncology, 6th edition. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins;2013.
- Edge S, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A., editors. AJCC Cancer Staging Manual, 7th edition. New York (NY): Springer; 2010:395–402.
- Gold MA, Tian C, Whitney CW, Rose PG, Lanciano R. Surgical versus radiographic determination of para-aortic lymph node metastases before chemoradiation for locally advanced cervical carcinoma: a Gynecologic Oncology Group Study. *Cancer*. 2008;112(9):1954–63. doi:10.1002/cncr.23400.
- Novetsky AP, Kuroki LM, Massad LS, Hagemann AR, Thaker PH, Powell MA, et al. The utility and management of vaginal cytology after treatment for endometrial cancer. *Obstet Gynecol*. 2013;121:129–35. doi:http://10.1097/AOG.0b013e31827499a9.
- Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009;105(2):103–4.
- Rimel BJ, Ferda A, Erwin J, Dewdney SB, Seamon L, Gao F, et al. Cervicovaginal cytology in the detection of recurrence after cervical cancer treatment. *Obstet Gynecol*. 2011;118(3):548–53.
- Wiebe E, Denny L, Thomas G. Cancer of the cervix uteri. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012;119(Suppl 2):S100–9. doi:10.1016/S0020-7292(12)60023-X.
- Zanagnolo V, Ming L, Gadducci A, Maggino T, Sartori E, Zola P, et al. Surveillance procedures for patients with cervical carcinoma: a review of the literature. *Int J Gynecol Cancer*. 2009;19:194–201.

7

CAPÍTULO 7: CUIDADOS PALIATIVOS

Capítulo 7. Cuidados paliativos

Puntos clave

- Los cuidados paliativos son un elemento esencial del control del cáncer cervicouterino.
- Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de las pacientes y sus familias, que afrontan los problemas asociados a una enfermedad potencialmente mortal.
- Los cuidados paliativos consisten en la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana y la evaluación y el tratamiento del dolor y otras formas de sufrimiento físico, psicosocial y espiritual.
- Los cuidados paliativos pueden ayudar a las personas con enfermedad avanzada a tener dignidad y paz durante las fases difíciles y terminales de su vida.
- Los cuidados paliativos se prestan mejor con un enfoque de equipo multidisciplinario que incluya a la paciente, su familia y personas cercanas que brindan apoyo, agentes sanitarios de la comunidad y trabajadores que dispensan cuidados paliativos especiales en la comunidad, así como a dispensadores de asistencia sanitaria de establecimientos de todos los niveles.
- Se deben fortalecer los mecanismos de implementación de los cuidados paliativos, inclusive la educación y la disponibilidad de medicamentos.
- Mediante una combinación amplia de métodos médicos y no médicos es posible controlar eficazmente la mayor parte del dolor.
- Las enfermeras con capacitación apropiada pueden recibir autorización para prescribir opioides orales fuertes, con sujeción a las normas y directrices nacionales.
- La calidad de los cuidados paliativos depende mucho de una capacitación y una supervisión adecuadas de los dispensadores de atención sanitaria y, si fuera posible, de cuidadores comunitarios.
- El acceso a todos los medicamentos, equipo y suministros necesarios es fundamental para tratar los síntomas, tanto en el establecimiento de asistencia sanitaria como en el hogar de la paciente.

Acerca de este capítulo

Este capítulo se refiere a componentes esenciales y a menudo desatendidos de un programa de control integral del cáncer cervicouterino y se basa en las siguientes publicaciones de la OMS acerca de los cuidados paliativos y el tratamiento del dolor:

Alivio del dolor en el cáncer: con una guía sobre la disponibilidad de opioides, 2.a ed.
Ginebra: OMS; 1996 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/9243544829.pdf>).

Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas. Ginebra: OMS; 2012 (http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/3PedPainGLs_coverspanish.pdf).

Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas: orientación para la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos fiscalizados. Ginebra: OMS; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75837/1/9789243564173_spa.pdf, consultado el 18 de julio del 2014).

World Health Organization (WHO), U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines. Geneva: WHO; 2008 (<http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>, accessed 23 October 2014).

En el presente capítulo no se presenta ninguna recomendación nueva, pero habida cuenta de la aprobación de una resolución sobre cuidados paliativos en la Asamblea Mundial de la Salud del 2014¹ próximamente se formularán nuevas recomendaciones sobre el dolor y los cuidados paliativos.

Este capítulo consta de cinco secciones principales. La sección 7.1 ofrece una panorámica de los cuidados paliativos y subraya la importancia de tener un equipo multidisciplinario de dispensadores de cuidados paliativos capacitados que trabajen a domicilio, en la comunidad y en el establecimiento de asistencia sanitaria, que pueden hacer más cómoda la evolución del cáncer cervicouterino avanzado de una paciente. La sección 7.2 examina la función de la familia, que se considera parte del equipo de atención. La sección 7.3 detalla las funciones de los dispensadores de asistencia sanitaria de todos los niveles del sistema de salud. La sección 7.4 asesora sobre el tratamiento de los síntomas, especialmente del dolor. La sección 7.5, que es la última, se centra en el importante tema de mantener a la paciente y a su círculo de apoyo informados en cada etapa.

La mayor parte de los temas abordados en este capítulo también son pertinentes para pacientes que necesiten cuidados paliativos por otras enfermedades incurables.

Las hojas prácticas correspondientes a este capítulo proporcionan instrucciones detalladas sobre la evaluación del dolor, el control domiciliario del dolor y de otros síntomas y problemas penosos experimentados por las pacientes con cáncer cervicouterino, y asesoran sobre la manera de hablar con las pacientes que regresan al hogar para recibir cuidados paliativos.

¹ OMS (2014), véanse las lecturas complementarias.

La historia de Amelia

Amelia es una angoleña de 57 años de edad, con seis hijos y muchos nietos. Fue llevada al hospital de distrito más cercano, a 95 km de su hogar, por su hija mayor, porque tenía un flujo vaginal muy maloliente desde hacía varios meses. La médica que la examinó le hizo algunas pruebas y le explicó que tenía un cáncer cervicouterino avanzado que se había propagado del cuello uterino a la vagina, la vejiga urinaria y las paredes de la pelvis. El mal olor estaba causado por la orina que escapaba de la vejiga urinaria a la vagina y se mezclaba con el exudado tumoral. La médica dijo que, lamentablemente, en esta fase no había ningún tratamiento ni cura para su cáncer, pero que podría recibir cuidados y una atención que la ayudara a sentirse cómoda en casa. También dio a Amelia y a sus hijas instrucciones para el control y la reducción del flujo vaginal y del olor. Agregó que colaboraba con agentes sanitarios de la comunidad próximos al pueblo de Amelia, que proporcionan asistencia domiciliaria a personas muy enfermas, con sida, cáncer u otras enfermedades. Luego la médica escribió una nota para la mujer encargada de la organización de la asistencia domiciliaria, explicándole la afección de Amelia y pidiéndole que la visitara en casa. La médica dijo que trabajaría a distancia con el personal de salud local más cercano al pueblo de Amelia para asegurarse de que Amelia tuviera los medicamentos necesarios, incluidos medicamentos para el dolor, que podría empeorar a medida que el cáncer avanzara.

Aunque Amelia y su hija se sintieron conmocionadas y entristecidas por las noticias, la amabilidad y la preocupación de la médica las tranquilizaron. Su promesa de que velaría por su atención junto con el personal de salud local las hizo sentirse más seguras y esperanzadas.

La trabajadora de salud local vino a visitar a Amelia como se había prometido. Explicó y mostró a Amelia y a su hija cómo abordar algunos de los problemas que estaban enfrentando: cómo preparar almohadillas de ropa vieja limpia para absorber el flujo vaginal; con qué frecuencia cambiarlas y cómo lavarlas; cómo aplicar jalea de petróleo al área vaginal porque la piel se estaba irritando a causa de la constante humedad; cómo lavarse suavemente el área todos los días con agua y jabón y hacerse baños de asiento. Con el permiso de Amelia, habló con la familia acerca de la manera de apoyar a Amelia y a sí mismos durante su enfermedad, recalcado la importancia de compartir el trabajo al empeorar la afección de Amelia. Habría más ropa para lavar porque la ropa de cama y la ropa interior se debían lavar a menudo; la cama debía mantenerse protegida del flujo y de la orina con una tela plástica; los medicamentos para el dolor podrían comprarse a bajo costo en el hospital local de la misión, y alguien tendría que ir a buscarlos regularmente; a través de la iglesia de Amelia se disponía de otra ayuda en casa. La familia de Amelia era pobre, pero el trabajador de salud la ayudó a organizar el apoyo de la comunidad, la iglesia y la misión local para conseguir que tuvieran los suministros necesarios.

Continúa en la página siguiente

La historia de Amelia *(continuación)*

El trabajador de salud local ayudó a la familia de Amelia a comprender la importancia de que Amelia siguiera participando en sus vidas cotidianas y en la vida de la comunidad. La familia organizó visitas de amigos cuando Amelia se sentía suficientemente bien; se turnaban para preparar los alimentos y, cuando Amelia se puso demasiado débil para levantarse de la cama, se aseguraban de que siempre hubiera alguien allí para ella. Amelia sentía que no la apartaban por su enfermedad. Hasta cuando se acercaba a la muerte, la conversación y el buen ánimo mantenían la casa llena de vida, y Amelia se sintió querida y necesitada hasta el final de su vida.

7.1 Un enfoque integral de los cuidados paliativos

Los cuidados paliativos a pacientes con enfermedades prolongadas incurables, como el cáncer cervicouterino avanzado, ofrecen apoyo médico, emocional, social y espiritual. El equipo de atención paliativa incluye a profesionales de la salud como médicos y enfermeras, agentes sanitarios de la comunidad y muchos cuidadores familiares. Cuidadores de todos los niveles y todos los entornos forman parte de un enfoque holístico hacia una enfermedad grave y la proximidad de la muerte. Además del control del dolor y de otros síntomas del cáncer, los cuidados paliativos consisten en prestar apoyo a nivel de la comunidad para movilizar los recursos locales y establecer vínculos con centros de tratamiento.²

7.1.1 ¿Qué son los cuidados paliativos y por qué son necesarios?

Los cuidados paliativos procuran mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares que afrontan los problemas asociados con enfermedades y afecciones potencialmente mortales. Los cuidados paliativos no solo consisten en atención al final de la vida, sino que también incluyen intervenciones aplicadas durante todo el curso de la enfermedad (véase la figura 7.1) para atender todos los síntomas penosos, como el dolor, y tratar de responder a las necesidades emocionales y espirituales de los pacientes y sus familiares. En el momento de diagnosticar un cáncer avanzado se deben considerar las necesidades futuras de la paciente porque los problemas se pueden prever y prevenir o controlar. Los cuidados paliativos pueden ser prestados por miembros de la comunidad, por centros de salud locales y por hospitales, y se proporcionan tanto en el hogar como en establecimientos de asistencia sanitaria o instituciones comunitarias. Los cuidados paliativos son un derecho humano fundamental, reconocido por la doctrina internacional sobre los derechos humanos.³

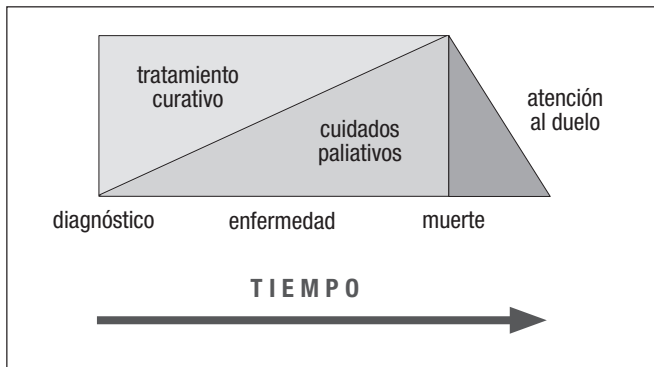
² OMS (2004), véanse las lecturas complementarias.

³ OSF (2011), véanse las lecturas complementarias.

Los cuidados paliativos se caracterizan por lo siguiente:

- Alivian el dolor y otros síntomas penosos.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No se proponen acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos físicos, psicológicos y espirituales de la atención.
- Dan a la paciente y su familia el control y el poder de decisión que deseen y puedan aceptar.
- Ofrecen un sistema de apoyo que ayuda a las pacientes a vivir lo más activamente posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de apoyo que ayuda a que la familia sobrelleve la enfermedad de la paciente y la propia aflicción.
- Utiliza un enfoque de equipo.
- Mejora la calidad de vida y posiblemente también influya de manera positiva en el curso de la enfermedad.
- Es aplicable desde los comienzos de la enfermedad, conjuntamente con otras terapias que tienen por objeto prolongar la vida, como la cirugía y la radioterapia.

Figura 7.1: La función de los cuidados paliativos en todo el curso de la enfermedad: continuidad de la atención



Como muestra la figura 7.1, en el momento del diagnóstico de un cáncer avanzado cobra prioridad el tratamiento, mientras que la función de los cuidados paliativos, a pesar de estar presente, es secundaria. A medida que la enfermedad avanza, los cuidados paliativos cobran gradualmente precedencia. La atención al duelo de la familia extensa forma parte de la continuidad de la atención después de que muere la paciente.

Los cuidados paliativos son necesarios aunque el cáncer cervicouterino sea prevenible y curable. Lo ideal es que se disponga de recursos apropiados, capacitación y educación y que todo esto se implemente para prevenir defunciones prematuras por cáncer cervicouterino. Lamentablemente, a muchas mujeres todavía se les diagnostica cáncer cervicouterino cuando se manifiestan síntomas, generalmente en etapas avanzadas de la enfermedad (véase el capítulo 6). Además, en entornos de escasos recursos puede que no haya establecimientos para tratar el cáncer cervicouterino o que no sean accesibles para muchas mujeres; como resultado, algunas mujeres con cáncer en estadios relativamente iniciales no reciben tratamiento eficaz, lo que da lugar a la progresión de la enfermedad. En estos entornos y situaciones, los cuidados paliativos se deben poner a disposición como el tratamiento más eficaz.

Los pacientes con otras afecciones crónicas potencialmente mortales también necesitan cuidados paliativos como parte de la continuidad de la atención, y se debe tratar de crear en todos los niveles del sistema de salud un equipo de dispensadores de asistencia sanitaria con los conocimientos y aptitudes necesarios. Las familias de los pacientes deben estar incluidas en los cuidados paliativos porque tendrán que prestar y recibir atención.⁴

La resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre los cuidados paliativos adoptada en el 2014 es un compromiso asumido por los gobiernos mundiales de desarrollar más normas y servicios nacionales para aumentar el acceso de todos los pacientes necesitados a los cuidados paliativos.⁵

7.1.2 Componentes esenciales de los cuidados paliativos

Los componentes esenciales de los cuidados paliativos abarcan prevención y tratamiento de los síntomas, alivio del dolor y apoyo psicosocial y espiritual. En la mayoría de los casos se puede lograr un control eficaz del dolor mediante tratamiento médico y métodos auxiliares no médicos. El apoyo psicosocial y espiritual son componentes importantes de los cuidados paliativos y requieren a dispensadores capacitados, con buenas aptitudes de comunicación. Además, a nivel de la comunidad, los cuidados paliativos necesitan incluir todos los elementos que mantengan a la paciente bien nutrida, limpia y tan activa como ella lo desee. También se debe capacitar a los miembros de la familia de la paciente en el desempeño de sus funciones, inclusive mostrarles la manera de obtener y utilizar los suministros necesarios para atenderla.

En los establecimientos de nivel terciario, la prevención y el control de síntomas pueden incluir radioterapia paliativa para reducir el tamaño del tumor, así como tratamiento de lo siguiente: flujo vaginal, fístulas, hemorragias vaginales, problemas nutricionales, úlceras de decúbito, fiebre y contracturas.

⁴ Connor et al. (2002), véanse las lecturas complementarias.

⁵ OMS (2014), véanse las lecturas complementarias.

Si fuera posible, se debería capacitar a los miembros de la familia y los trabajadores de la comunidad en materia de cuidados paliativos mientras la paciente todavía esté en el hospital. Esta capacitación y asesoramiento deben abarcar la prevención y el control de los problemas y la manera de ofrecer apoyo a la paciente en sus actividades cotidianas, como bañarse, ir al inodoro y desplazarse. Si los síntomas de la paciente no se pueden controlar, la familia tiene que pedir a dispensadores locales que hagan visitas a domicilio para brindar apoyo y asesoramiento y, de ser necesario, organizar la hospitalización en un establecimiento de nivel apropiado.

7.1.3 Dispensa de cuidados paliativos con un enfoque de equipo

Dispensadores de todos los niveles asistenciales, desde especialistas hasta cuidadores domiciliarios, colaboran para mejorar la calidad de vida y los resultados de las pacientes con cáncer cervicouterino avanzado. En entornos de atención terciaria, el equipo puede incluir a un ginecólogo, un radioterapeuta, un técnico en radioterapia, un psicólogo o consejero, un nutricionista, un fisioterapeuta, una enfermera de oncología, un farmacéutico, un asistente social y una enfermera de atención paliativa. En los entornos de escasos recursos es improbable que semejante equipo sumamente especializado pueda funcionar a nivel de la comunidad donde vive la paciente. En esos entornos, agentes sanitarios de la comunidad apoyados, capacitados y supervisados por profesionales de la salud de nivel primario y secundario son los principales dispensadores de cuidados paliativos.

Debe haber una transferencia fluida de información médica entre los diversos profesionales de la salud responsables de atender a la paciente. Esto incluye, cuando corresponda, el intercambio de los registros médicos entre los equipos a nivel de la comunidad y de la atención terciaria.

Se debe comunicar a todas las pacientes y sus familiares cuidadores a quién pueden contactar, de ser necesario, en qué establecimiento y cómo hacer el contacto. Se deben establecer estrategias para posibilitar que los agentes sanitarios de la comunidad vinculen a la paciente y su familia con el personal de establecimientos de nivel primario, secundario y terciario.

La comunicación es mejor si hay un sistema establecido formalmente e implementado con buena voluntad por todos los miembros del equipo, incluidos los especialistas en atención terciaria, antes de que la paciente reciba el alta del establecimiento tratante. Se debe capacitar a los dispensadores de asistencia sanitaria de todos los niveles para que utilicen un lenguaje no técnico, culturalmente apropiado, y las mismas palabras en presencia de las pacientes, de su familia y de los miembros de la comunidad, y para que dispongan de los recursos necesarios para controlar los problemas físicos y psicosociales más comunes, prestando una atención especial al control del dolor.

7.2 La función de la familia en los cuidados paliativos

7.2.1 La inclusión de la familia⁶

La familia desempeña una función especial y esencial en los cuidados paliativos. El dispensador de asistencia sanitaria debe asegurarse de que la paciente y su familia comprendan la naturaleza y el pronóstico de la enfermedad y el tratamiento recomendado.

Con ayuda de los agentes sanitarios de la comunidad, se dotará a la familia de capacidad para que pueda participar en la toma de decisiones, se la informará de las decisiones médicas, incluidos los cambios de cuidadores y de tratamiento, y se la orientará acerca de las mejores prácticas en materia de cuidados paliativos. Se puede enseñar a los familiares de la paciente y a otros cuidadores a proporcionar asistencia domiciliaria. El personal de salud capacitado en el uso de los medicamentos recomendados puede prestar atención clínica dentro del marco jurídico nacional. Los dispensadores de asistencia paliativa o domiciliaria, con apoyo continuo del dispensador de atención primaria (médico, técnico clínico o enfermera), podrán atender la mayoría de las necesidades de la paciente.

7.2.2 Acceso a los recursos locales para la atención domiciliaria

Cuando la paciente deja de poder trabajar o cuidar a su familia, se puede llevar a un extremo aún mayor la exigencia de recursos ya exiguos. En este caso, la familia podría obtener dinero para alimentos, suministros y medicamentos de organizaciones no gubernamentales y religiosas locales y regionales. Es muy útil que los agentes sanitarios de la comunidad hayan establecido vínculos con esas organizaciones antes de necesitarlas, para que se les puedan enviar casos de pacientes según sea necesario.

7.3 Las funciones de los dispensadores de asistencia sanitaria

Los dispensadores de todos los niveles del sistema de salud necesitan trabajar como un equipo, proporcionar tratamiento, consuelo y atención y transmitir información exacta y capacidades a la paciente, su familia y la comunidad. Para poder hacerlo, los dispensadores necesitan entrenamiento especializado en materia de control y tratamiento de problemas físicos y emocionales, así como aptitudes de comunicación. Además, hay una inmensa variedad de comportamientos, sentimientos y creencias con respecto a la muerte que se ven afectados por el contexto cultural y eso se debe tener en cuenta. Véase en el capítulo 3, secciones 3.1 y 3.5, información sobre las aptitudes de comunicación y orientación, y en la sección 7.5 del presente capítulo cómo mantener informados a la paciente y su círculo de apoyo. Además, véanse la hoja práctica 3.4 sobre orientación, la hoja práctica 6.4 para dispensadores de nivel terciario sobre cómo hablar con las



Orientación

Especialistas
en cáncer

⁶ En este contexto, la "familia" abarca a toda persona que la paciente considere significativa para ella.



Orientación:
cuidados paliativos

pacientes acerca de su cáncer y del tratamiento, y la hoja práctica 7.3 sobre cómo hablar con una paciente que regresa al hogar para recibir cuidados paliativos.

Un trabajador de atención paliativa capacitado posibilita que la paciente y su círculo de apoyo tomen decisiones acerca de la atención de esta. La paciente y su familia sentirán que mantienen el control, con pleno apoyo del equipo de atención de salud que les suministrará información y asesoramiento apropiados y ayuda para adoptar decisiones fundamentadas.

7.3.1 Función de los agentes sanitarios de la comunidad

Los agentes sanitarios y otros miembros especiales de la comunidad dedicados a contribuir a los cuidados paliativos, en coordinación con dispensadores de nivel primario y secundario, desempeñan una función en lo siguiente:

- Elaborar un plan de atención personal para proporcionar a la paciente visitas a domicilio regulares y programadas a fin de prever y, si fuera posible, prevenir y controlar cualquier problema.
- Dispensar tratamiento, instruir a la familia en esta tarea y adiestrar a la paciente y a su familia acerca de los procedimientos de cuidado y mejora del bienestar, y verificar que se estén aplicando.
- Facilitar el acceso a suministros y medicamentos.
- Evaluar sistemáticamente las necesidades físicas, psicosociales y espirituales de la paciente e informar al dispensador de atención primaria de la paciente (médico) sobre los resultados.
- Según las evaluaciones y la retroalimentación del dispensador de atención primaria de la paciente (médico), prestar especial atención a asegurar en lo posible la disponibilidad del tratamiento, inclusive para controlar el dolor.
- Responder a preguntas, suministrar información y llevar los registros.
- Alentar a los familiares a que sigan haciendo participar en lo posible a la paciente en la vida cotidiana de la familia.

7.3.2 Funciones de los médicos y otros prescriptores autorizados en los establecimientos de nivel primario y secundario

Los médicos y otros prescriptores autorizados desempeñan las siguientes funciones:

- Visitar regularmente la comunidad para realizar sesiones de capacitación dirigidas a los agentes de salud; esto también ofrece la oportunidad de enterarse de las condiciones en que trabajan esos agentes y en que viven sus pacientes.

- Al visitar a la paciente, aconsejarla y enseñarle a ella y a su familia cómo prevenir problemas comunes, tales como contracturas y úlceras de decúbito y, si ocurren, cómo controlarlos.
- Respalidar y supervisar al equipo de la comunidad y a la paciente y su familia sobre cuestiones relacionadas con el tratamiento y la atención.
- Asistir a los cursos de capacitación sobre cuidados paliativos organizados en establecimientos de nivel primario o secundario.
- Escribir prescripciones de analgésicos, inclusive morfina oral donde esté disponible, y demás medicamentos para tratar el dolor y otros síntomas.
- Prescribir, proporcionar, supervisar, sostener y mantener suministros (incluidos medicamentos) para los agentes sanitarios de la comunidad que visitan a domicilio a mujeres con cáncer cervicouterino, o directamente para los pacientes y sus cuidadores, para uso inmediato o en caso necesario.
- Dispensar cuidados de urgencia o de seguimiento sistemático por problemas posteriores a un diagnóstico o un tratamiento de un cáncer invasor.
- Derivar a las pacientes donde sea posible a establecimientos de nivel más alto para su internación por problemas agudos que se tratarían mejor allí, por ejemplo hemorragia o intenso dolor vaginal pertinaz (este último con radioterapia).
- Ayudar a organizar el transporte de las pacientes a esos sitios, si fuera posible.
- Mantenerse en contacto con los agentes sanitarios de la comunidad y dispensadores de cuidados paliativos y dar seguimiento a la atención de las pacientes que se les han derivado.
- Proporcionar supervisión y asistencia a distancia manteniéndose disponible para consultas según corresponda.

7.3.3 La función de los dispensadores en los establecimientos de nivel terciario

En el hospital de nivel terciario los dispensadores desempeñan una función en lo siguiente:

- Proporcionar atención de nivel terciario en régimen de hospitalización a pacientes con dolor pertinaz u otros síntomas, por ejemplo aplicarles radioterapia u otro tratamiento que está disponible solo en este nivel.
- Proporcionar atención de urgencia en forma ambulatoria por síntomas que causan grandes dificultades (por ejemplo, hemorragia vaginal), si fuera factible.
- Mantener sin dolor a las pacientes administrándoles medicamentos adecuados, inclusive morfina, según las directrices nacionales sobre el dolor y los cuidados paliativos.
- Remitir un informe a los dispensadores que les habían derivado a la paciente y mantenerse disponibles para consultas ulteriores a distancia.

La delegación de algunas funciones a dispensadores de nivel primario solo se hará si hay sistemas adecuados para proteger legalmente a los dispensadores de asistencia sanitaria y a las pacientes. Algunos países ya han modificado sus políticas y reglamentos para permitir que las enfermeras y los técnicos clínicos receten medicamentos opioides a fin de proporcionar una mejor cobertura al alivio del dolor.

Se necesitan más datos científicos documentados para informar a las instancias normativas sobre posibles estrategias encaminadas a aumentar la cobertura de los servicios manteniendo la calidad de la atención. La OMS ha formulado una serie de recomendaciones y directrices mundiales sobre la delegación de funciones en servicios de atención al VIH;⁷ los principios generales se pueden aplicar a la delegación de otras tareas en el sistema de salud y por consiguiente podrían ser útiles al planificar la provisión de cuidados paliativos a pacientes de cáncer cervicouterino.

7.3.4 La función de los dispensadores de asistencia sanitaria en previsión de la muerte y en el momento de la muerte

La muerte, el morir y el duelo se deben comprender y abordar en el contexto de los conocimientos, creencias, prácticas y comportamientos culturales locales y regionales. Se utilizará un lenguaje compasivo y culturalmente apropiado al abordar la muerte y el morir con las pacientes, sus familias y sus comunidades.

a. Previsión de cuestiones prácticas

Puede ser difícil para muchas familias prepararse para la probabilidad de que su parienta enferma muera mientras ellos anhelan todavía su curación o la prolongación de su vida. Los dispensadores de asistencia sanitaria deben ser muy sensibles a la capacidad de la paciente y de la familia para enfrentar la realidad de la situación y deben ajustar sus intervenciones según la disposición de la paciente y su familia a adoptar medidas prácticas a fin de prepararse para la muerte prevista.

Reconocer la necesidad de abrigar esperanzas y prepararse para lo peor no tienen por qué ser mutuamente excluyentes. Es útil hablar de cuestiones importantes con la paciente y con su familia, si ella lo consiente. Las cuestiones por abordar son las siguientes:

- objetivos de la atención (por ejemplo, prolongar la vida consciente hasta que la familia distante pueda venir a despedirse, reducir la angustia y el dolor);
- cómo poner en orden asuntos personales tales como un testamento, arreglos sobre el funeral, las finanzas familiares y el cumplimiento de obligaciones, de manera que se ayude a la paciente y sus familiares a sentir un mayor control de esta situación difícil;
- qué hacer cuando llegue la muerte, por ejemplo evitar una reanimación innecesaria o la prolongación de la vida si es contrario a los deseos de la paciente.

⁷ OMS, UNUSIDA, PEPFAR (2008), véanse las lecturas complementarias.

Hablar de estos asuntos prácticos y ayudar a abordarlos, según el contexto cultural predominante, también puede dar lugar a que la familia elabore sus cuestiones emocionales.

7

Capítulo 7. Cuidados paliativos

b. Preparación para la muerte

Una comunicación propicia en el seno de la familia puede hacer que una muerte resulte menos estresante y facilitar el duelo (véanse el capítulo 6, sección 6.7.3, y la sección 7.5.4 del presente capítulo, con más asesoramiento sobre la manera de hablar con la paciente y su familia cuando el cáncer es incurable). A veces la paciente puede expresar ira u otras emociones fuertes hacia sus familiares y dispensadores de asistencia sanitaria más cercanos; esas explosiones deben aceptarse y no tomarse personalmente. Las reacciones a la muerte inminente siempre se ven afectadas por el contexto cultural; así pues, antes de comenzar la conversación, se requiere una evaluación sensible de la voluntad de la paciente de abordar estos temas. Recuerde siempre que la escucha atenta y la comunicación no verbal tranquilizadora pueden ser sumamente importantes.

Junto con la familia, el dispensador de asistencia sanitaria capacitado puede contribuir a dar apoyo a la mujer moribunda de la siguiente manera:

- brindarle consuelo y atención;
- ayudarla a elaborar la culpa o el pesar;
- hablar con ella de su muerte inminente (después de haber comprobado que desea hacerlo);
- responder a sus reacciones a la aflicción, como tristeza, culpa, anhelo, ira, desesperación o evitación;
- mantener la comunicación abierta y ofrecerle la oportunidad de hablar de sus pensamientos y sentimientos, sin presionarla si no está dispuesta a hablar;
- ofrecerle apoyo práctico preguntándole quién quiere ella que la cuide, dónde desea recibir atención, qué límites desea poner a las visitas, qué quisiera pedir especialmente, y otros asuntos;
- preguntarle si pide atención pastoral (de quién y cuándo);
- si fuera apropiado, preguntarle dónde y con quién desea estar en el momento de la muerte;
- asegurarle que se respetarán sus deseos y la confidencialidad.

Cuando se examina la posibilidad de trasladar a la paciente al hospital, si ella está consciente sus deseos son la consideración primordial; si está inconsciente, se pueden tener en cuenta los deseos de su familia. Generalmente no es apropiado transferir a una paciente moribunda. Si no se espera la muerte en un futuro inmediato, y la familia necesita algún respiro, se puede prever el traslado a un hospital de nivel secundario o a un centro de cuidados paliativos, si lo hay y es asequible.

c. La muerte

En el momento de la muerte, es esencial que se respeten los ritos, rituales y costumbres locales, así como cualquier deseo personal expreso de la paciente o la familia en cuanto a la atención al cuerpo, el arreglo de los funerales y otros asuntos. Generalmente se aprecia una visita al hogar en el momento de la muerte.

d. Duelo

La atención al duelo después de la muerte de una paciente es un apoyo dispensado a los familiares para ayudarlos a hacer frente a la pérdida de una persona querida. Los dispensadores de atención domiciliaria y del establecimiento ambulatorio involucrados en la atención al final de la vida de la mujer pueden compartir las penas de los familiares alentándolos a que hablen y expresen sus recuerdos. Los trabajadores no deben ofrecer un consuelo falso, sino que deben ser alentadores, darse tiempo para escuchar y tratar de organizar un apoyo práctico con los vecinos y amigos. Los servicios de cuidados paliativos incluyen generalmente algún seguimiento a las familias que han perdido a un ser querido para que hagan efectivamente el duelo y reciban apoyo continuo de la comunidad; también se evalúa y se ayuda a familias con una aflicción prolongada que pueda interferir con su reajuste a un funcionamiento adaptativo.

7.4 Atención a los síntomas comunes del cáncer cervicouterino avanzado

Las mujeres con cáncer cervicouterino avanzado pueden sufrir una variedad de problemas físicos, psicológicos y emocionales. El dolor casi siempre forma parte de esta constelación, y su alivio siempre debe formar parte de los cuidados paliativos.

7.4.1 Control del dolor

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes del cáncer avanzado. La amplia mayoría de las mujeres con un cáncer cervicouterino padecerá muy probablemente un dolor moderado a intenso. Siempre se debe abordar el dolor moderado o intenso, y los analgésicos opioides suelen ser esenciales para aliviarlo.

¿Qué se sabe del alivio del dolor en pacientes de cáncer?

- Está ampliamente subutilizado, incluso en algunos entornos de altos recursos, como resultado de lo cual muchas pacientes sufren innecesariamente.
- La mayor parte del dolor se puede aliviar satisfactoriamente.
- La paciente es la mejor fuente de información sobre su propio dolor; este necesita una evaluación continua (véase la hoja práctica 7.1).
- Es muy útil que haya una colaboración y una comunicación regulares entre las pacientes y sus cuidadores domiciliarios, así como con los dispensadores de atención clínica de todos los niveles del sistema de salud; los cuidadores domiciliarios son los que están más en contacto con las necesidades de la paciente, mientras que los dispensadores de atención clínica pueden ofrecer apoyo y medicamentos.



Dolor

- Los medicamentos utilizados para controlar el dolor tienen efectos adversos potenciales.⁸

La disponibilidad de medicamentos potentes contra el dolor, incluidos los opioides, varía considerablemente de un país a otro. La morfina oral no está fácilmente disponible en muchos países, pero las directrices de política de la OMS recomiendan que todos los países adopten políticas que permitan que los pacientes tengan acceso a medicamentos fiscalizados (fiscalizados como drogas para prevenir su uso indebido) cuando los necesiten.⁹ Los efectos colaterales de la morfina, como estreñimiento, se deberán seguir y tratar. Los dispensadores necesitarán utilizar las preparaciones farmacéuticas disponibles que puedan aliviar el dolor, mientras siguen abogando por un mejor acceso a toda la lista OMS de medicamentos para el dolor y los cuidados paliativos.¹⁰

7.4.2 Barreras al alivio eficaz del dolor

A continuación enumeramos las principales categorías de barreras al alivio eficaz del dolor:

- **Barreras legislativas y de políticas:** La existencia de leyes y políticas excesivamente restrictivas puede impedir el acceso rápido de las pacientes y sus cuidadores en la comunidad a medicamentos fiscalizados.
- **Normas y directrices nacionales anticuadas:** Estas normas y directrices pueden no actualizarse regularmente en conformidad con las convenciones y directrices internacionales sobre fiscalización de medicamentos.
- **Dispensadores de asistencia sanitaria insuficientemente capacitados:** La educación de los profesionales de la salud puede ser deficiente debido a una escasa atención prestada a los cuidados paliativos en los programas de estudios de las facultades de medicina, enfermería y farmacia. Los graduados de estas instituciones pueden no haber aprendido a sentirse seguros con el uso de opioides suficientes para aliviar el dolor y pueden carecer de conocimientos sobre los efectos colaterales comunes y su control.
- **Creencias negativas del personal de salud no basadas en datos científicos:** El personal de salud puede abrigar creencias persistentes que los lleven a utilizar incorrectamente los opioides. Por ejemplo, algunos pueden creer que el uso a largo plazo de opioides acelerará la muerte o causará dependencia en una paciente.
- **Barreras económicas:** Bajos márgenes de utilidades, precios altos y un escaso movimiento pueden dar lugar a una falta de disponibilidad de analgésicos opioides en un país.

Donde haya analgésicos opioides disponibles, se deben seguir las leyes y reglamentos nacionales. Sin embargo, se debe verificar cuidadosamente si permiten administrar adecuadamente el alivio del dolor. De lo contrario, es preciso que médicos y no

⁸ Véanse las listas modelo de medicamentos esenciales de la OMS; OMS (2013), véanse las lecturas complementarias.

⁹ OMS (2011), véanse las lecturas complementarias.

¹⁰ OMS (2013), véanse las lecturas complementarias.

médicos aúnen esfuerzos para abogar en favor de que en los cuidados paliativos de los pacientes se incluya el alivio del dolor.

En el 2011, la OMS publicó directrices de política con el siguiente título: *Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas: orientación para la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos fiscalizados*.¹¹ Estas directrices se pueden utilizar para identificar barreras de acceso a los opioides y otros medicamentos potentes, y se pueden utilizar asimismo como referencia para elaborar legislación y políticas adecuadas, inclusive para las farmacias, que sopesen el acceso a los analgésicos opioides y a otros medicamentos fiscalizados para uso médico con los riesgos de que estos se desvíen y generen dependencia a los opiáceos en la sociedad.

7.4.3 La escalera analgésica de la OMS

La escalera de tres peldaños de la OMS para el alivio del dolor en el cáncer, publicada en 1986,¹² formula orientaciones sobre cómo controlar el dolor en el cáncer. Sin embargo, actualmente en muchos países se omite el segundo escalón y se utilizan en cambio dosificaciones bajas de opioides fuertes como la morfina a fin de controlar el dolor de manera oportuna y eficaz. En un futuro próximo la OMS formulará nuevas directrices sobre el control del dolor en el cáncer en adultos y se las deberá consultar una vez publicadas.

7.4.4 Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE)

Los AINE son una clase de medicamentos que alivian dolores e inflamaciones. A menudo se utilizan para aliviar dolores leves a moderados en todos los tipos de cáncer, así como dolores artríticos, calambres menstruales, dolores musculares posteriores a ejercicios físicos y cefaleas por tensión. La mayoría de los AINE están disponibles en formas farmacéuticas de venta libre. Algunos de los utilizados en el tratamiento del cáncer son los siguientes: ibuprofeno, naproxeno, nabumetona, ketorolaco, sulindaco y diclofenaco. Los AINE se pueden administrar complementariamente con opioides en dosis seguras, por ejemplo para tratar más eficazmente dolores óseos.

7.4.5 Opioides

Desde un punto de vista farmacológico, opioides son todas las sustancias químicas que actúan de igual manera que la morfina para aliviar el dolor. Los opioides pueden proceder de la planta de adormidera o ser sintéticos, e incluso los puede hacer el propio cuerpo (endorfinas); pueden o no estar relacionados químicamente con la morfina. Los efectos analgésicos (que alivian el dolor) de los opioides se deben a que reducen la percepción del dolor y la reacción al dolor, y aumentan la tolerancia al dolor. Los efectos colaterales más comunes de los opioides son estreñimiento, náuseas, sedación, depresión respiratoria, euforia y somnolencia. Los opioides también pueden suprimir la tos, de manera que esta es otra indicación

¹¹ OMS (2011), véanse las lecturas complementarias.

¹² OMS (1986), véanse las lecturas complementarias.

para administrar un opioide. La revisión sistemática de los datos científicos indica que el fentanil, la morfina, la hidrocodona, la oxycodona y la metadona son igualmente eficaces.¹³ Sin embargo, las pacientes suelen preferir el fentanil transdérmico. Los estudios indican menos estreñimiento y menos retención urinaria en las pacientes que utilizan fentanil, mientras que se notificaron menos náuseas, menos sudoración y menos diarrea con morfina oral. El precio local de los medicamentos es una consideración importante al seleccionar la preparación por utilizar.¹⁴

La aparición de dependencia a los opiáceos en pacientes tratados con ellos para aliviar el dolor es rara y no debe ser una razón para no tratar el dolor moderado o intenso con las dosis más eficaces según cada paciente.¹⁵

Se debe aplicar un método progresivo de tratamiento analgésico, empezando con paracetamol o un AINE para el dolor leve, y analgésicos opioides potentes para el alivio del dolor moderado a intenso en mujeres con cáncer cervicouterino.¹⁶

Los analgésicos son más eficaces si se administran “con el reloj”, a intervalos regulares fijos, en lugar de “según sea necesario”. Se prefiere la vía oral para todos los medicamentos analgésicos, incluida la morfina.¹⁷

La morfina oral es eficaz como tratamiento de primera línea del dolor persistente moderado a intenso en mujeres con cáncer cervicouterino.¹⁸

7.4.6 Métodos no farmacológicos para ayudar a controlar el dolor

Muchos métodos no farmacológicos apropiados para las costumbres y la cultura locales pueden ayudar a controlar el dolor. Estos métodos pueden aplicarse junto con los medicamentos analgésicos, pero nunca deben ocupar el lugar de los medicamentos eficaces para aliviar el dolor. El control no medicinal del dolor puede incluir apoyo emocional, métodos físicos (toques y masajes), distracciones, música, arte y otras terapias expresivas, imágenes guiadas y terapia de relajación, aromaterapia, terapia animal, rezo, meditación y métodos tradicionales locales no perjudiciales. También pueden utilizarse acupuntura y otras terapias asiáticas o tradicionales chinas. El masaje ha demostrado ser un eficaz coadyuvante para el control del dolor. Estos métodos de control del dolor deben ser aplicados por profesionales capacitados, y solo con el conocimiento y la aprobación explícita de la paciente y su familia. Se debe alentar a la paciente a que informe a sus dispensadores de asistencia sanitaria acerca de los métodos adicionales que desee utilizar.

¹³ OMS (2004), véanse las lecturas complementarias.

¹⁴ Tassinari et al. (2011), Wiffen & McQuay (2007), véanse las lecturas complementarias.

¹⁵ Minozzi et al. (2013), véanse las lecturas complementarias.

¹⁶ OMS (2014), véanse las lecturas complementarias.

¹⁷ OMS (2004 y 2014), véanse las lecturas complementarias.

¹⁸ OMS (2014), véanse las lecturas complementarias.

7.4.7 Otros problemas de la enfermedad avanzada

Además del dolor, otros síntomas y problemas comunes en el cáncer cervicouterino avanzado son los siguientes: flujo vaginal, fístulas, hemorragia vaginal, náuseas y vómitos, diarrea o estreñimiento, fiebre, pérdida del apetito, emaciación, debilidad y fatiga, tumefacción de piernas, úlceras de decúbito, disnea, incontinencia intestinal o vesical, ansiedad y depresión. Véase en la hoja práctica 7.2 información sobre el control del flujo vaginal, las fístulas y el sangrando en casa; esta información está destinada a los cuidadores de nivel primario, comunitario y domiciliario, e incluye información pertinente sobre la prevención de infecciones y la orientación.



Tratamiento de síntomas

7.5 Mantener a la paciente y a su círculo de apoyo informados

7.5.1 Para el dispensador de nivel terciario: informar a la paciente sobre la cesación del tratamiento curativo

Se debe informar a la paciente acerca de las opciones terapéuticas en todas las etapas de la enfermedad, y ella debe desempeñar una función activa en la toma de decisiones. Cuando resulta evidente que no será beneficioso para la paciente proseguir el tratamiento curativo porque no está teniendo un efecto favorable sobre su salud ni sobre el estado del cáncer, lo mejor es aconsejar a la paciente y su familia de una manera sensible pero veraz. También es importante hacer saber a la paciente que, aunque el tratamiento del cáncer no pueda ayudarla, usted sigue comprometido con su bienestar y tratará los síntomas que ella tiene, incluido el dolor. Procure no decir “no se puede hacer nada más”, porque los cuidadores pueden hacer muchas cosas para aliviar los síntomas, suministrar medicamentos, organizar la atención en otro nivel, o simplemente estar disponibles. Si la paciente ha estado hospitalizada y regresa a casa, es el momento de comunicarse con los dispensadores de asistencia sanitaria locales que pueden prestar cuidados paliativos. Las preguntas acerca de cuánto tiempo de vida le queda se deben responder con sinceridad, es decir: usted no lo sabe pero quizá sean pocos días, semanas o meses, según la situación de la paciente. Esto le dará a ella y a su familia una idea de lo que cabe esperar, para que puedan tomar medidas apropiadas.

Lo mejor es permanecer lo más sereno y comprensivo posible: esta es una conversación muy emocional y entristecedora que debe tener lugar. No es aceptable que personal de menor nivel se presente ante la paciente y le comunique que sus médicos han decidido su egreso del hospital.

Pregúntele primero cómo se siente, qué síntomas tiene y quién de su hogar y de la comunidad podría ayudarla en sus necesidades físicas, emocionales y espirituales. Cuando este tema se haya tratado detenidamente, usted examinará con ella lo que se ha hecho en las últimas semanas de atención a su salud y luego abordará

muy cuidadosamente la cuestión de que en las últimas x semanas o meses no se ha logrado ninguna mejora. Haga saber a la paciente que el equipo de médicos que la atienden en el hospital acordó que sería preferible para ella regresar al hogar y estar con su familia y su círculo de apoyo, que son las personas más propicias para darle consuelo y paz. Informe a la paciente acerca de la posibilidad de tomar medidas por adelantado (lo que también se conoce como un “testamento sobre la propia vida”), porque esto podría ser útil después si ella deja de estar en condiciones de adoptar decisiones por sí misma. Infórmela asimismo de la asistencia que usted y el hospital pueden brindarle.

Por último, comunique a la paciente que se remitirá a los dispensadores de atención primaria y agentes sanitarios de la comunidad un informe completo, con inclusión de sugerencias para tratar sus síntomas continuos y otros síntomas que se puedan prevenir, instando a esos dispensadores a acompañar a la paciente durante esta etapa de su vida. Se incluirá asimismo información de contacto (teléfono, fax, correo electrónico, dirección) del centro de tratamiento, se solicitará retroalimentación periódica sobre el estado de la paciente y se alentará a los dispensadores locales a que pidan asesoramiento si la paciente presenta síntomas imprevistos. Cerciórese de que estos dispensadores sepan que usted y su equipo están disponibles para hablar con ellos sobre cualquier inquietud que tengan acerca de la evolución de la paciente en el futuro cercano.

7.5.2 Para los dispensadores de nivel primario y secundario y los cuidadores domiciliarios: hablar con la paciente cuando regresa al hogar

Cuando la paciente recibe el alta hospitalaria y vuelve a su hogar, deben visitarla los dispensadores de su comunidad, los de nivel primario y secundario de la atención y, si ella lo desea, su familia, para establecer una relación cálida y de confianza. Después de los saludos y las presentaciones necesarias, usted puede comenzar a hablar de lo que ella aprecia acerca de estar nuevamente en el hogar, rodeada de su círculo cercano. Lo más importante es asegurarle que usted estará disponible cuando ella lo necesite y explicarle cómo comunicarse con usted en cualquier momento, pero también decirle lo mucho que pueden hacer los cuidadores para aliviar sus síntomas, entre otras cosas suministrarle medicamentos y organizar citas y transporte al establecimiento de nivel primario o terciario si fuera necesario.

Después de lo anterior, es importante entablar una conversación confidencial y más detallada. Usted, el dispensador, debe permanecer lo más tranquilo y comprensivo posible: esta es una conversación muy emocional y enristecedora que debe tener lugar. Antes de iniciarla, asegúrese de que sea un momento propicio para ello; si la paciente prefiere otro momento, procure hacer arreglos para poco después. Procure hablar siempre de forma veraz pero sensible. No hay conflicto entre la veracidad y la esperanza.

Las preguntas acerca de cuánto tiempo de vida le queda se deben responder con sinceridad (remítase a la sección 7.5.1, que presenta esta misma información dirigida a dispensadores de nivel terciario).

Cuando una paciente que ha estado hospitalizada regresa al hogar, los dispensadores de atención de salud y cuidadores de todos los niveles entablarán una comunicación entre ellos y se informarán acerca de la paciente y su evolución.

Véase en la hoja práctica 7.3 orientación sobre la manera de hablar con una paciente que regresa a su hogar para recibir cuidados paliativos.



Orientación:
cuidados paliativos

7.5.3 Hablar del tratamiento del dolor con la paciente y su familia

Cuando se comienza el control del dolor, es importante hablar de esto con la paciente y su familia. En particular se debe tener presente lo siguiente:

- Informar a la paciente y su familia que, en la mayoría de los casos, el dolor y otros síntomas del cáncer se pueden controlar.
- Alentar a la paciente y su familia a que permanezcan en contacto con los dispensadores comunitarios, especialmente si aparecen síntomas nuevos o si aumenta el dolor.
- Describir los medicamentos prescritos según la intensidad del dolor y pedir a la paciente que mantenga a los dispensadores informados de su eficacia porque, si no son del todo eficaces, los medicamentos contra el dolor se pueden cambiar o la dosis se puede aumentar.
- Hablar con la paciente de las opciones tradicionales y no clínicas de control del dolor que se pueden utilizar además de los medicamentos.
- Asegurar a la paciente y su círculo de apoyo que los medicamentos potentes contra el dolor se le recomiendan y suministran porque padece dolores, no porque esté por morir.
- Asegurar a la paciente y su círculo de apoyo que es rara la dependencia respecto de los medicamentos fuertes contra el dolor.
- Proporcionar a la paciente y su familia información sobre las dosificaciones, la frecuencia de uso, la eficacia, la velocidad con que se consigue el alivio esperado, los efectos colaterales y la manera de prevenirlos y tratarlos. Proporcionar de palabra y por escrito la siguiente información:
 - Casi siempre se presenta estreñimiento. Se puede tratar con laxantes orales y se puede prevenir si los medicamentos se administran desde el principio del tratamiento sin esperar al comienzo de los síntomas.
 - Las náuseas son menos comunes, generalmente transitorias, y se pueden tratar con antieméticos.

- La euforia y la somnolencia también suelen ser transitorias; si son severas o no disminuyen con el tiempo, el dispensador ayudará a la paciente reduciendo muy gradualmente la dosis. Si estos efectos colaterales persisten, el dispensador solicitará asesoramiento a especialistas en dolor.
- Informar a la paciente y su familia sobre el lugar, el día y la hora de las citas de seguimiento (inclusive las domiciliarias), aunque no se presenten problemas, y sobre la manera de organizar una cita si necesitan consultar a un médico.
- Informarlos de cómo pueden contactar a los dispensadores de atención clínica en cualquier momento del día o de la noche (proporcionar números de teléfono, etc.) en caso de preguntas urgentes, problemas graves o empeoramiento.

7.5.4 Hablar de la cercanía de la muerte con la paciente y su familia

Es importante que los dispensadores de la comunidad y los de nivel primario hablen con la paciente, y si fuera apropiado con la familia y con el grupo de apoyo de la paciente, sobre la probabilidad de que ella pueda morir muy pronto.

En la manera de hablar de la muerte inminente se deben tener en cuenta los elementos culturales específicos. Es importante no declarar directamente que la paciente está moribunda, sino elegir las palabras correctas con mucho tacto y decir, por ejemplo, que ha notado que ella se ha vuelto más frágil o que se la ve menos bien. Asegure a la familia de la paciente que todos están haciendo lo más posible para mantenerla cómoda y que es muy importante para ella que estén a su lado, le proporcionen amor y hagan que se sienta cuidada.

Si fuera posible, sugiera que el trabajo inmediato del círculo de apoyo de la paciente consiste en ayudarla a comunicarse con las personas próximas a ella que no vivan cerca y alentarlos a asegurarle que están dispuestos y pueden hacer lo que ella sienta que se deba hacer para que su vida sea más satisfactoria (por ejemplo, resolver conflictos presentes o viejos y cumplir con compromisos).

Mantenga a los trabajadores de la comunidad que han ayudado a la paciente informados de su estado y pídale que la visiten a diario si fuera posible. Pídale también que informen al dispensador de atención primaria local acerca de su estado y, de ser necesario, solicite que el dispensador visite a la paciente a domicilio.

Asegure a la familia que usted está y estará constantemente disponible para verlos a ellos y a la paciente por las razones que sea. También haga saber a los familiares que después de la muerte de la paciente, un ser querido, usted estará allí para ellos y los apoyará durante el período de duelo, si así lo desean.

Lecturas complementarias

- Connor S, Egan K, Kwilosz D, Larson D, Reese D. Interdisciplinary approaches to assisting with end-of-life care and decision-making. *Am Behav Sci.* 2002;46(3):340–56.
- Minozzi S, Amato L, Davoli M. Development of dependence following treatment with opioid analgesics for pain relief: a systematic review. *Addiction.* 2013;108(4):688–98. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.04005.x.
- Open Society Foundations (OSF). Public health fact sheet: palliative care as a human right. New York: OSF; 2011 (<http://www.opensocietyfoundations.org/publications/palliative-care-human-right-fact-sheet>, accessed 24 October 2014).
- Tassinari D, Drudi F, Rosati M, Maltoni M. Transdermal opioids as front line treatment of moderate to severe cancer pain: a systemic review. *Palliative medicine.* 2011;25(5):478–87.
- Wiffen PJ, McQuay HJ. Oral morphine for cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(4):CD003868. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alivio del dolor en el cáncer. Ginebra: OMS; 1986. (La segunda edición, de 1996, se encuentra en <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243544829.pdf>).
- World Health Organization (WHO). A community health approach to palliative care for HIV/ AIDS and cancer patients in sub-Saharan Africa. Geneva: WHO; 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591498.pdf>, accessed 18 July 2014).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS. 18ª lista. Ginebra: OMS; 2013. En español en: https://www.icf.uab.es/es/pdf/publicacions/LME18_spa.pdf. En inglés en: http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/18th_EML_Final_web_8Jul13.pdf, consultado el 22 de octubre del 2014).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Resolución WHA 67.19. Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida. 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, punto 15.5 del orden del día, Ginebra, 24 de mayo del 2014. Ginebra: OMS; 2014 (WHA 67.19; (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454es/s21454es.pdf>, consultado el 18 de julio del 2014).



HOJAS PRÁCTICAS

Hoja práctica 2.1: Lista de verificación para la planificación e implementación de un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino¹

PLANIFICACIÓN del programa	
Establecer un equipo de atención	
Hacer participar a los interesados directos locales	
Examinar y, de ser necesario, revisar o actualizar directrices y protocolos de prácticas	
Evaluar las necesidades locales para la prestación de servicios de vacunación contra VPH y tamizaje, tratamiento y derivación	
Determinar el tamaño de las poblaciones destinatarias de la vacunación y del tamizaje, en zonas tanto rurales como urbanas	
Elaborar un plan de acción, incluido uno de información, educación y comunicación (IEC), un plan de capacitación, una estrategia de prestación de servicios, metas de cobertura local de vacunación contra VPH y una estrategia de tamizaje y tratamiento	
Elaborar el presupuesto y asignar recursos para la implementación del plan de acción	
Elaborar o actualizar el material de IEC y el material didáctico	
Proporcionar orientación a la comunidad, los interesados directos y el personal local	
Impartir capacitación y perfeccionamiento a personal de salud, supervisores y administradores de datos	
Adquirir y distribuir equipo y suministros	
Establecer sistemas de gestión de la calidad, incluidos indicadores, sistemas de supervisión capacitante y sistemas de información para recoger, almacenar y comunicar datos a nivel subnacional y nacional	
Fortalecer los sistemas de derivación de casos	
Iniciar los servicios	
APLICACIÓN del programa	
Implementar una estrategia de educación y sensibilización de las comunidades	
Prestar servicios clínicos y garantizar la derivación de casos	
Supervisar el trabajo de los dispensadores y organizar la capacitación y la resolución de problemas en el lugar según sea necesario	
Seguir de cerca y evaluar el desempeño del programa y sus resultados según los indicadores seleccionados	
Modificar la estrategia según los resultados del seguimiento y la evaluación	

¹ Fuente: adaptado de Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs: a manual for managers. Seattle (WA): Alliance for Cervical Cancer Prevention; 2004 (http://www.rho.org/files/ACCP_mfm.pdf).

Hoja práctica 2.2: Principales indicadores de desempeño e impacto de programas nacionales de prevención y control del cáncer cervicouterino

Esta hoja práctica enumera los principales indicadores de desempeño, resultado e impacto de un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino, y muestra cómo calcular cada uno de ellos.

Indicadores básicos de tamizaje y tratamiento²

Nota: Este conjunto de indicadores básicos se elaboró para la inspección visual con ácido acético (IVAA), pero se puede aplicar a cualquier otra prueba de tamizaje cervicouterino, como se indica a continuación.

Indicador básico 1: Tasa de tamizaje (indicador de desempeño)

Lo que mide: Porcentaje de las mujeres de 30 a 49 años de edad que se han sometido por primera vez a una prueba de tamizaje cervicouterino en un período de 12 meses. Este es un indicador de vigilancia que mide cuántos tamizajes dirigidos a mujeres de 30 a 49 años de edad se realizaron en un período de 12 meses.

Cálculo:

Numerador: Número de mujeres de 30 a 49 años de edad que se han sometido por primera vez a una prueba de tamizaje cervicouterino en un período de 12 meses
Denominador: Número de mujeres de 30 a 49 años de edad en la población.

Indicador básico 2: Tasa de positividad en la prueba de tamizaje cervicouterino (indicador de desempeño)

Lo que mide: El porcentaje de mujeres de 30 a 49 años de edad que han tenido un resultado positivo en el tamizaje.

Cálculo:

Numerador: Número de mujeres de 30 a 49 años de edad con resultado positivo en un período de 12 meses.
Denominador: Número total de mujeres de 30 a 49 años de edad sometidas a tamizaje en un período de 12 meses.

Indicador básico 3: Tasa de tratamiento (indicador de desempeño)

Lo que mide: El porcentaje de mujeres con resultado positivo en el tamizaje que han recibido tratamiento en un año determinado.

² Adaptado del anexo 3 de: Monitoreo de los programas nacionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Control de calidad y garantía de calidad para programas basados en inspección visual con ácido acético (IVAA). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/es/>).

Cálculo:

Numerador: Número de mujeres de 30 a 49 años de edad con resultado positivo en el tamizaje que finalizan un tratamiento apropiado en un período de 12 meses.

Denominador: Número de mujeres con resultado positivo en el tamizaje en un período de 12 meses.

Indicador básico 4: Cobertura de la población destinataria (indicador de resultados)

Lo que mide: El porcentaje de mujeres de 30 a 49 años de edad que se han sometido a una prueba de tamizaje cervicouterino por lo menos una vez entre los 30 y los 49 años de edad. Este indicador mide la eficacia del programa de tamizaje para llegar a la población destinataria por lo menos una vez.

Cálculo:

Numerador: Todas las mujeres de 30 a 49 años de edad que respondieron “Sí” a la pregunta de la encuesta.

Denominador: Todas las mujeres de 30 a 49 años de edad que respondieron a la pregunta en la encuesta.

Indicador básico 5: Incidencia de cáncer cervicouterino específica para la edad (indicador de impacto)

Lo que mide: El número de casos nuevos de cáncer cervicouterino que se presentan en una población definida de individuos libres de la enfermedad en un período especificado.³

Cálculo:

Numerador: Número de casos en el grupo etario

Denominador: Número de mujeres en el grupo etario (calcular 1 persona-año por persona, si la medición es anual).

Indicadores adicionales de tamizaje y tratamiento⁴

Nota: Este conjunto de indicadores adicionales se elaboró para la inspección visual con ácido acético (IVAA), pero se puede aplicar a otra prueba de tamizaje cervicouterino, según se indica a continuación.

1. Porcentaje de las mujeres con resultado positivo en el tamizaje y con lesiones aptas para crioterapia tratadas en la misma visita

Cálculo:

Numerador: Número de mujeres con resultado positivo en el tamizaje y con lesiones aptas para crioterapia tratadas en la misma visita x 100.

³ Boyle P, Parkin DM. Statistical methods for registries. In: Jensen OM et al., editors. Cancer registration: principles and methods. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC); 1991:126–58.

⁴ Adaptado del anexo 4 de: Monitoreo de los programas nacionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Control de calidad y garantía de calidad para programas basados en inspección visual con ácido acético (IVAA). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/es/>).

Denominador: Número de mujeres con resultado positivo en el tamizaje y con lesiones aptas para crioterapia.

2. Porcentaje de las mujeres con resultado positivo en el tamizaje y con lesiones no aptas para crioterapia derivadas para colposcopia que finalizan el tratamiento adecuado

Cálculo:

Numerador: Número de mujeres con resultado positivo en el tamizaje y con lesiones no aptas para crioterapia derivadas para colposcopia que finalizan el tratamiento adecuado x 100

Denominador: Número de mujeres con resultado positivo en el tamizaje y con lesiones no aptas para crioterapia.

3. Porcentaje de mujeres con presunto cáncer invasor en una prueba de tamizaje cervicouterino que finalizan el tratamiento apropiado o el seguimiento apropiado

Cálculo:

Numerador: Número de mujeres con presunto cáncer invasor en una prueba de tamizaje cervicouterino que finalizan el tratamiento o el seguimiento apropiados x 100

Denominador: Número de mujeres con presunto cáncer invasor en una prueba de tamizaje cervicouterino.

Indicadores de la vacunación contra VPH

Cobertura de vacunación contra VPH⁵

Plenamente vacunadas: Porcentaje de niñas admisibles en la población destinataria que han recibido las dos dosis (o tres dosis si corresponde) recomendadas en el calendario de vacunación contra VPH.

Cálculo:

Numerador: Número de niñas que recibieron VPH2 (o VPH3 si corresponde) x 100

Denominador: Número de niñas en la población que satisfacen las condiciones para la vacunación contra VPH.

Tasa de eventos adversos posvacunales (EAPV) en la vacunación contra VPH

Número y porcentaje de niñas vacunadas que experimentaron eventos adversos graves Y eventos adversos no graves, notificados espontáneamente por los mecanismos habituales del programa de vacunación del país.

⁵ Véase el anexo 6: Formularios modelo de inmunización contra VPH.

Indicadores de la atención al cáncer cervicouterino

Incidencia de cáncer cervicouterino: Incidencia de cáncer cervicouterino específica para la edad en una población definida de individuos libres de la enfermedad en un período determinado.

Mortalidad por cáncer cervicouterino: Número de defunciones por cáncer cervicouterino en un período determinado en una población especificada.

Tratamiento del cáncer: Proporción de pacientes de cáncer curable que reciben tratamiento adecuado (según las normas establecidas) en un período determinado.⁶

Acceso a opioides: Porcentaje de mujeres con cáncer cervicouterino avanzado que reciben opioides fuertes en un período determinado, por centro de tratamiento.

Cálculo:

Numerador: Número de mujeres con cáncer cervicouterino avanzado y dolor como problema identificado que reciben atención en un centro de tratamiento y se las está tratando con un opioide fuerte, como morfina

Denominador: Número de mujeres con cáncer cervicouterino avanzado y dolor como problema identificado que reciben atención en un centro de tratamiento.

Atención comunitaria: Porcentaje de mujeres con cáncer cervicouterino avanzado que son derivadas para asistencia domiciliaria, incluidos cuidados paliativos, en un período determinado.

Cálculo:

Numerador: Número de mujeres con cáncer cervicouterino avanzado que reciben atención en un centro de tratamiento, se las deriva para recibir asistencia domiciliaria, incluidos cuidados paliativos, y están en condiciones de recibirlos

Denominador: Número de mujeres con cáncer cervicouterino avanzado que reciben atención en un centro de tratamiento.

⁶ Diagnosis and treatment (Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: module 4). Geneva: World Health Organization; 2008 (http://www.who.int/cancer/modules/FINAL_Module_4.pdf).

Hoja práctica 3.1: Mensajes clave para la extensión y la educación sobre cáncer cervicouterino

Esta hoja práctica presenta mensajes, basados en datos factuales, para los educadores de salud. El suministro de información exacta y fácil de entender es el primer paso para ayudar a las mujeres y sus familiares a tener acceso a los servicios que pueden prevenir el cáncer cervicouterino. Usted puede utilizar estos mensajes para preparar sus conversaciones de promoción de la salud.

Las actividades de educación sanitaria deben posibilitar que mujeres y hombres puedan responder a las siguientes preguntas:

- ¿QUÉ es el precáncer?
- ¿QUÉ es el cáncer cervicouterino?
- ¿CÓMO puede prevenirse el cáncer cervicouterino?
- ¿QUIÉN debe vacunarse?
- ¿QUIÉN debe someterse a tamizaje?
- ¿QUÉ servicios de prevención están disponibles localmente?
- ¿DÓNDE y CUÁNDO puede obtenerse acceso a estos servicios locales?

Cinco mensajes clave

¡Usted puede prevenir el cáncer cervicouterino mediante vacunación, detección precoz y tratamiento! Los siguientes mensajes específicos son los más importantes para transmitir dentro de su comunidad. Aprenda estos cinco mensajes sencillos y úselos sistemáticamente.

1. El cáncer cervicouterino es una enfermedad prevenible.
2. Hay pruebas que permiten detectar cambios tempranos en el cuello uterino (conocidos como lesiones precancerosas) que pueden conducir a un cáncer si no se tratan.
3. Hay tratamientos seguros y eficaces para estos cambios tempranos.
4. Todas las mujeres de 30 a 49 años de edad deben someterse a tamizaje de cáncer cervicouterino por lo menos una vez.
5. Hay una vacuna para las niñas que puede ayudar a prevenir el cáncer cervicouterino.

Mensajes más detallados sobre el cáncer cervicouterino para utilizar en sus conversaciones de promoción de la salud

Quién corre el riesgo

- El cáncer cervicouterino es una de las principales causas de muerte por cáncer en las mujeres.
- Las mujeres 30 a 49 años de edad son las más expuestas al riesgo de cáncer cervicouterino.
- Toda mujer que haya tenido relaciones sexuales corre el riesgo de contraer cáncer cervicouterino.

Infección por VPH

- El cáncer cervicouterino es causado por una infección por virus del papiloma humano (VPH). Este virus se transmite durante las relaciones sexuales y es muy común en hombres y mujeres.
- Casi todos los hombres y las mujeres estarán expuestos al VPH en su vida. La mayoría de las infecciones por VPH desaparecen en poco tiempo sin tratamiento.
- En algunas mujeres, la infección por VPH persiste y puede modificar lentamente las células del cuello uterino. Estos cambios se denominan precancerosos. Si no se tratan, pueden convertirse en un cáncer cervicouterino.

Vacunación

- Todas las niñas deben vacunarse contra VPH en algún momento entre los 9 y los 13 años de edad.
- La vacunación previene la infección por los tipos de VPH que causan la mayoría de los cánceres cervicouterinos.
- Las vacunas contra VPH son seguras y eficaces. Las reacciones adversas, si se presentan, suelen ser menores.
- La vacuna contra VPH no tiene ningún efecto sobre la fecundidad de la niña y no afecta a su capacidad de quedar embarazada y tener hijos sanos en etapas posteriores de la vida.
- Para que la vacuna contra VPH tenga una eficacia óptima, se la debe administrar como indican las instrucciones del fabricante en cuanto al número de dosis y su calendario de administración (véase el capítulo 4, sección 4.2.3).
- Incluso después de la vacunación, todas las mujeres de 30 a 49 años de edad requerirán tamizaje de cáncer cervicouterino.

HP 3

Tamizaje y tratamiento

- Hay pruebas de tamizaje de cáncer cervicouterino que permiten detectar cambios tempranos en el cuello uterino (lesiones precancerosas).
- Las pruebas de tamizaje de lesiones cervicouterinas precancerosas son sencillas, rápidas e indoloras.
- Si una prueba de tamizaje es positiva, significa que podría haber cambios tempranos (lesiones precancerosas) que se pueden tratar. Un resultado positivo en una prueba de tamizaje NO significa cáncer.
- Para prevenir el cáncer cervicouterino, todas las mujeres con pruebas de tamizaje positivas deben recibir tratamiento.
- Las mujeres deben tener una prueba de tamizaje por lo menos una vez entre los 30 y los 49 años de edad. Es importante seguir la recomendación del trabajador de salud sobre cuándo regresar para un nuevo tamizaje.
- Las mujeres con infección por VIH corren mayor peligro de cáncer cervicouterino. Se debe someter inmediatamente a tamizaje de precáncer y cáncer cervicouterinos a las mujeres y niñas con resultado positivo en la prueba del VIH que hayan iniciado su actividad sexual, independientemente de su edad; estas mujeres y niñas con VIH deben volver a someterse a tamizaje 12 meses después del tratamiento de las lesiones precancerosas, o tres años después de un resultado negativo en el tamizaje.

Signos y síntomas de cáncer cervicouterino

- Los signos del cáncer cervicouterino incluyen: flujo vaginal maloliente, hemorragia vaginal, hemorragia después del coito o cualquier hemorragia después de la menopausia. Las mujeres con estos síntomas deben solicitar atención médica con prontitud.
- Los cambios tempranos de las lesiones precancerosas no muestran ningún signo ni síntomas. El tamizaje es la única manera de saber si una mujer tiene lesiones precancerosas.

Tomar decisiones sobre la propia salud

- Las mujeres tienen derecho a decidir ellas mismas acerca de su salud. Para tomar decisiones fundamentadas, las mujeres necesitan información correcta.
- Las mujeres quizá deseen incluir a sus parejas o familias en su toma de decisiones. Mientras que se recomiendan firmemente el tamizaje de cáncer cervicouterino y el tratamiento de las lesiones precancerosas, las mujeres deben saber que tienen derecho a rechazar cualquier prueba o tratamiento.

Hoja práctica 3.2: Preguntas frecuentes acerca del cáncer cervicouterino

HP 3

Los hombres y las mujeres, incluidos los dispensadores de asistencia sanitaria, a menudo carecen de información sobre el cáncer cervicouterino. En esta hoja práctica se enumeran algunas preguntas frecuentes y se dan respuestas. Usted y sus colegas deben agregar otras preguntas y respuestas pertinentes para la situación local.

Cabe observar que algunas respuestas son repetitivas, de manera que cuando se le formule una pregunta, usted no necesite repasar todas las respuestas de esta hoja práctica. Si se familiariza con toda la información que aparece más abajo, cuando se le haga una pregunta, usted podrá encontrar rápidamente la mejor respuesta.

Véanse en la hoja práctica 4.1 preguntas frecuentes sobre la vacunación contra VPH.



Preguntas frecuentes sobre VPH

Acerca del cáncer cervicouterino

P: ¿Qué es el cáncer?

R: El cáncer es la enfermedad causada por un crecimiento descontrolado de ciertas células del cuerpo que generan tumores o bultos. No todos estos son cancerosos. Si se permite que un cáncer crezca y se propague, puede interferir con las funciones normales del cuerpo.

P: ¿Qué causa cáncer cervicouterino?

R: El cáncer cervicouterino es causado por una infección por un virus llamado “virus del papiloma humano” o VPH. Este virus es muy común y se transmite durante las relaciones sexuales, de manera que la mayoría de las personas lo tendrán en algún momento de sus vidas. En la mayoría de las personas el VPH desaparecerá por sí mismo, pero en un número reducido de mujeres infectadas el virus permanecerá. En estas mujeres, el virus puede causar en las células del cuello uterino cambios que se pueden convertir en cáncer cervicouterino si no se los encuentra en una prueba de tamizaje y no se los extrae.

P: ¿Causa el VPH otras enfermedades?

R: R: El VPH puede causar verrugas genitales en hombres y en mujeres. Las verrugas genitales son causadas por tipos de VPH diferentes de los que causan el cáncer cervicouterino. Las verrugas genitales no se convertirán en cáncer, pero pueden requerir tratamiento si no desaparecen espontáneamente. En casos raros, el VPH puede causar otros tipos de cáncer, como cáncer de vagina, vulva, pene o ano.

P: ¿Quién contrae un cáncer cervicouterino?

R: Casi todas las mujeres que hayan tenido relaciones sexuales, aun sin penetración, pueden estar infectadas por VPH y por consiguiente corren riesgo de cáncer cervicouterino. Las mujeres expuestas a un mayor peligro son las que nunca se han sometido a tamizaje.

HP 3

Las que tienen VIH también corren mayor riesgo porque el VIH aumenta la probabilidad de contraer cáncer a una edad más temprana.

Las buenas noticias son que los cuerpos de la mayoría de las mujeres eliminarán por sí solos la infección por VPH y nunca contraerán cáncer, pero el tamizaje es la única manera de saber quién puede contraer esta enfermedad.

Dado que el cáncer cervicouterino no se encuentra generalmente en las mujeres antes de los 40 a 50 años, el mejor momento para someterse a tamizaje de lesiones precancerosas es entre los 30 y los 49 años de edad, antes de que se conviertan en cáncer.

P: ¿Qué puedo hacer para prevenir el cáncer cervicouterino?

R: La manera más eficaz de prevenir el cáncer cervicouterino en las niñas es vacunarse antes del inicio de la actividad sexual y en las mujeres de 30 a 49 años de edad es someterse a tamizaje.

Si la prueba de tamizaje de una mujer es positiva, se la debe tratar sin demora. Esto puede salvar su vida. Si la prueba es negativa, es bueno repetir los tamizajes según las directrices nacionales.

Si usted tiene una hija, asegúrese de que reciba todas las dosis recomendadas de la vacuna contra VPH. Además, enséñele acerca de la importancia del tamizaje y del tratamiento precoz cuando sea mayor.

Todas las personas sexualmente activas también deben tener comportamientos que previenen la propagación de las infecciones de transmisión sexual (por ejemplo, retardar la iniciación de la actividad sexual, utilizar condones y tener tan pocos compañeros sexuales como sea posible). El tabaquismo puede aumentar el riesgo de cáncer cervicouterino en las mujeres infectadas por VPH.

Acerca del tamizaje (detección temprana) y el tratamiento

P: ¿Qué es el tamizaje cervicouterino?

R: El tamizaje cervicouterino consiste en aplicar a todas las mujeres en riesgo de cáncer cervicouterino pruebas que permitan detectar si tienen lesiones precancerosas. Si se encuentran lesiones precancerosas y no se tratan, estas pueden progresar hacia un cáncer en 10 o más años.

Hay varias pruebas muy eficaces que se pueden utilizar para el tamizaje, pero según dónde viva usted y lo que esté disponible, probablemente se utilizará solo una de ellas.

P: ¿Quién debe someterse a tamizaje de cáncer cervicouterino?

R: Las mujeres entre los 30 y los 49 años de edad (o según las directrices nacionales) deben tener una prueba de tamizaje para detectar cambios tempranos en el cuello uterino, llamados lesiones precancerosas. El tamizaje de lesiones cervicouterinas precancerosas y cáncer también se debe aplicar inmediatamente a las mujeres

y niñas que hayan obtenido resultados positivos en la prueba del VIH si ellas han iniciado su actividad sexual, independientemente de su edad; estas mujeres y niñas con VIH deben volver a someterse a tamizaje 12 meses después de un tratamiento de lesiones precancerosas, o tres años después de un tamizaje negativo.

P: No tengo síntomas, ¿por qué debo someterme al tamizaje?

R: El VPH vive en el cuerpo de la mujer durante muchos años antes de causar problemas. Después de muchos años comienza a causar en las células del cuello uterino cambios llamados lesiones precancerosas. Antes de contraer cáncer, la mayoría de las mujeres con lesiones precancerosas no tendrán síntomas. Usted puede tener lesiones precancerosas durante 10 o 15 años y no sentir nada anormal antes de que estas se conviertan en cáncer.

Cuando se presentan síntomas, como dolor en la región pelviana o un mal olor procedente de la vagina, estos suelen ser resultado de un cáncer cervicouterino avanzado, que es difícil de tratar. Para evitar un cáncer avanzado, las mujeres deben someterse a tamizaje de lesiones precancerosas por lo menos una vez entre los 30 y los 49 años de edad y deben ser tratadas si hay signos de enfermedad. El tratamiento de las lesiones precancerosas es fácil y muy eficaz.

P: ¿Qué se hace durante el tamizaje?

R: Hay diferentes pruebas que se pueden utilizar. Su dispensador de asistencia sanitaria le hablará de la prueba utilizada en el establecimiento de asistencia sanitaria local. En la mayoría de las pruebas, el dispensador de asistencia sanitaria hará un tacto vaginal para frotar suavemente el cuello uterino. La prueba no es dolorosa, pero puede ser un poco incómodo tener un espéculo en la vagina para que se pueda ver el cuello uterino. Su dispensador de atención sanitaria debe tratar de hacerlo de la manera más cómoda posible para usted. Algunas pruebas dan resultados de inmediato y otras requieren el envío de la muestra a un laboratorio y la espera de los resultados.

P: ¿Y si mi prueba es negativa?

R: Si su prueba de tamizaje es negativa, significa que usted no tiene cambios que se puedan convertir en cáncer cervicouterino. Es importante someterse a tamizaje cada 5 a 10 años, si fuera posible, para que cualquier cambio precanceroso se pueda detectar temprano y sea tratado de inmediato.

P: ¿Y si mi prueba es positiva?

R: En la mayoría de los casos una prueba de tamizaje positiva significa que usted tiene lesiones precancerosas, y estas pueden ser tratadas fácilmente en un consultorio.

A unas pocas mujeres, el dispensador de asistencia sanitaria querrá hacerles otra prueba para verificar si lo que tiene es precanceroso y no cáncer. Para eso puede enviarla a otro establecimiento, sea un centro de salud o un hospital. El dispensador también puede enviarla a un hospital para más atención si los resultados de la prueba no le dan seguridad, o si no puede proporcionarle el tratamiento necesario.

HP 3

Nota para el dispensador: A menos que haya un diagnóstico definitivo de cáncer determinado utilizando tejido del cuello uterino, para no asustar innecesariamente a la mujer no se le debe decir que puede tener cáncer porque una primera impresión puede ser errónea..

P: ¿Significa un tamizaje positivo que tengo cáncer? ¿Significa que moriré de cáncer cervicouterino?

A: Un tamizaje positivo NO significa que usted tiene cáncer. Suele significar que tiene algo llamado lesiones precancerosas o cambios tempranos que, si no se tratan, podrían convertirse en cáncer muchos años después. Las lesiones precancerosas son curables y fáciles de tratar. A menudo las lesiones precancerosas desaparecen después de un solo tratamiento.

Muy raramente se encuentran signos de cáncer cervicouterino en el momento del tamizaje de una mujer. Si se encuentra signos de cáncer posible, el dispensador de asistencia sanitaria le hará más pruebas o la enviará a otro centro de salud u hospital para más pruebas o para tratamiento. Es importante tratar tanto las lesiones precancerosas como el cáncer.

Un diagnóstico de cáncer no significa que usted morirá por eso; si se detecta temprano, se puede curar con los tratamientos disponibles.

P: ¿Cómo tratamos las lesiones precancerosas?

R: Si usted tiene lesiones precancerosas, su dispensador de asistencia sanitaria quizá pueda tratarlas el mismo día del tamizaje. El tratamiento más frecuente de las lesiones precancerosas, llamado crioterapia, consiste en congelarlas. La crioterapia no es dolorosa, pero puede ser incómoda, como un tacto vaginal. Es un tratamiento muy eficaz y seguro. En la mayoría de los casos, después de la crioterapia el cuello uterino volverá a ser sano y normal. Otro tratamiento es la escisión electroquirúrgica con asa, pero no suele estar disponible el mismo día.

P: ¿Son dolorosas las pruebas de tamizaje? ¿Se saca una parte del cuello uterino o de la matriz de una mujer durante el tamizaje?

R: Las pruebas de tamizaje son indoloras, pero pueden ser un poco incómodas durante el tacto vaginal. No se extrae ninguna parte del cuello uterino ni de la matriz durante el tamizaje.

P: ¿Es suficiente un tamizaje?

R: Es bueno tener al menos un tamizaje entre los 30 y los 49 años de edad. Se ha demostrado que un solo tamizaje en una mujer permite disminuir las probabilidades de muerte por cáncer cervicouterino. Sin embargo, si usted tiene la posibilidad de someterse nuevamente a tamizaje, es preferible repetirlo cada 5 a 10 años.

P: Soy demasiado tímida para mostrar mis partes íntimas a un médico, ¿qué puedo hacer?

- R: Quizá sea posible encontrar a una médica o enfermera que pueda hacer el tamizaje precanceroso. Pero si eso no es posible, pida que una dispensadora de asistencia sanitaria o una amiga o una mujer de la familia puedan estar presentes en la habitación durante el tamizaje.

Aunque sea tímida o le dé vergüenza, recuerde que todos los dispensadores, sean hombres o mujeres, han sido capacitados de la misma manera y que su objetivo es ayudarla a prevenir un cáncer cervicouterino. Haga lo mejor para usted misma y su familia, sométase a tamizaje de precáncer y a tratamiento si tiene un precáncer. El tamizaje y el tratamiento no son dolorosas. Si usted no se somete a tamizaje solo porque es tímida y el dispensador es un hombre, trate de superar ese temor y recuerde que las mujeres con cáncer cervicouterino padecen mucho dolor y pueden morir por ese cáncer.

P: ¿Cuán similares son el VPH y el VIH, el virus que causa el sida?

- R: Los dos virus, el VPH (virus del papiloma humano) y el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), son muy diferentes.

La infección por VPH es mucho más común que la infección por VIH; casi todas las personas sexualmente activas contraen VPH en algún momento de su vida. El VPH vive en la piel y se transmite cuando la piel de uno toca la piel de otro. El VIH vive en los líquidos y secreciones corporales, como el semen y la sangre, y se transmite cuando esos líquidos y secreciones corporales se intercambian entre personas; por esta razón, los condones son muy eficaces para prevenir la transmisión de VIH durante las relaciones sexuales.

Sin embargo, los condones no previenen las infecciones por VPH porque este virus puede vivir en la piel. La mejor manera de prevenir la infección por VPH es la vacunación. Por ahora no existe ninguna vacuna contra el VIH.

Preocupaciones comunes acerca del cáncer cervicouterino

P: He oído que el cáncer cervicouterino es causado por falta de higiene femenina o por usar las almohadillas sanitarias más de una vez. ¿Es verdad?

- R: No. El cáncer cervicouterino es causado por la infección por VPH. El cáncer no tiene nada que ver con la higiene vaginal ni con las almohadillas sanitarias.

P: ¿Es el cáncer cervicouterino una infección de transmisión sexual (ITS)?

- R: No. Sin embargo, es causado por el VPH, que se puede transmitir de una persona a otra durante las relaciones sexuales. El VPH es muy común tanto entre los hombres como entre las mujeres. Solo unas pocas mujeres con VPH tendrán lesiones precancerosas. Si no se tratan, algunas de estas mujeres contraerán cáncer cervicouterino muchos años después de haber sido infectados por VPH.

HP 3

P: ¿Corren las mujeres con muchos compañeros sexuales mayor peligro de infección por VPH?

R: Sí. Las personas con muchos compañeros sexuales se exponen a un mayor peligro de todas las infecciones de transmisión sexual.

Cuanto menos compañeros sexuales tenga una persona, menos oportunidades tendrá de contraer cualquier ITS, incluidos los muchos tipos del VPH, algunos de los cuales causan cáncer cervicouterino.

P: ¿Es verdad que solo las mujeres malas o flojas contraen el cáncer cervicouterino?

R: ¡No! Todas las mujeres sexualmente activas corren algún riesgo de cáncer cervicouterino. Las mujeres de más de 30 años pueden reducir este riesgo sometiéndose a tamizaje de lesiones precancerosas, y en las niñas de 9 a 13 años de edad la vacuna contra VPH protege contra una exposición posterior a ese riesgo.

P: ¿Causan cáncer cervicouterino los dispositivos intrauterinos (DIU) anticonceptivos o las píldoras anticonceptivas?

R: No. Los DIU y las píldoras anticonceptivas NO causan cáncer cervicouterino. Protegen contra los embarazos inesperados.

Hoja práctica 3.3: Qué necesitan saber los hombres para ayudar a prevenir el cáncer cervicouterino

HP 3

Esta hoja práctica suministra información básica para tratar de llegar a los hombres y sugiere maneras de incluirlos en el control del cáncer cervicouterino.

Mensajes clave para los hombres

Los hombres pueden desempeñar un papel muy importante en la prevención y el tratamiento del cáncer cervicouterino.

Los hombres pueden hacer lo siguiente:

- alentar a sus parejas, sus hermanas y sus madres a que, si tienen entre 30 y 49 años de edad, se sometan a tamizaje;
- alentar a sus parejas, sus hermanas y sus madres a que se traten si se les detectan lesiones precancerosas o cáncer;
- alentar a sus hijas, sus hermanas y sus amigas a que se vacunen contra VPH;
- utilizar condones para prevenir todas las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH/sida, así como el embarazo (los condones confieren alguna protección contra VPH);
- reducir el número de compañeras sexuales que tienen, y utilizar condones si tienen más de una compañera sexual.

Información básica para los hombres acerca del cáncer cervicouterino

- El cáncer cervicouterino es exclusivamente una enfermedad de la mujer, pero los hombres pueden desempeñar un papel importante para prevenirlo y tratarlo.
- La mayor parte del cáncer cervicouterino es causado por una infección por un virus llamado VPH. La infección generalmente no causa síntomas ni problemas, pero unas pocas mujeres infectadas desarrollarán lesiones precancerosas muchos años después. Si no se las trata, algunas de estas mujeres contraerán cáncer cervicouterino.
- La infección por VPH se transmite fácilmente durante el contacto sexual y por consiguiente los hombres pueden ayudar a prevenirla.
- Algunos tipos de VPH que no causan cáncer cervicouterino pueden causar verrugas genitales tanto en hombres como en mujeres, pero estas verrugas no conducen a un cáncer. En casos raros, los tipos de VPH que causan cáncer cervicouterino en mujeres también puede causar cáncer de boca, ano o pene.
- El VPH se transmite sexualmente, pero la penetración no es el único modo de transmisión porque el virus puede vivir en la piel alrededor de la zona genital.

HP 3

- El uso de un condón confiere alguna protección, pero no protege completamente contra VPH.
- El tabaquismo puede aumentar el riesgo de muchos cánceres en hombres y mujeres, inclusive de cáncer cervicouterino en mujeres infectadas por VPH.
- Un hombre a cuya pareja se le encuentran lesiones precancerosas o cáncer puede apoyarla y ayudarla a obtener el tratamiento recomendado, acompañándola a las citas en los consultorios y aprendiendo acerca del cáncer cervicouterino.
- Una mujer necesita apoyo (físico y emocional) cuando se le diagnostica la enfermedad y cuando se la trata por lesiones precancerosas o por cáncer.

Hoja práctica 3.4: Orientación

HP 3

Hoja práctica 3.4: Orientación

¿Qué es la orientación?

La orientación se define como el asesoramiento (proporcionado generalmente de forma directa de una persona a otra) de alguien versado para facilitar la toma personal de decisiones. La orientación suele ser una comunicación personal y confidencial encaminada a ayudar a una persona, y en algunas circunstancias a su familia, a tomar decisiones fundamentadas y a actuar en consecuencia, utilizando un proceso de intercambio de información pertinente y exacta. Para ser un consejero eficaz, uno debe tener conocimientos actualizados, capacidad de escucha y buenas aptitudes de comunicación. Los dibujos e ilustraciones, así como la información proporcionada en esta guía y en las hojas prácticas, pueden ser instrumentos de orientación útiles al conversar con las mujeres acerca del cáncer cervicouterino.

Preguntas básicas sobre la prevención del cáncer cervicouterino que los consejeros deben saber responder a las clientas

- ¿Qué es y donde está el cuello uterino, y cómo se lo puede examinar?
- ¿Qué es el cáncer cervicouterino?
- ¿Qué son las lesiones cervicouterinas precancerosas, o los primeros cambios de las células, y cómo se diferencian de un cáncer?
- ¿Cómo puede prevenirse el cáncer cervicouterino? (Explique cómo puede una prueba de tamizaje sencilla detectar lesiones precancerosas ANTES DE QUE se conviertan en cáncer.)
- ¿Quién tiene probabilidad de contraer cáncer cervicouterino y quién debe someterse a tamizaje? (Explique que el cáncer cervicouterino no se presenta generalmente en las mujeres antes de los 40 a 50 años; así pues, el mejor período para someter a las mujeres a tamizaje de lesiones precancerosas es entre los 30 y los 49 años de edad, antes de que se conviertan en cáncer.)
- ¿Cuán exacta es la prueba de tamizaje? (Explique que ninguna prueba es un 100% eficaz para detectar un problema, pero que la que usted va a utilizar detectará la mayoría de los cambios tempranos, también llamados lesiones precancerosas, en las células.)
- ¿Por qué es importante el tamizaje para detectar lesiones precancerosas? (Explique que el tratamiento de las lesiones precancerosas es sencillo, seguro y eficaz, y puede impedirle contraer cáncer cervicouterino y salvarle la vida.)

HP 3

- ¿Qué opciones de tratamiento hay disponibles para las mujeres a las que se les detecta un cáncer invasor? (Explique que es necesario ir a un establecimiento de atención terciaria para el tratamiento del cáncer cervicouterino; el tipo de tratamiento dependerá de cuán avanzado está el cáncer.)
- ¿Qué se puede hacer para prevenir las lesiones cervicouterinas precancerosas? (Explique que hay una vacuna disponible para las niñas de 9 a 13 años de edad que puede ayudar a protegerlas de las lesiones cervicouterinas precancerosas y del cáncer).

Responsabilidades del consejero

El consejero debe asegurarse de que:

- la clienta entienda la información y las opciones que tiene;
- la comunicación sea privada (nadie debe poder ver ni oír nada que ocurra entre la mujer y el consejero, a menos que la mujer lo permita específicamente);
- la información reunida durante la orientación y el examen se mantenga confidencial;
- se establezca una confianza mutua entre el consejero y la clienta;
- los temas privados se aborden y se traten con sensibilidad, en particular los relacionados con la sexualidad y el comportamiento íntimo.

Pasos sugeridos al proporcionar orientación

- Dar cordialmente la bienvenida a la clienta por su nombre, y presentarse.
- Sentarse suficientemente cerca para poder conversar cómoda y privadamente.
- Si es culturalmente apropiado, mirarla a los ojos; mirarla cuando ella está hablando.
- Asegurarle que nada que se hable en la sesión se repetirá a nadie.
- Utilizar un lenguaje que ella pueda comprender y suministrarle información pertinente.
- Adaptar la información que se le suministre y la conversación a la razón por la cual ella está en ese momento allí.
- Escuchar atentamente y tomar nota de su comunicación no verbal (postura, expresión facial, contacto visual).
- Mostrarse alentador; asentir con la cabeza o decir, “Hábleme más de eso”.
- Tratar de identificar sus verdaderas inquietudes subyacentes.
- Explicar todas las opciones disponibles, señalando los beneficios y limitaciones de cada prueba o procedimiento.
- Comprobar siempre que ella haya entendido lo que se dijo pidiéndole que repita los mensajes o instrucciones más importantes.

- Ayudarla a llegar a una decisión suministrándole información clara.
- Respetar sus elecciones.
- Invitarla a regresar cuando desee hacerlo.

Consejos adicionales para una buena orientación

- Utilice modos naturales y comprensivos.
- Sea empático: colóquese en la situación de la cliente.
- Utilice una comunicación no verbal aprobatoria (asentimiento con la cabeza, sonrisa, etc., según corresponda).
- Utilice la ayuda de medios visuales, si los hay y son apropiados.
- Formule preguntas de respuesta libre para alentarla a que hable.
- Aliéntela a que haga preguntas y respóndalas verazmente.
- Dé tiempo suficiente a la sesión.
- Si ella tiene dudas, invítela a que regrese posteriormente para informarle de lo que ella (y posiblemente su familia) haya decidido.

HP 3

Hoja práctica 3.5: Pasos corrientes de la orientación antes, durante y después de que la clienta se someta a una prueba u otro procedimiento o tratamiento

Antes

- Explique por qué es importante para la clienta recibir la prueba, el procedimiento o el tratamiento recomendado.
- Explique lo que se hará y cómo, cuáles podrían ser los resultados y toda posible necesidad de pruebas o tratamiento en el futuro.
- Invítela a formular preguntas y responda a ellas.
- Con respecto a los procedimientos y tratamientos, siga los procedimientos apropiados de consentimiento fundamentado según las recomendaciones del país y del establecimiento (véase la hoja práctica 5.1). Si el tratamiento es la vacunación y la clienta no tiene la edad establecida por la ley para poder dar ella misma su consentimiento, este paso puede consistir en obtener el consentimiento paterno (véase el capítulo 4).
- Solicite a la clienta información sobre cómo contactarla si necesitara seguimiento, incluido el número de teléfono móvil y los horarios en que se la puede llamar con seguridad.



Consentimiento fundamentado

Durante

- Siga conversando con la clienta durante el procedimiento.
- Explique a cada paso lo que está haciendo y muéstrele todo instrumento o elemento que podría utilizar.
- Si lo que usted está por hacer podría causarle dolor, calambres u otro malestar, adviértaselo con antelación y explíquele la intensidad y la duración posibles del malestar; esto la ayudará a sentirse cómoda.
- Dígame que ella puede avisarle cuando le haga doler.

Después

- Explique lo que hizo.
- Describa cualquier anomalía observada o tranquilice a la mujer diciendo que no encontró nada anormal.
- Acuerde una fecha para una nueva visita, de ser necesario, y explique la importancia de su regreso al consultorio según lo previsto.
- Aliente a la clienta a que haga preguntas y dele respuestas claras.

Si debe derivar a la clienta a un nivel más alto para un examen o una prueba

- Explique por qué, dónde y cuándo debe ir la clienta, y a quien verá.
- Subraye la importancia de cumplir con esta cita.
- Responda a cualquier pregunta que ella tenga y, si usted desconoce la respuesta, busque a alguien que la conozca.
- Invítela a regresar si tiene preguntas o inquietudes acerca de esa cita y responda o busque la respuesta de alguien que sepa.

Hoja práctica 3.6: Orientación especial para las mujeres con VIH

Utilice las hojas prácticas 3.4 y 3.5 como una guía para la orientación. Al dar a las mujeres los resultados de la prueba, siga todos los consejos sobre la orientación.



Orientación

Cuando dé orientación a una mujer con VIH, proporcione la siguiente información en un lenguaje claro y sencillo:



Pasos de la orientación

- Las mujeres con VIH tienen mayores probabilidades de contraer VPH y cáncer cervicouterino, pero si son muy cuidadosas pueden evitarlo.
- El cáncer cervicouterino se desarrolla más rápidamente en las mujeres con VIH que en las VIH negativas; por lo tanto, es importante que cada año se sometan a una prueba de tamizaje.
- La mejor manera de prevenir el cáncer cervicouterino es seguir tomando todos los medicamentos recomendados por su dispensador de asistencia sanitaria y someterse cada año a tamizaje de cáncer cervicouterino.
- Si usted tiene cambios precancerosos en el cuello uterino, consiga tratamiento cuanto antes.
- Siga las recomendaciones de su dispensador de asistencia sanitaria sobre el cuidado de usted misma después del tratamiento de lesiones precancerosas.
- Visite a su dispensador de asistencia sanitaria si tiene un flujo vaginal maloliente o amarillo o verde o si tiene una hemorragia inusual.

Si una mujer desconoce su estado con respecto al VIH y vive en un país donde hay elevada prevalencia de VIH, se la debe alentar a que se haga la prueba y se entere de su estado con respecto al VIH. Dado que las mujeres con VIH tienen mayores probabilidades de contraer cáncer cervicouterino cuando tienen VPH, es importante que se sometan a tamizaje de precáncer cervicouterino más temprano y más a menudo. Los dispensadores de atención sanitaria deben conocer los sitios donde se efectúan las pruebas de detección de VIH en su comunidad y adónde derivar a una mujer a la que se ha detectado VIH.

Hoja práctica 3.7: El trabajo con los trabajadores sanitarios de la comunidad: cómo reclutarlos y capacitarlos

Los trabajadores sanitarios de la comunidad sirven de puente entre los servicios de salud y la comunidad, y en todo el mundo se los reconoce como una parte esencial del equipo de atención de salud. Dado que estos agentes son miembros de la comunidad establecidos y valorados, pueden utilizar sus conocimientos para incorporar a todos los miembros de la comunidad en actividades de prevención del cáncer cervicouterino, inclusive conversar con los padres acerca de los beneficios de la vacunación y reclutar a mujeres para el programa de tamizaje.

Reclutamiento

Si hay un equipo de trabajadores sanitarios de la comunidad trabajando en otros problemas de salud, es preferible aprovechar este recurso ya existente en lugar de reclutar a nuevos agentes para las cuestiones específicamente relacionadas con el cáncer cervicouterino.

Si en la localidad donde usted vive no hay trabajadores sanitarios de la comunidad, colabore con quien dirige el dispensario para determinar si su programa debería tenerlos.

Invite a los líderes comunitarios a ayudarlo a identificar a posibles candidatos y considere la posibilidad de crear un grupo que sea representativo de su comunidad en cuanto a edad, sexo y etnicidad, a fin de llegar mejor a todos los miembros de la comunidad con información o servicios. Incluya cualquier red existente de educadores jóvenes de pares para tratar de llegar a las adolescentes de la comunidad, en particular las no escolarizadas, para promover la vacunación. Capacite tanto a hombres como a mujeres como trabajadores sanitarios de la comunidad para sus actividades de prevención del cáncer cervicouterino.

Los reclutados deben tener lo siguiente:

- buenas aptitudes de comunicación, inclusive saber escuchar;
- deseo de prestar un servicio a la comunidad;
- disponibilidad e interés en participar en el programa durante al menos 1 o 2 años y asistir a talleres y reuniones;
- voluntad de preservar la confidencialidad;
- capacidad de mantener actualizada la información sobre los establecimientos y servicios de asistencia sanitaria;
- capacidad de leer y escribir, si fuera posible.

HP 3

Capacitación

Planifique un curso interactivo de capacitación de trabajadores sanitarios de la comunidad para los nuevos reclutas. Si fuera posible, también incluya en la capacitación a líderes comunitarios importantes.

La capacitación de nuevos trabajadores sanitarios de la comunidad debe cubrir lo siguiente:

- datos básicos sobre tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino
- cómo educar y movilizar a la comunidad
- cómo prevenir y abordar la desinformación y los rumores
- fundamentos de una comunicación eficaz y posibilidad de practicar estas aptitudes
- mantenimiento de registros
- cómo ayudar a las mujeres que requieren seguimiento.

El curso también debe incluir el suministro de material pertinente, y un certificado final de realización del curso.

Implementación

Organice reuniones periódicas con su equipo de trabajadores sanitarios de la comunidad. Las sesiones de educación sanitaria y perfeccionamiento sirven como incentivos para que los trabajadores sanitarios de la comunidad sigan trabajando y ayudan a que se suministre información uniforme y correcta a la comunidad.

Recursos para la capacitación de trabajadores sanitarios de la comunidad

- PATH pone a disposición de quien se lo solicite material didáctico en inglés y español sobre capacitación de promotores comunitarios de salud (info@path.org).
- Starr E, Burns A, Singer R. We can prevent cervical cancer: a course for community health promoters. Waterbury (VT): Grounds for Health; 2013 (disponible para bajar de: <http://www.groundsforhealth.org/publications/community-health-promoter-curriculum/>).
- Werner D, Bower B. Helping health workers learn: a book of methods, aids and ideas for instructors at the village level. Berkeley (CA): Hesperian; 1982, 2012 (disponible para comprar o bajar de: <http://hesperian.org/books-and-resources/>).

Hoja práctica 4.1: Preguntas frecuentes sobre la vacunación contra VPH

Los hombres y las mujeres, incluidos los dispensadores de asistencia sanitaria, a menudo carecen de información sobre la vacunación contra VPH. Esta hoja práctica enumera algunas preguntas frecuentes y responde a ellas. Usted y sus colegas deben agregar otras preguntas y respuestas pertinentes para la situación local.

Cabe observar que algunas de las respuestas son repetitivas para que, cuando se le pregunte algo, usted no necesite repasar todas las respuestas de esta hoja práctica. Si usted se familiariza con toda la información presentada más abajo, cuando se le haga una pregunta podrá encontrar rápidamente la mejor respuesta.

En esta hoja práctica destinada a los dispensadores se da por supuesto que la mayoría de las personas no pueden saber lo que causa cáncer cervicouterino; este probablemente sea el caso de los padres de las jóvenes de la edad prevista. Por consiguiente, en aras de la comodidad, aquí suministramos información más completa sobre las causas del cáncer cervicouterino y su prevención, en lugar de remitir a otras secciones de este documento donde se cubra esa información.

Acerca del VPH

P: ¿Qué es el VPH?

R: El virus del papiloma humano, o VPH, es un virus común transmitido fácilmente por contacto sexual de la piel de una persona con la piel de la zona genital de otra persona, inclusive sin penetración. La mayoría de las personas con VPH no tienen signos ni síntomas, de manera que pueden transmitir inadvertidamente la infección a otra persona. La mayoría de las infecciones por VPH son eliminadas por el cuerpo en los primeros años. Las que no se eliminan se denominan “persistentes” y pueden causar cáncer cervicouterino.

P: ¿Por qué se necesitan vacunas contra VPH?

R: Las vacunas contra VPH se necesitan porque reducen considerablemente la aparición de cáncer cervicouterino, una de las principales causas de muerte por cáncer entre mujeres de países menos desarrollados.

P: ¿Contraen cáncer cervicouterino todas las mujeres con VPH?

R: No. En la mayoría de las mujeres, las infecciones por VPH son eliminadas por el cuerpo en los primeros años. Entre los muchos tipos diferentes de VPH, solo unos pocos pueden causar cáncer cervicouterino si no son eliminados por el cuerpo y persisten durante 10 o 20 años. Del grupo de VPH que causan cáncer cervicouterino, dos tipos, el 16 y el 18, son la causa de 7 de cada 10 cánceres cervicouterinos. La infección por estos dos tipos de VPH puede prevenirse mediante vacunación contra VPH, de manera que estas vacunas pueden proteger contra el 70% del cáncer cervicouterino si se administran según lo recomendado.

HP 4

Además, el cáncer cervicouterino se puede prevenir en las mujeres con VPH si ellas participan en el tamizaje y el tratamiento. Si las mujeres de 30 a 49 años de edad se someten a tamizaje para detectar cambios en las células del cuello uterino (lesiones precancerosas) causados por la infección persistente por VPH, y se tratan según sea necesario, las muertes debidas a cáncer cervicouterino serán poco comunes aunque el VPH sea común.

P: ¿Cuán común es el cáncer cervicouterino causado por VPH?

R: El VPH es la principal causa del cáncer cervicouterino. Hay 528 000 casos de esta enfermedad diagnosticados cada año. De las 266 000 mujeres que mueren cada año de cáncer cervicouterino en el mundo, la gran mayoría vive en países en desarrollo.

Acerca de la vacunación contra VPH**P: ¿Impedirán las vacunas contra VPH que mi hija contraiga cáncer cervicouterino?**

R: Sí. Las vacunas contra VPH previenen la infección por los dos tipos de VPH que causan la mayoría de los cánceres cervicouterinos. Todas las personas sexualmente activas también deben practicar comportamientos que prevengan la propagación de las infecciones de transmisión sexual (por ejemplo, retardar la iniciación de la actividad sexual, utilizar condones y tener tan pocos compañeros sexuales como sea posible).

Las mujeres que se hayan vacunado también deben someterse a tamizaje de cáncer cervicouterino cuando sean mayores.

P: ¿Qué vacunas contra VPH hay disponibles actualmente?

R: Hay dos vacunas contra VPH actualmente disponibles en el mundo. Estas son Cervarix® (fabricada por GlaxoSmithKline) y Gardasil® o Silgard® (fabricada por Merck).

P: ¿Cuán similares son las dos vacunas contra VPH?

R: Ambas vacunas protegen muy eficazmente contra el 70% de los casos potenciales de cáncer cervicouterino (porque ambas se dirigen a los tipos 16 y 18 de VPH).

Ambas vacunas son muy seguras.

Ninguna de las dos vacunas puede causar una enfermedad porque no contienen virus vivos.

Ambas vacunas se administran por inyección y requieren dos dosis en las niñas menores de 15 años de edad y tres dosis en las niñas inmunodeprimidas (incluidas las infectadas por VIH) y las mayores de 15 años de edad.

P: ¿En qué difieren las dos vacunas contra VPH?

R: Las vacunas están hechas de diferentes componentes para aumentar la producción de anticuerpos en el cuerpo.

Una vacuna (Gardasil® o Silgard®) también protege contra las verrugas genitales (porque también apunta a los tipos de VPH 6 y 11).

P: ¿Quién debe vacunarse?

R: La OMS recomienda que las niñas se vacunen entre los 9 y los 13 años de edad. En nuestro país, las directrices especifican que las vacunas contra VPH deben administrarse a las niñas de ___ a ___ años de edad [0 a todas las niñas de ___ año(s) o clase(s) o grado(s) en la escuela]. Las vacunas no se recomiendan en niñas menores de 9 años de edad.

P: ¿Cuál es el régimen o calendario recomendado de la vacunación contra VPH en dos dosis?

R: Se recomiendan dos dosis (inyectables) para las niñas menores de 15 años de edad, la segunda dosis seis meses después de la primera. El dispensador que administre la vacuna informará a cada niña que se vacune (y a sus padres) cuándo tiene que regresar para la segunda y última dosis. No hay ningún intervalo máximo entre las dos dosis; sin embargo se sugiere un intervalo de no mayor de 12 a 15 meses. Si el intervalo entre las dos dosis es de menos de cinco meses, la tercera dosis se debe administrar no menos de seis meses después de la primera.

P: ¿Cuál es el régimen o calendario recomendado de la vacunación contra VPH en tres dosis?

R: Cuando se recomiendan tres dosis (es decir, para niñas de 15 años de edad en adelante y para las inmunodeprimidas o infectadas por VIH, independientemente de que estén recibiendo tratamiento antirretrovírico), la segunda dosis se debe administrar uno o dos meses después de la primera (según el tipo de vacuna), y la tercera dosis se debe administrar seis meses después de la primera. El dispensador que administre la vacuna informará a cada niña que se vacune (y a sus padres) cuándo tiene que regresar para la dosis siguiente o para la última. No es necesario someter a tamizaje de VPH ni de VIH antes de la vacunación contra VPH.

P: ¿Pueden las vacunas contra VPH curar o eliminar infecciones por VPH o un cáncer cervicouterino si una niña o mujer ya está infectada por VPH cuando recibe la vacuna?

R: No. Una vacuna contra VPH no puede curar las infecciones por VPH que puedan estar presentes cuando una niña se vacuna; ni pueden curar lesiones cervicouterinas cancerosas o precancerosas, como tampoco prevenir la progresión de la enfermedad en mujeres ya infectadas por VPH cuando reciben la vacunación.

P: ¿Deberá una mujer de 30 a 49 años de edad someterse a tamizaje de precáncer y cáncer aunque haya sido plenamente vacunada cuando era niña?

R: ¡Sí! Es muy importante que las mujeres adultas se sometan a tamizaje de cáncer cervicouterino entre los 30 y los 49 años de edad, aunque se hayan vacunado. Esto es porque, aunque la vacuna es muy eficaz, no impide la infección por todos los tipos de VPH que causan cáncer cervicouterino.

HP 4

P: ¿Se puede vacunar a las niñas infectadas por VIH?

R: ¡Sí! Los estudios revelan que la vacuna contra VPH se puede administrar con seguridad a las niñas con VIH. La vacunación de estas niñas, al igual que la de todas las demás, se recomienda antes del inicio de la vida sexual activa. Sin embargo, las niñas infectadas por VIH deben recibir tres dosis de vacuna contra VPH, independientemente de que tengan ya o no 15 años de edad.

P: ¿Por qué no se vacuna a los niños varones?

R: La vacuna no daña a los niños varones; sin embargo, no recomendamos vacunarlos ahora porque las vacunas son bastante costosas y es preferible utilizar las vacunas disponibles para proteger a quienes corren el riesgo de cáncer cervicouterino en etapas posteriores de la vida (es decir, las niñas).

Preocupaciones comunes acerca de la vacunación contra VPH**P: ¿Son las vacunas contra VPH seguras y eficaces?**

R: Sí. Muchos estudios realizados tanto en países desarrollados como en países en desarrollo han descubierto que ambas vacunas son muy seguras y eficaces. Ambas han sido administradas a millones de niñas y mujeres de todo el mundo sin eventos adversos graves. Del mismo modo que todas las vacunas, la inocuidad de estas se vigila muy cuidadosamente.

Las reacciones adversas comunes y leves son dolor y enrojecimiento en el sitio de la inyección, fiebre, cefalea y náuseas. A veces las niñas que reciben la vacuna contra VPH (u otras vacunas) se desmayan, de manera que se las debe mantener en observación durante 15 minutos después de la vacunación; si se sienten débiles, se deben recostar para evitar lesiones.

P: ¿Por qué se desmayan las personas después de recibir la vacuna contra VPH?

R: Las adolescentes son particularmente propensas al desmayo después de cualquier procedimiento médico, incluida la vacunación, porque se ponen muy nerviosas antes de acudir a la sala de vacunación. Para prevenir caídas y lesiones por desmayo, solicite a la niña que reciba la vacuna que permanezca sentada antes, durante y 15 minutos después de la vacunación.

P: Mi hija es demasiado joven para tener relaciones sexuales, ¿por qué la vacuna contra VPH está recomendada para niñas tan jóvenes?

R: Para que la vacuna contra VPH tenga una eficacia óptima, es muy importante que la niña esté vacunada antes de su primer contacto sexual con otra persona.

Esto es porque una niña joven se puede infectar con VPH la primera vez que tiene un contacto sexual (simplemente un contacto de piel con piel próximo a la vagina y al pene). Además, las pruebas han mostrado que la vacuna confiere una protección óptima contra la infección por VPH si se administra a esta edad, en comparación con edades mayores. Las vacunas no sirven para tratar a una niña ya infectada por VPH.

P: ¿Afectará la vacunación contra VPH a la fecundidad de mi hija? ¿Será más difícil para ella quedar embarazada o llevar a término un embarazo?

R: ¡No! No hay indicios de que la vacunación contra VPH afecte a la fecundidad futura de una niña ni de que cause problema alguno en embarazos futuros.

P: ¿Son necesarias todas las dosis recomendadas para que mi hija esté plenamente protegida contra VPH? ¿No es suficiente una dosis?

R: Como algunas otras vacunas, la vacuna contra VPH requiere más de una inyección. Sin todas las dosis recomendadas, la vacuna puede no ser completamente eficaz para la prevención del cáncer cervicouterino. Es importante que su hija reciba todas las dosis y que se respeten los intervalos mínimos y máximos entre las dosis a fin de quedar plenamente protegida.

P: ¿Es la vacuna contra VPH segura en el embarazo?

R: Las vacunas contra VPH no se recomiendan para las niñas ni las mujeres embarazadas ni sexualmente activas. Sin embargo, los estudios han revelado que la vacuna no causa problemas a las madres ni a los bebés nacidos de mujeres que recibieron la vacuna contra VPH durante el embarazo.

Si una niña o una mujer recibe la vacuna contra VPH cuando está embarazada, esta no es una razón para poner fin al embarazo. Sin embargo, para mayor seguridad, hasta que se sepa más, las niñas y mujeres no deben vacunarse si están embarazadas.

P: ¿Hay contraindicaciones para la vacuna?

R: Si una niña ha tenido una reacción alérgica grave a otra vacuna o a una dosis anterior de la vacuna contra VPH, no debe recibir la vacuna contra VPH para evitar reacciones graves.

Nota para el dispensador que administra la vacuna: Solicite la opinión de un médico antes de vacunar a una niña que haya tenido reacciones alérgicas a alguna vacuna.

Hoja práctica 4.2: Características de la vacuna contra VPH y la cadena de frío

Esta hoja práctica está destinada exclusivamente al dispensador

Presentación y aspecto de las vacunas contra VPH

- Gardasil® solo está disponible en un vial de dosis única que contiene 0,5 ml de suspensión, sin ningún agente conservador ni antibiótico. Se puede adquirir en envases de 1, 10 o 100 viales.
- Cervarix® está disponible en dos tamaños: el vial de dosis única tiene un tapón de goma y contiene 0,5 ml de suspensión, sin ningún agente conservador ni antibiótico. La presentación de dos dosis contiene 1,0 ml de suspensión, sin agentes conservadores ni antibióticos. Ambos tamaños pueden ordenarse en envases de 1, 10 o 100 viales.
- Ambas vacunas contra VPH, cuando llegan o después del almacenamiento refrigerado, habrán sedimentado en dos capas: un líquido transparente por encima y un depósito blanco en el fondo del vial. Deben agitarse cada vez antes de transferirlos a la jeringa, mezclando las dos capas en una suspensión.

Régimen de vacunación

La vacunación contra VPH se recomienda para las niñas de 9 a 13 años de edad.

- **Un régimen de dos dosis** con un intervalo de seis meses entre las dosis se recomienda para niñas < de 15 años (incluidas las ≥ 15 años en el momento de la segunda dosis).
- No hay un intervalo máximo entre las dos dosis; sin embargo, se sugiere un intervalo no mayor de 12 a 15 meses.
- Si por cualquier motivo el intervalo entre la primera y la segunda dosis es de menos de cinco meses, la tercera dosis debe administrarse no menos de seis meses después de la primera.
- **El régimen de tres dosis** (0, 1 a 2 y 6 meses) sigue siendo recomendado para las niñas de ≥ 15 años y personas inmunodeprimidas, incluidas las infectadas por VIH. (independientemente de que reciban tratamiento antirretrovírico). No es necesario someter a tamizaje de VPH ni de VIH antes de la vacunación contra VPH.

Estas recomendaciones se aplican tanto a las vacunas bivalentes como a las tetravalentes.⁷

⁷ Para más información, véase; *Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, April 2014, conclusions and recommendations*, disponible en: <http://www.who.int/wer/2014/wer8921.pdf>

Almacenamiento de las vacunas y cadena de frío

Ambas vacunas contra VPH son sensibles a la congelación; si se congelan se deben desechar porque dejarán de proteger. En consecuencia, se debe observar lo siguiente:

- Mantener las vacunas a una temperatura de 2 a 8 °C.
- Las vacunas contra VPH no se deben colocar en el compartimento del congelador del refrigerador ni directamente en una bolsa de hielo congelada, como tampoco cerca del congelador ni de la bolsa.
- Las vacunas tampoco deben mantenerse en la puerta del refrigerador, porque allí la temperatura tiene mayores probabilidades de fluctuar al abrir y cerrar el refrigerador.
- La temperatura del refrigerador debe vigilarse verificando regularmente el termómetro (al menos dos veces al día) y utilizando Freeze-tag® o Fridge-tag® en el refrigerador para detectar si se han presentado temperaturas de congelación. Si la temperatura es superior a 8 °C o inferior a 2 °C, debe ajustarse según sea necesario para mantener la temperatura apropiada.
- Ambas vacunas deben ser administradas cuanto antes después de extraerse del refrigerador. Los viales abiertos del producto deben desecharse al final de la sesión de inmunización o después de seis horas, lo que ocurra primero.
- Si se requiere el transporte de la vacuna, la caja térmica debe mantener una temperatura de 2 a 8 °C.
 - Hay un riesgo considerable de congelación si se utilizan bolsas de hielo congeladas. Por consiguiente, las bolsas de hielo congeladas deben mantenerse a temperatura ambiente durante al menos 5 a 10 minutos (hasta que pueda oírse el movimiento del hielo dentro de ellas al agitarlas) antes de colocar las vacunas y las bolsas de hielo en los termos. Esto se denomina “condicionamiento” de las bolsas de hielo e impide la congelación de la vacuna cuando se coloca cerca de las bolsas de hielo. Siempre separe las bolsas de hielo condicionadas de las vacunas con un material apropiado suficientemente espeso. Recuerde que el riesgo de congelación es el riesgo más grave para una vacuna sensible a la congelación.
 - Para las salidas breves del refrigerador de almacenamiento en frío, considere la posibilidad de utilizar paquetes de agua en cambio: son bolsas de hielo mantenidas a una temperatura entre 2 °C y 8 °C.
- Ambas vacunas son sensibles a la luz y deben almacenarse en el paquete original hasta que estén listas para utilizar.

Cómo comprobar si una vacuna ha estado anteriormente congelada

Si se sospecha que un suministro de vacuna contra VPH ha estado congelado o expuesto a temperaturas inferiores a 0 °C, debe realizarse una prueba de sacudidas para determinar si la vacuna puede utilizarse o no. Si ha estado congelada, la vacuna al ser agitada no aparecerá como una suspensión uniformemente blanca; en cambio, habrá partículas visibles que flotan en el líquido. Otro signo de congelación anterior es que el líquido haya cambiado de color.

Para más detalles, véase el artículo del Boletín de la Organización Mundial de la Salud sobre la validación de la prueba de sacudidas para detectar el daño causado por la congelación a las vacunas adsorbidas (Kartoglu et al. *Validation of the shake test for detecting freeze damage to adsorbed vaccines*, 2010; véanse los detalles completos de la referencia en la lista de lecturas complementarias al final del capítulo 4)⁸ y véanse dos videos de instrucciones en línea: *Shake and tell* (22 minutos) y *Step by step shake test* (10 minutos).⁹

Según los prospectos de los fabricantes, el período máximo de almacenamiento de la vacuna después de producida es de tres años si son viales de dosis única de Gardasil[®], cuatro años si son viales de dosis única de Cervarix[®] y tres años si son viales de dos dosis de Cervarix[®].

Importante: Antes de iniciar una sesión de vacunación se debe controlar la fecha de vencimiento en los paquetes de vacuna por utilizar. Si ha pasado la fecha de vencimiento, la vacuna debe desecharse.¹⁰

Un sensor de control de la vacuna es una etiqueta que cambia de color según la temperatura (es decir, es termocromático). Ese sensor se coloca en los viales que contienen vacunas y da una indicación visual de la exposición acumulativa al calor, que degrada la vacuna. Si el cuadrado interno del sensor es de color igual o más oscuro que el anillo exterior, se debe desechar la vacuna.

Intercambiabilidad de las vacunas

Es preferible utilizar la misma vacuna para todas las dosis porque no hay datos sobre la intercambiabilidad de las dos vacunas contra VPH. Sin embargo, si la vacuna utilizada para las dosis anteriores se desconoce o no está disponible localmente, para completar el calendario se puede administrar cualquiera de las vacunas contra VPH comercializadas.

⁸ Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/08-056879/en/index.html>

⁹ Disponible en: <http://vimeo.com/8381355> (*Shake and tell*); <http://vimeo.com/8389435> (*Step by step shake test*)

¹⁰ Más información en: <http://www.ema.europa.eu/ema/>

Hoja práctica 4.3: La sesión de inmunización

Preparación

Estrategias en escuelas

Si se prevé aplicar una estrategia en escuelas o si la escuela se ha ofrecido voluntariamente a proporcionar un punto de reunión para las niñas que no asisten a la escuela, podría ser necesario hacer una visita previa. Se debe informar a los funcionarios escolares y los docentes que vayan a participar en las actividades de vacunación sobre los detalles de los días de vacunación; también podría ser necesario capacitarlos antes de que puedan brindar asistencia (véase la hoja práctica 4.7).



Docentes
y escuelas

La OMS tiene una herramienta de evaluación de la preparación de la escuela para la vacunación, que está disponible para ayudar a los planificadores que utilicen una estrategia en escuelas.¹¹

El día anterior a la vacunación o el mismo día más temprano

Cerciorarse de que se disponga de lo siguiente:

- vacunas y jeringas, caja térmica y bolsas de hielo para el transporte
- material de información, educación y comunicación (por ejemplo folletos, carteles)
- sillas y mesa
- cubo de basura para depositar allí el equipo desechable que no sea punzocortante (por ejemplo, hisopos, toallas de papel)
- agua y jabón para lavarse las manos (o desinfectante para manos con alcohol)
- bandejas y riñoneras
- cajas seguras con tapas cerradas
- contenedores para los viales utilizados
- hisopos para limpiar el sitio de inyección antes y después de la vacunación
- medicamentos para tratar las reacciones alérgicas según las directrices nacionales
- lugar para que las niñas descansen durante 15 minutos después de vacunación
- libro de vacunaciones (registro)
- planillas de control
- tarjetas de vacunación personales
- calendario.

¹¹ Disponible en: http://www.who.int/immunization/hpv/plan/school_readiness_assessment_tool_who_2013.pdf

HP 4

Implementación***Antes de administrar la vacuna***

El dispensador de asistencia sanitaria u otro adulto o docente capacitado debe cerciorarse de que la niña reúna los requisitos para la vacunación contra VPH y entienda lo que se está por hacer. Dependiendo de las directrices nacionales, el dispensador también debe saber si las niñas admisibles pueden negarse a recibir la vacuna.

1. Salude a la niña (y a su progenitor o guardián, si está presente).
2. Explique la finalidad y los beneficios de la vacunación contra VPH.
3. Hable de los posibles riesgos y los eventos adversos posvacunales o las reacciones asociadas con la vacunación.
4. Hable de los riesgos de no recibir la vacuna.
5. Invite a la niña (o a su progenitor o guardián, si está presente) a formular preguntas, y responda claramente con un mínimo de lenguaje técnico.
6. Verifique que la niña entienda la información proporcionada y disipe todo malentendido. Si después de la información la niña se niega a recibir la vacuna, respete sus deseos; permítale que se retire, después de invitarla a regresar en otro momento para hablar más detenidamente de su decisión.
7. Obtenga el consentimiento escrito del progenitor o guardián, según corresponda.
8. Verifique la admisibilidad comprobando si la niña:
 - está dentro de la edad prevista
 - no está embarazada (esto se debe preguntar en privado)
 - no es alérgica a ningún componente de la vacuna.
9. Pida la tarjeta de vacunación de la niña (o la tarjeta de salud de los adolescentes), si la hay, para fines de verificación.
10. Determine las dosis de vacuna contra VPH que se administrarán en esa sesión.

Administración segura de la vacuna a las niñas admisibles

11. Asegúrese de que la niña tome asiento para reducir al mínimo los riesgos de lesiones resultantes de un posible desmayo.
12. Verifique la fecha de vencimiento en el vial.
13. Verifique el sensor de control de la vacuna.
14. Sostenga el vial entre el pulgar y el dedo medio y verifique su estado: no lo utilice si el paquete está perforado, desgarrado o dañado, o si el vial contiene partículas, o si hay decoloración o formación de hielo.
15. Realice la prueba de sacudidas si se sospecha congelación (véase la hoja práctica 4.2).



Vacuna contra VPH

16. Mezcle la suspensión de la vacuna agitando el vial hasta que el líquido se vea blanco lechoso.
17. Abra el paquete de la jeringa autoinutilizable y saque la jeringa y la aguja.
18. Quite la tapa de la aguja sin tocar ninguna parte de la aguja.
19. Inserte la aguja en el vial de vacuna y lleve la punta de la aguja hasta el fondo del vial.
20. Incorpore todo el contenido del vial en la jeringa de 0,5 ml hasta que usted note un “clic”.
21. Inyecte todo el contenido de la jeringa en la parte superior del brazo, en el músculo deltoides, en un ángulo perpendicular de 90 grados.
22. Coloque un hisopo en el sitio de inyección y pídale a la niña que lo mantenga firmemente allí; no masajee el sitio de inyección.

Después de administrar la vacuna

23. Deposite la jeringa y la aguja en la caja segura inmediatamente después de la administración.
24. Registre la información en la tarjeta personal de vacunación de la niña (véase en el anexo 6, el formulario modelo 6.1).
25. Determine la fecha de administración de la próxima dosis de vacuna y regístrela en la tarjeta de vacunación.
26. Recuerde a la niña que debe recibir la dosis o las dosis restantes y programe su próxima vacunación.
27. Documente la vacunación de la niña en los formularios apropiados.
28. Documente la siguiente información en el cuaderno de registro de vacunaciones (véase en el anexo 6 el formulario modelo 6.2):
 - a. nombre de la niña
 - b. dirección
 - c. fecha de nacimiento y edad (si la desconoce, documente la edad de la niña basándose en una conjetura fundada)
 - d. fecha de vacunación
 - e. número de la dosis de VPH: VPH1 o VPH2 (o VPH3, si corresponde)
 - f. fecha de la próxima dosis, de ser necesaria
 - g. fecha de la dosis anterior, según corresponda.
29. Devuelva la tarjeta de vacunación actualizada a la niña, muéstrele dónde ha marcado la cita para la próxima dosis y pídale que en ese momento la traiga consigo.
30. Mantenga a la niña en observación durante 15 minutos después de la administración, por si se desmaya.
31. Trate y documente cualquier reacción adversa.



Formularios modelo de inmunización contra VPH

Hoja práctica 4.4: Seguridad de las inyecciones

La OMS define una inyección segura como una que:

- no daña a la persona
- no expone al trabajador de salud a riesgos evitables
- no genera desechos peligrosos para la comunidad.

La seguridad de las inyecciones se puede mejorar mediante las siguientes prácticas:

1. Siempre siga las recomendaciones del fabricante sobre uso, almacenamiento y manipulación.
2. Lávese las manos con agua y jabón y déjelas secar por escurrimiento.
3. Prepare las inyecciones en un área designada limpia donde sea improbable la exposición a sangre u otros fluidos o secreciones corporales.
4. Prepare cada dosis inmediatamente antes de administrarla; no prepare varias jeringas con antelación.
5. Para reducir al mínimo el riesgo de lesiones, prepare el área de trabajo de tal manera que:
 - a. el administrador de la vacuna se encuentre ubicado entre la niña y las agujas y otros objetos cortantes;
 - b. las herramientas de vigilancia y las caja segura sean fácilmente accesibles; y
 - c. cada vacunador tenga una caja segura designada y pueda ver el orificio de entrada al desechar las agujas.
6. Revise el estado del vial y la fecha de vencimiento, y verifique el sensor de control de la vacuna.
7. No utilice la vacuna si el paquete está perforado, desgarrado o dañado, o si el vial contiene partículas o si hay decoloración (véase la hoja práctica 4.2).
8. Utilice una jeringa autoinutilizable nueva para cada niña.
9. No toque ninguna parte de la aguja.
10. Nunca deje la aguja en la parte superior del vial de vacuna.
11. Limpie el sitio de inyección e inyecte todo el contenido de la jeringa en el músculo deltoides, en la parte superior del brazo, utilizando un ángulo perpendicular de 90 grados.
12. No vuelva a colocar la tapa de la aguja después del uso.
13. Inmediatamente después de administrar la vacuna deposite la jeringa y la aguja en una caja segura (una caja segura es un envase a prueba de agua y resistente a manipulaciones indebidas que se mantiene bien cerrado y tiene un solo orificio pequeño en la parte superior, suficientemente grande para que la jeringa y la aguja puedan pasar por él).



Vacuna contra
VPH

14. No llene la caja segura hasta que desborde. Cierre el envase y selle la abertura cuando la caja esté llena hasta las tres cuartas partes. No trate de presionar el contenido hacia abajo empujando por la abertura de la caja.
15. Mantenga la caja segura en un lugar seco y seguro hasta que se elimine con seguridad según indique su establecimiento.
16. Nunca eche las jeringas y agujas utilizadas en una caja o un envase abiertos.

Hoja práctica 4.5: Seguimiento y evaluación de programas de vacunación: recopilación de datos y documentación

La determinación de la cobertura de vacunación contra VPH es necesaria para monitorear el desempeño de un programa de vacunación, así como para evaluar las repercusiones de la vacuna en una población.

La vacunación contra VPH se recomienda como una serie de dos dosis de vacuna administradas a las adolescentes de 9 a 13 años de edad con un intervalo de seis meses entre una y otra dosis; por lo tanto, la vigilancia requerirá la recopilación de datos de cobertura por dosis y por edad. Como mínimo se deben registrar, cada vez que se administre una vacuna, la fecha de nacimiento o la edad de la niña, la fecha de administración de la vacuna y el número de la dosis.

Véanse en el anexo 6 los formularios modelo 6.1 a 6.4.

La herramienta de la OMS para la vigilancia de la cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) está disponible con instrucciones para su adaptación y su uso a nivel local.¹² A continuación presentamos un breve resumen de su contenido y de sus instrucciones.



Formularios modelo de vacunación contra VPH

Recopilación de datos y herramientas de notificación

Para los dispensadores de vacuna:

- tarjetas personales de inmunización (salud de los adolescentes) (formulario modelo 6.1)
- cuaderno de registro de los dispensadores de vacuna, uno por cada sitio de prestación de los servicios (formulario modelo 6.2)
- planilla de control, una por cada sesión de vacunación (formulario modelo 6.2)
- hoja mensual de registro de días de vacunación, una por cada sitio de prestación de los servicios (formulario modelo 6.3)
- formulario de notificación de eventos adversos posvacunales (EAPV) (véanse la hoja práctica 4.6 y el formulario modelo 6.4).



EAPV

Para los supervisores:

- cuadro mensual recapitulativo de los sitios de prestación de los servicios por cada año civil.

¹² Disponible en: <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources/en/>

Para las oficinas de salud distritales:

- cuadro mensual recapitulativo de las oficinas de salud distritales por cada año civil
- formulario de notificación anual de la oficina de salud distrital.

Para las oficinas de salud nacionales:

- cuadro mensual recapitulativo de la oficina de salud nacional
- formulario de notificación anual de la oficina de salud nacional.

Procedimientos de recopilación de datos

1. Utilizar un cuaderno de registro en cada sitio de prestación de los servicios.
2. Registrar a cada niña y recopilar la siguiente información:
 - a. nombre de la niña
 - b. dirección
 - c. fecha de nacimiento y edad (si se desconoce, documentar la edad de la niña basándose en una conjetura bien fundada)
 - d. fecha de vacunación
 - e. número de la dosis de VPH: VPH1 o VPH2 (o VPH3, según corresponda)
 - f. fecha de la dosis anterior, según corresponda
 - g. edad al recibir la dosis anterior, según corresponda.
3. Preguntar a la niña en privado si está embarazada o piensa que podría estarlo; en ese caso, aplazar su vacunación y registrar este hecho en el cuaderno de registro.
4. Pedir a la niña que presente su tarjeta personal de vacunación. Verifique el cuaderno de registro para comprobar qué dosis se le está dando. Si la niña no tiene la tarjeta, recurra al cuaderno de registro utilizando su información personal.
5. Registrar cada dosis administrada marcando un cero en la casilla apropiada (según la edad y el número de la dosis) en el formulario estándar de control (véase en el anexo 6 el formulario modelo 6.2).
6. Al final del día de vacunación, registrar la cantidad de dosis de VPH administradas, por número de la dosis y por edad, luego contar y registrar la cantidad de marcas anotadas en el formulario de control por cada número de la dosis y categoría de edad; si el subtotal es cero, registrar \emptyset , o sea un cero tachado (formulario modelo 6.2).
7. Los formularios modelo solo son un modelo; si existen formularios estandarizados nacional o internacionalmente aceptados, utilizar en cambio estos últimos.



Formularios modelo de vacunación contra VPH

HP 4

Un EAPV se puede describir como un caso clínico adverso que se relaciona temporalmente con la vacunación, pero que puede o no ser causado por la vacuna o por el proceso de la vacuna. Los EAPV pueden ser desde eventos menores, como una reacción leve en el sitio de inyección, hasta afecciones que amenacen la vida, como anafilaxia, o que posiblemente ocasionen la muerte. Aunque un EAPV puede ser causado por la vacuna misma, los EAPV notificados suelen ser más generalmente sucesos coincidentes no relacionados con la vacuna misma, sino debidos a errores programáticos o humanos que comprometen su calidad. La vigilancia de la seguridad de la vacuna contra VPH y la notificación minuciosa de los incidentes revisten especial importancia porque esta es una vacuna relativamente nueva y se administra a un grupo de edad que antes no era destinatario de vacunación. Cualquier reacción adversa puede destruir la confianza que los padres y las comunidades han depositado en la vacuna, así como en el programa de vacunación y en su personal.

Hoja práctica 4.6: En caso de un evento adverso posvacunal (EAPV)

HP 4

Un EAPV puede describirse como un evento clínico adverso que se relaciona temporalmente con la vacunación pero que puede o no ser causado por la vacuna o por el proceso de la vacuna. Los EAPV pueden comprender desde casos menores, como una reacción leve en el sitio de inyección, hasta casos potencialmente mortales, como anafilaxia, y posiblemente la muerte. Aunque un EAPV puede ser causado por la propia vacuna, los EAPV notificados suelen ser más generalmente sucesos coincidentes no relacionados con la vacuna sino causados por errores programáticos o humanos que comprometen la calidad de la vacuna. La vigilancia de la seguridad de la vacuna contra VPH y la notificación muy minuciosa de los incidentes tienen especial importancia porque esta es una vacuna relativamente nueva y se administra a un grupo de edad que anteriormente no había sido destinatario de vacunación. Cualquier reacción adversa puede destruir la confianza que los padres y las comunidades hayan depositado en la vacuna, en el programa de vacunación y en el personal del mismo.

Los EAPV pueden clasificarse en cinco categorías, a saber:¹³

1. Reacciones a la vacuna relacionadas con el producto mismo: un EAPV provocado o precipitado por una vacuna debido a una o más de las propiedades intrínsecas del producto vacunal (por ejemplo la extensa hinchazón de los miembros después de la vacunación DTP).
2. Reacciones relacionadas con defectos de calidad de la vacuna: un EAPV provocado o precipitado por una vacuna debido a uno o más defectos de calidad del producto vacunal o de su dispositivo de administración suministrado por el fabricante (por ejemplo, si el fabricante no inactiva completamente un lote de vacuna antipoliomielítica con virus inactivados se producirán casos de poliomielitis parálítica).
3. Reacciones a la inmunización relacionadas con errores: un EAPV causado por una manipulación, una prescripción o una administración inapropiadas de la vacuna; por lo tanto, por su naturaleza, es prevenible (por ejemplo la transmisión de infecciones por viales de dosis múltiples contaminados).
4. Reacciones a la inmunización relacionadas con ansiedad: un EAPV resultante de ansiedad acerca de la inmunización (por ejemplo, el desmayo de una adolescente durante la vacunación o después de esta).
5. Evento coincidente: un EAPV causado por algo diferente del producto vacunal, de errores de inmunización o de ansiedad ante la inmunización (por ejemplo fiebre en el momento de la vacunación, pero causada de hecho por malaria).

¹³ Más información sobre la clasificación OMS de EAPV disponible en: <http://vaccine-safety-training.org/classification-of-aefis.html>

Reacciones a las vacunas contra VPH

Reacciones comunes a las vacunas contra VPH

Estas reacciones generalmente remiten de forma espontánea y rara vez requieren tratamiento:

- enrojecimiento, dolor, hinchazón o endurecimiento en el sitio de inyección
- fiebre
- cefalea, dolor muscular, dolor óseo
- náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal
- desmayo.

Reacciones raras a las vacunas contra VPH

Los eventos adversos graves son extremadamente raros y requieren tratamiento inmediato. La anafilaxia puede relacionarse causalmente con la vacunación contra VPH y, por consiguiente, deben tomarse precauciones y no vacunar a las niñas que anteriormente hayan tenido reacciones alérgicas a componentes de la vacuna. Si se sospecha anafilaxia por la vacunación, la niña debe ser tratada de inmediato según sea necesario. Estas niñas no deben recibir dosis posteriores de vacuna contra VPH ni de otras vacunas que contengan componentes vacunales similares.

Notificación de EAPV

Debe haber en funcionamiento un sistema para facilitar la notificación inmediata y la investigación de los EAPV. Los organismos nacionales de reglamentación y los comités asesores sobre prácticas de inmunización (CAPI) deben asumir un papel proactivo investigando los informes de EAPV graves para verificar si hay una relación con la vacuna contra VPH y elaborando mensajes de comunicación para abordar los rumores.

Todos los EAPV sospechosos deben notificarse de inmediato a las autoridades sanitarias utilizando un formulario estándar de notificación de EAPV (véase, por ejemplo, en el anexo 6, el formulario modelo 6.4). Los casos graves como muerte, hospitalización o un conglomerado geográfico de EAPV deben investigarse rápidamente (dentro de un plazo de 48 horas).



Formularios modelo de vacunación contra VPH

Manejo de rumores

Los grupos opuestos a todas las vacunas pueden iniciar o perpetuar rumores sobre riesgos relacionados con las vacunas y asociaciones espurias con eventos adversos coincidentes para desalentar la vacunación contra VPH en la población. Dado que la desinformación puede ser perjudicial para la aceptabilidad de la vacuna y las campañas de vacunación, es esencial que haya una infraestructura robusta de vigilancia de EAPV como base para disipar rumores y demostrar la seguridad continua de las vacunas contra VPH. Todo programa eficaz de vacunación contra VPH necesita un plan encaminado a destacar la seguridad de la vacuna contra VPH y disipar los rumores.

Hoja práctica 4.7: Hablar con docentes y funcionarios escolares acerca de la vacunación contra VPH

HP 4

Unos días (o semanas) antes de una sesión programada de vacunación de colegialas, se debería celebrar una reunión para hablar al personal escolar acerca de la vacuna contra VPH. Se les puede sugerir que adapten parte de lo que se les comunica en esa reunión para transmitirlo en un lenguaje apropiado a sus alumnos (varones y mujeres) antes de la primera sesión de vacunación. Pida cita para esa reunión a través de la administración escolar y sugiera que se invite a todos los docentes. Otras sugerencias útiles para la reunión de preparación, la presentación y el seguimiento pueden ser las siguientes.

Qué llevar

- Información y material didáctico
- Listas de preguntas frecuentes y sus respuestas para distribuir (véanse las hojas prácticas 3.2 y 4.1).

Temas y actividades para la reunión

- Después de las presentaciones, divídanse en subgrupos de 4 a 6 participantes, si fuera posible con un representante del personal de administración escolar en cada grupo.
 - Distribuya una o ambas hojas de preguntas frecuentes a cada grupo e invite a un voluntario por cada grupo a que conduzca una discusión sobre los temas abordados.
 - Un voluntario de cada grupo luego puede presentar un resumen de lo que no se comprendió en su grupo.
 - Suministre información para resolver esas cuestiones.
 - Si se ha entendido todo, invite a formular otras preguntas y responda a ellas.
 - Siga con A o B (abajo), según corresponda.
- A. Si la escuela no va a ser un sitio de vacunación, antes de agradecer a los presentes y dar por terminada la reunión, suministre información sobre dónde se vacunará, cuándo y quién debe asistir (niñas de 9 a 13 años de edad, con el consentimiento de un padre o guardián).
- B. Si la escuela va a ser un sitio de vacunación (se supone que esto ya se ha hablado y acordado con el personal administrativo de la escuela y con los representantes de los servicios de salud), agregue lo siguiente a la reunión:

HP 4

- Entablar una discusión interactiva o participativa sobre:
 - cuándo se realizarán las sesiones de vacunación (fechas de las dos sesiones y de las actividades de barrido después de cada una de las sesiones principales, si fuera posible);
 - quiénes serán los dispensadores;
 - quién ayudará durante las sesiones (por ejemplo, uno o dos voluntarios del personal escolar); y
 - en qué lugar de la escuela se debería realizar la sesión de vacunación (requisitos de espacio y muebles).
- En algunas escuelas, los docentes pueden estar capacitados para ayudar a inscribir a las niñas y comprobar que reúnan los criterios de selección, que tengan el consentimiento paterno y que acepten recibir la vacuna.
- Deje sendos ejemplares de las hojas prácticas sobre lo que es necesario preparar antes de la sesión de vacunación (hojas práctica 4.3, 4.4 y 4.5).
- Antes de agradecer a los presentes y de irse, dígales que usted les agradecería que le permitieran venir el día antes de la sesión para reunirse con uno de los voluntarios escolares, visitar el sitio y cerciorarse de que esté todo lo necesario.



Sesión de
inmunización



Seguridad de las
inyecciones



SyE

La OMS ha preparado una herramienta de evaluación de la preparación de la escuela para la vacunación a fin de ayudar a los planificadores utilizando una estrategia de aplicación en escuelas.¹⁴

¹⁴ Disponible en: http://www.who.int/immunization/hpv/plan/school_readiness_assessment_tool_who_2013.pdf

Hojas prácticas correspondientes al capítulo 5

Notas para el dispensador

Antes de realizar cualquiera de los procedimientos descritos en capítulo 5:

1. Familiarícese con toda la información sobre la anatomía femenina presentada en el capítulo 1, sección 1.2.
2. Repase la información sobre la prevención y el control de infecciones contenida en el anexo 3 y tenga siempre los suministros necesarios en la sala de consulta.
3. Obtenga el consentimiento fundamentado según se indica en la hoja práctica 5.1.



Prevención y control
de infecciones



Consentimiento
fundamentado

Hoja práctica 5.1: Obtención del consentimiento fundamentado de las mujeres adultas

¿Qué es el consentimiento fundamentado?

Antes de realizar cualquier procedimiento (sea una prueba o un procedimiento de diagnóstico o de tratamiento), una mujer (y su familia, si ella lo desea) debe recibir información suficiente acerca del procedimiento específico que se le haya indicado y debe estar de acuerdo o aceptar dicho procedimiento (véanse las hojas prácticas 3.4 y 3.5 sobre orientación). La información debe incluir una descripción del procedimiento, las razones por las cuales es apropiado para la paciente, el tiempo que lleva, el grado de malestar o dolor que pueda causar, y cualquier complicación que pudiera sobrevenir después. También se deben explicar el significado y las implicaciones de un resultado positivo del procedimiento (en el caso de una prueba de detección o un procedimiento de diagnóstico), las alternativas disponibles y las consecuencias posibles si ella rechazara el procedimiento.



Orientación



Pasos de la orientación

Después de recibir la información necesaria, la cliente puede **elegir con fundamento** si aceptar o no el procedimiento propuesto. Si acepta, necesita dar explícitamente su **consentimiento fundamentado**. Para los procedimientos de tamizaje, diagnóstico y tratamiento, el consentimiento en general puede ser verbal, salvo en el caso de la conización con bisturí frío (CKC), para la cual las normas del hospital generalmente requerirán un consentimiento escrito.

Además, si existe la posibilidad de que sea necesario comunicarse con la cliente en su casa o su trabajo (por ejemplo para entregarle los resultados de una prueba o recordarle que regrese para una cita), el dispensador debe obtener su consentimiento para hacerlo. La información que debe obtener entonces es cómo comunicarse con la cliente (por ejemplo, mediante la visita personal de un trabajador de la comunidad, por correo, por teléfono, etc.), y los mejores días y horarios para comunicarse.

Principios del consentimiento fundamentado

Es poco ético pedir el consentimiento fundamentado retroactivamente, o sea después de haber efectuado el procedimiento.

Cuando se pide el consentimiento fundamentado, se debe tener presente lo siguiente:

- Mantenga la privacidad (esto es esencial).
- Sea claro y directo; no utilice palabras que la cliente no entendería (como “neoplasia”) o que sean vagas (como “crecimiento”)

- Haga o utilice dibujos para ilustrar sus explicaciones.
- Abarque todos los asuntos importantes.
- Dé algún tiempo a la clienta para que asimile lo que usted le ha dicho, luego deje que ella formule preguntas.
- Aclare y corrija cualquier malentendido posible.
- Una vez abordadas todas las preguntas e inquietudes, pida a la clienta su consentimiento formal.
- Podría ser culturalmente importante incluir a otros, como la pareja de la clienta, en el proceso decisorio; sin embargo, usted debe asegurarse de que se respeten los deseos de la mujer.

Explicación de las pruebas y los procedimientos a las clientas

En cada capítulo de esta guía y en las hojas prácticas se encuentran explicaciones para las clientas. Usted puede adaptarlas a la situación de cada una para ayudarse a explicar los procedimientos en un lenguaje que la clienta y sus familiares puedan entender.

Hoja práctica 5.2: Cómo realizar la anamnesis y la exploración ginecológica¹⁵

Cómo realizar la anamnesis

El tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino comprende una anamnesis para determinar si la mujer tiene factores específicos de riesgo o síntomas indicadores. Alguna de la información abajo enumerada para la anamnesis es muy importante en ciertos casos, pero puede ser difícil solicitarla porque muchas personas se sienten inhibidas de hablar sobre asuntos sexuales. El dispensador debe estar preparado y emplear un lenguaje culturalmente respetuoso y apropiado antes de formular preguntas para obtener esa información.

Antes de comenzar

Se debe tener el equipo y los suministros siguientes:

- historia clínica y lápiz
- ilustraciones de los órganos del aparato genital femenino, si fuera posible
- agua y jabón para lavarse las manos (o desinfectante para manos a base de alcohol)
- una muy buena fuente de luz para examinar el cuello uterino
- una mesa de exploración cubierta por papel o tela limpios
- guantes de exploración altamente desinfectados o desechables*
- espéculos de diferentes tamaños, altamente desinfectados (no necesariamente estériles)*
- pequeño recipiente de agua tibia para lubricar y entibiar el espéculo
- solución de cloro al 0,5% para descontaminar el instrumental y los guantes.

* los procedimientos invasores como la escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) y la conización con bisturí frío (CKC) requieren el uso de equipo estéril.

Información por obtener de la clienta

- edad, nivel de instrucción, número de embarazos, de partos y de hijos vivos, fecha de la última menstruación, ciclo menstrual, uso previo o actual de métodos anticonceptivos;
- pruebas de detección de cáncer cervicouterino anteriores, sus fechas y sus resultados;

¹⁵ Fuente: adaptado de (1) Burns AA, Lovich R, Maxwell J, Shapiro K, Niemann S, Metcalf E, editores. Where women have no doctor: a health guide for women. Berkeley (CA): Hesperian Foundation; 1997; y de (2) Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241592656.pdf>).

- antecedentes personales patológicos, incluidos los medicamentos administrados y las alergias a fármacos;
- factores comportamentales que puedan aumentar su riesgo de cáncer cervicouterino (por ejemplo, fumar tabaco);
- cualquier síntoma y signo de cáncer cervicouterino y otras enfermedades;
- y, si la situación y el contexto cultural lo permiten: antecedentes sexuales, incluida la edad de la primera relación sexual y del primer embarazo, el número de parejas que ha tenido, las anteriores infecciones de transmisión sexual (ITS) y cualquier comportamiento que pueda sugerir mayor riesgo de cáncer cervicouterino.

Realización de una exploración ginecológica

Después de la anamnesis, proceder a una exploración ginecológica. El examen del aparato genital femenino consta de tres componentes, a saber:

- un examen de los genitales externos
- un examen con espéculo
- una exploración bimanual.

Preparación

1. Tenga listos todo el instrumental y los suministros necesarios. Asegúrese de que el espéculo tenga una temperatura cómoda.
2. Si se prevén pruebas o intervenciones (por ejemplo tamizaje mediante inspección visual con ácido acético o tratamiento de lesiones precancerosas con crioterapia), diga a la clienta cuáles son, para qué sirven y para cuándo se esperan los resultados.
3. Invite a la clienta a formular preguntas, y responda a ellas con veracidad. Si desconoce la respuesta, dígame que usted tratará de hacerle llegar la respuesta antes de que ella salga del establecimiento.
4. Explique a la clienta en qué consiste la exploración ginecológica y muéstrele un espéculo.
5. Pida a la clienta que vacíe la vejiga (que orine) y se desnude de la cintura para abajo. Sea especialmente sensible al pudor femenino acerca de exhibir las partes pudendas.
6. Acomode a la mujer en la mesa de exploración.

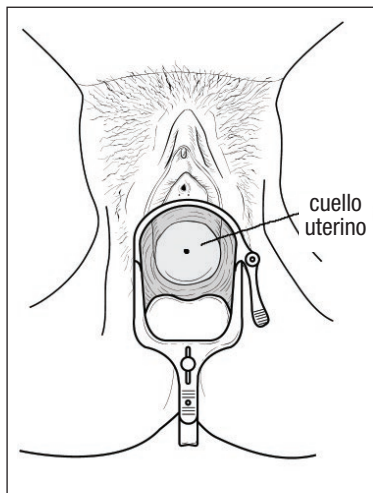
Examen de los genitales externos

7. Utilice guantes en ambas manos. Mediante toques suaves y con la mano enguantada, busque signos de eritema, bultos, tumefacción, flujo inusual, llagas, exudados y cicatrices alrededor de los genitales y entre los pliegues cutáneos de la vulva. Pueden ser manifestaciones de una infección de transmisión sexual.

HP 5

Examen con espéculo

8. Mantenga las hojas del espéculo juntas y paralelas a los labios e insértelas en la vagina. Tenga cuidado de no ejercer presión sobre la uretra ni sobre el clítoris, pues dichas zonas son muy sensibles. Cuando el espéculo esté insertado a medio camino, gírelo hasta que el mango quede mirando hacia abajo. Separe las hojas con cuidado y busque el cuello del útero. Mueva el espéculo despacio y delicadamente hasta visualizar el cuello uterino completo. Ajuste el tornillo (o trabe el espéculo en la posición abierta) para que el espéculo permanezca en su sitio.
9. Examine el cuello del útero; normalmente debe ser rosado, redondo y liso. Puede presentar pequeños quistes amarillos, zonas eritematosas alrededor del orificio de entrada o una secreción mucoide clara; todo ello es normal.

Figura HP5.2.1: Examen con espéculo

10. Observe si existen anomalías, como por ejemplo:
 - Flujo vaginal y enrojecimiento (eritema) en las paredes de la vagina, que son signos comunes de vaginitis. Si el flujo es blanco y tiene el aspecto de la leche cuajada probablemente se trate de una infección por levaduras.
 - Úlceras, llagas o ampollas. Pueden deberse a sífilis, a chancroide, a virus herpéticos (lo más frecuente) o, en algunos casos, a un cáncer.
 - Sangrado espontáneo al tocar el cuello uterino con un hisopo, o secreción mucopurulenta, signos éstos de una infección cervicouterina.
 - Un engrosamiento anómalo o tumor, que puede ser un cáncer cervicouterino y generalmente requiere una biopsia (véase la hoja práctica 5.7).
11. Tire suavemente del espéculo hacia usted hasta que las hojas queden fuera del cuello uterino, junte las hojas y retire el espéculo.



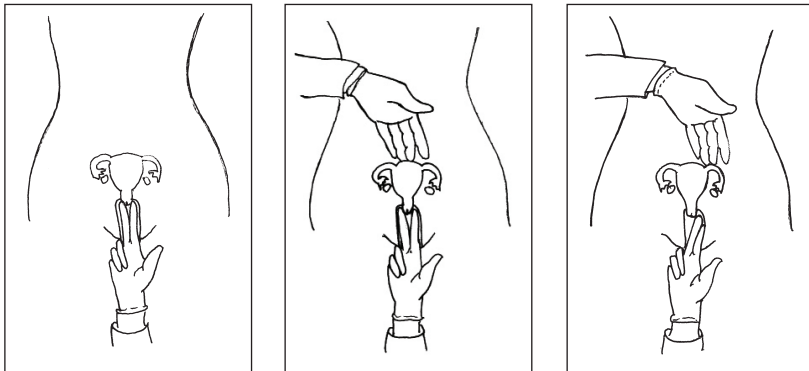
Orientación: VPH+

Exploración bimanual

La exploración bimanual permite palpar los órganos reproductores dentro del abdomen.

12. Pruebe a ver si hay dolor a la palpación cervicouterina. Introduzca los dedos índice y medio de su mano enguantada dentro de la vagina de la mujer. Vuelva la palma de la mano hacia arriba. Palpe el cuello del útero para ver si es firme y redondo. Luego, coloque un dedo a cada lado del cuello y mueva ligeramente este último mientras observa la expresión facial de la mujer. Si el movimiento le causa dolor (se dará cuenta por sus muecas), dicho dolor a la palpación cervicouterina puede ser indicio de una infección en la matriz, las trompas o los ovarios (enfermedad pélvica inflamatoria). Si el cuello uterino es blando, puede que la mujer esté embarazada.
13. Tantee la matriz presionando ligeramente sobre la parte inferior del abdomen con la otra mano. Con ello logrará acercar la matriz, las trompas y los ovarios hacia los dedos introducidos en el interior de la vagina. Puede que la matriz se desplace un poco hacia adelante o hacia atrás. Cuando la encuentre, palpe su tamaño y su forma. Debe sentirla firme, tersa y de tamaño más pequeño que un limón.
- Si la matriz está blanda y grande, la mujer probablemente esté embarazada.
 - Si tiene bultos y está dura, puede tratarse de un fibroma u otro tipo de tumor.
 - Si provoca dolor cuando la toca, es posible que esté infectada.
 - Si no se mueve fácilmente, puede haber cicatrices de una antigua infección.

Figura HP5.2.2: Exploración bimanual



14. Palpe las trompas y los ovarios. Si son normales, tendrán una consistencia dura. Si siente algún bulto mayor que una almendra o que causa gran dolor, puede tratarse de una infección o de otra enfermedad que necesita tratamiento urgente. Si la mujer presenta un bulto doloroso y se ha retrasado la menstruación, posiblemente tenga un embarazo ectópico; en este caso, la mujer necesita tratamiento médico de inmediato.

15. Mueva el dedo para sentir el interior de la vagina. Verifique la ausencia de bultos, desgarros o llagas inusuales (probablemente ya los haya notado durante el examen con espéculo).
16. Pida a la paciente que tosa o que haga fuerza como si fuera a defecar. Fíjese si algo protruye de la vagina. En caso positivo, puede tratarse de un descenso de la matriz o de la vejiga (prolapso).

Después de la exploración

17. Coloque el instrumental y los guantes utilizados en la solución desinfectante.
18. Lávese las manos con agua y jabón.
19. Anote todos los resultados en la historia clínica de la mujer.
20. Comunique a la mujer si encontró todo en orden o si notó algo inusual o anómalo durante la exploración, y explíquele el posible significado de cualquier anomalía.
21. Si nota algún signo indicador de una infección de transmisión sexual, administre tratamiento a la mujer y su pareja de inmediato, según las directrices nacionales o las de la OMS.¹⁶ Sumínístreles preservativos y enséñeles a utilizarlos. Véase en el Anexo 8 el tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
22. Si detecta algo que necesite tratamiento urgente o que no pueda abordarse en su establecimiento (por ejemplo, sospecha de embarazo ectópico, prolapso o tumor cervicouterino) derive a la paciente al nivel asistencial superior.
23. Si realizó alguna prueba (detección de VPH, LEEP, biopsia, frotis de Papanicolaou) que se deba enviar a un laboratorio, dígame cuándo regresar o llamar para obtener los resultados.
24. De ser necesario, comuníqueme la fecha en que debe regresar para el seguimiento.



¹⁶ Management of sexually transmitted infections: regional guidelines. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2011 (<http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/9789290224105/en/>).

Hoja práctica 5.3: Métodos de tamizaje: notas para el dispensador

En las páginas siguientes se presentan tres hojas prácticas detalladas relacionadas con las pruebas de tamizaje cervicouterino que más se utilizan, a saber:

Hoja práctica 5.4: Método de tamizaje molecular: prueba de detección de ADN de VPH

Hoja práctica 5.5: Método de tamizaje visual: inspección visual con ácido acético (IVAA)

Hoja práctica 5.6: Métodos de tamizaje citológico: frotis de Papanicolaou y citología en base líquida (CBL)

Qué prueba utilizar: En su práctica quizás usted pueda optar solo por uno o dos de estos métodos de prueba. La prueba o las pruebas por utilizar se determinan a nivel central según las características de la prueba, entre ellas su eficacia, las necesidades de equipo y de capacitación y los costos, así como la sostenibilidad de aplicar un programa de tamizaje utilizando cada una de las pruebas o una combinación de pruebas. Puede ser que para zonas predominantemente urbanas se seleccionen pruebas diferentes que para zonas predominantemente rurales. Véanse en los anexos 7 a 9 diagramas de flujo de tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas basados en datos científicos de la OMS.

Consideraciones sobre capacitación: Sea cual fuere la prueba que se vaya a utilizar en su área, el procedimiento debe ser conducido por un dispensador de asistencia sanitaria capacitado adecuadamente para aplicar las directrices nacionales pertinentes más actualizadas. Los dispensadores que carezcan de semejante capacitación deben solicitar su actualización, con inclusión de un componente de prácticas observadas. Los dispensadores también deben conocer el sistema de derivación de casos existente y los procedimientos oficiales para documentar las actividades de tamizaje.

Edades y frecuencia del tamizaje: El capítulo 5, sección 5.2.5, de esta guía contiene información acerca de las recomendaciones de la OMS sobre las edades y la frecuencia del tamizaje cervicouterino, incluidas recomendaciones aplicables a mujeres con VIH.

Por último, recuerde: Su trabajo habrá terminado solo cuando las pacientes (al menos aquellas con un resultado anormal en las pruebas) hayan recibido los resultados de las pruebas y se las haya aconsejado acerca de su significado y de los pasos siguientes necesarios, inclusive acerca de la necesidad tratamiento de las mujeres de 30 a 49 años de edad que hayan tenido resultados anormales.



Diagrama de flujo de toma de decisiones



Estrategias de tamizaje y tratamiento para mujeres VIH positivas



Estrategias de tamizaje y tratamiento para mujeres VIH negativas

Hoja práctica 5.4: Método de tamizaje molecular, prueba de detección de ADN de VPH

Para realizar la prueba de detección de ADN de VPH se recogen secreciones del cuello uterino o de la vagina utilizando un hisopo o cepillo pequeño (véanse las instrucciones del fabricante porque puede estar incluido en el estuche de la prueba) y luego se introducen en un recipiente con un líquido especial. Este recipiente se enviará al laboratorio donde se analizará la muestra para determinar la presencia de ADN de VPH. Una prueba de VPH que se puede analizar en el mismo establecimiento donde se tomó la muestra, con equipo menos complejo, se está sometiendo a ensayos y quizá esté disponible pronto.

Un resultado negativo indica que no se encontró infección por VPH, mientras que un resultado positivo indica una infección por uno o más de los tipos de VPH de alto riesgo.¹⁷ Cuando una mujer de 30 años de edad recibe un resultado positivo de la prueba de detección de VPH, se requiere seguimiento según las directrices nacionales.

Importante: La prueba no diagnostica lesiones cervicouterinas precancerosas ni cáncer, y al explicar la prueba a una paciente el dispensador no debe decir que haga semejante diagnóstico.

Los pasos específicos de la orientación sobre la prueba de detección de VPH figuran en el procedimiento descrito en esta hoja práctica. Véanse en las hojas prácticas 3.4 y 3.5 sugerencias sobre orientación a las clientas en materia de cáncer cervicouterino, específicamente antes de realizar cualquier examen, prueba o procedimiento, y véase la hoja práctica 3.6 sobre la orientación especial para mujeres con VIH.

Toma de una muestra para la detección de VPH

La muestra se puede tomar con o sin examen con espéculo y la pueden tomar un dispensador de asistencia sanitaria o la clienta misma.

Si utilizar un espéculo en la vagina, un dispensador puede extraer la muestra insertando un hisopo largo hasta la parte superior de la vagina, dando vuelta en redondo al hisopo e introduciéndolo después en la solución apropiada. Esto



Orientación



Pasos de la orientación



Orientación sobre VIH

¹⁷ Siete de cada 10 casos de cáncer cervicouterino notificados en el mundo (el 70%) son causados por dos tipos de VPH: el 16 y el 18. Otro cuatro tipos de VPH de alto riesgo, el 31, el 33, el 45 y el 58, se encuentran con menor frecuencia asociados a cáncer cervicouterino (véase el capítulo 1, sección 1.3.4). Las pruebas de VPH pueden detectar todos estos tipos de alto riesgo.

también lo puede hacer la mujer misma después de haber recibido instrucciones y los suministros necesarios: un hisopo largo y un recipiente con la solución.

Si la muestra se tomará durante una exploración ginecológica (véase la hoja práctica 5.2), se necesitan el equipo y los suministros siguientes:



- agua y jabón para lavarse las manos
- una fuente de iluminación para examinar el cuello uterino
- una mesa de examen cubierta con papel o tela limpios
- un espéculo, altamente desinfectado (no necesariamente estéril)
- guantes de exploración desechables o altamente desinfectados
- un cepillo pequeño o un hisopo blando
- un recipiente con solución conservadora
- un formulario de registro y un lápiz
- un recipiente pequeño de agua tibia para lubricar y entibiar el espéculo
- solución de cloro al 0,5% para descontaminar el instrumental y los guantes.

Nota: Es preferible no tomar una muestra si la mujer está menstruando activamente. Un leve sangrado es aceptable.

Preparación

1. Explique en qué consiste la prueba de detección de VPH y lo que significa una prueba positiva. Asegúrese de que la mujer haya entendido, y obtenga su consentimiento fundamentado.

Toma de la muestra

Por un dispensador de asistencia sanitaria, con o sin espéculo en la vagina:

2. Tome una muestra de la parte superior de la vagina utilizando un cepillo o un hisopo.
3. Coloque el cepillo o el hisopo en un recipiente especial con solución conservadora.

Autoextracción de la muestra por la **cliente**:

- i. Explique a la cliente cómo tomar ella misma su muestra, en conformidad con las instrucciones del fabricante.
- ii. Proporcione los hisopos y un vaso rotulado con la solución conservadora.
- iii. La cliente puede extraer la muestra en el consultorio, si este cuenta con un área privada, o en su casa.
- iv. Si la cliente recoge la muestra en su casa, debe llevarla al establecimiento dentro del plazo especificado por el fabricante del estuche de la prueba, y se debe comunicar a la cliente cuándo debe regresar para recibir los resultados de la prueba.

HP 5

Después de extraer la muestra

4. Si utilizó un espéculo, ciérrelo suavemente, sáquelo y sumérgalo en una solución de descontaminación.
5. Rotule el envase con el nombre de la cliente, el número de registro del consultorio y la fecha.
6. Comunique a la cliente si usted observó algo anormal, sobre todo si extrajo la muestra utilizando un espéculo. Si usted vio algo que lo lleva a derivar a la mujer a un establecimiento de nivel más alto, explíquelo por qué, dónde y cuándo debe ir, y a quién ver; subraye la importancia de cumplir con esa cita.
7. Registre la toma de la muestra en la historia clínica, junto con cualquier observación.
8. Diga a la mujer cuándo debe regresar para recibir los resultados de la prueba.

Seguimiento: entrega de los resultados de la prueba en la próxima visita de la cliente

- Al entregar a la cliente el resultado de la prueba, explíquelo lo que significa y, de ser necesario, infórmela de cualquier prueba adicional o tratamiento de seguimiento.
- Si la prueba se utilizó para un tamizaje primario y el resultado es positivo, se deben indicar a la mujer los pasos que debe seguir según las directrices nacionales.
- Esté preparado para responder a preguntas sobre las implicaciones de una prueba VPH positiva.

Véase la hoja práctica 5.7: Orientación a las mujeres con resultados positivos en las pruebas de detección.



Orientación: VPH+

Hoja práctica 5.5: Método de tamizaje visual: inspección visual con ácido acético (IVAA)

Para una IVAA, el dispensador aplica ácido acético del 3 al 5% en el cuello uterino, espera 1 o 2 minutos y luego observa para ver si aparece algún cambio blanco. La prueba de IVAA es positiva si se ven placas blancas sobresalientes y engrosadas o áreas acetoblancas que permanecen durante más de un minuto, generalmente cerca de la unión escamoso-cilíndrica (UEC). La IVAA es negativa si el epitelio cervicouterino no muestra cambios.

El dispensador debe sospechar cáncer si observa una masa o úlcera similar a una coliflor (fungosa) en el cuello uterino. En estos casos no se procede a la IVAA, sino que se deriva a la clienta directamente a un establecimiento de nivel más alto.

Véanse en las hojas prácticas 3.4 y 3.5 sugerencias sobre la orientación a las clientas sobre el cáncer cervicouterino, y en particular antes de realizar cualquier examen, prueba o procedimiento. La hoja práctica 3.6 presenta información sobre orientación específica para las mujeres con VIH.

La IVAA requiere el equipo y los suministros siguientes:

- agua y jabón para lavarse las manos (o desinfectante para manos a base de alcohol)
- una fuente muy buena de luz para examinar el cuello uterino
- un espéculo, altamente desinfectado (no necesariamente estéril)
- guantes de exploración desechables o altamente desinfectados (no necesariamente estériles)
- una mesa de examen cubierta por papel o tela limpios
- hisopos o torundas de algodón
- solución de ácido acético diluido (del 3 al 5%) o vinagre blanco
- un formulario de registro de datos y un lápiz
- material para prevenir infecciones:
 - solución de cloro al 0,5% para descontaminar el instrumental
 - bolsas para los suministros desechables contaminados.

Nota: Los métodos visuales no se recomiendan para las mujeres posmenopáusicas si la zona de transformación no es completamente visible en un examen con espéculo.



Orientación



Pasos de la orientación



Orientación sobre VIH

HP 5

Preparación

1. Antes de comenzar, verifique lo que la clienta sabe acerca de la IVAA, corrija o agregue información según sea necesario e invítela a formular preguntas. Explique el procedimiento, cómo se hace y lo que significa un resultado positivo. Asegúrese de que la mujer haya entendido, y obtenga su consentimiento fundamentado.
2. Haga un examen con espéculo según se describe en la hoja práctica 5.2 y mantenga el espéculo implantado para realizar la IVAA.

Realización de la prueba de detección

3. Ajuste la fuente de luz para conseguir la mejor vista posible del cuello uterino.
4. Utilice una torunda de algodón para eliminar cualquier exudado, sangre o mucosidad del cuello uterino.
5. Confirme que pueda ver toda la zona de transformación e identifique la UEC y el área que la circunda.
6. Aplique ácido acético sobre el cuello uterino.
7. Importante: espere 1 o 2 minutos para permitir que se produzca el cambio de color.
8. Inspeccione cuidadosamente la UEC y asegúrese de que pueda verla toda. Busque placas blancas sobresalientes o engrosadas o epitelio acetoblanco, prestando especial atención a la zona de transformación.
9. Utilice un hisopo fresco para eliminar los restos de solución de ácido acético del cuello uterino y la vagina.
10. Cierre y retire delicadamente el espéculo y sumérjalo en solución de descontaminación.

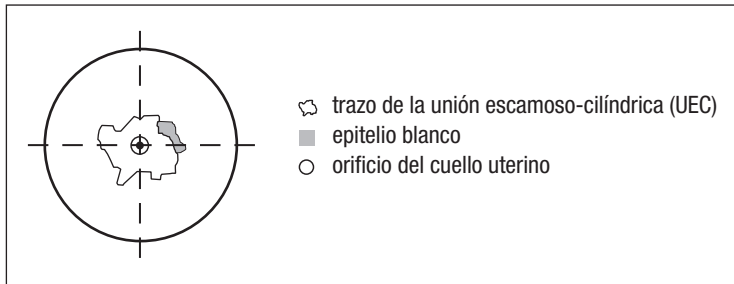


Exploración
ginecológica

Después del tamizaje

11. Registre sus observaciones y el resultado de la prueba. Trace un esquema de los resultados anómalos en el formulario de registro de datos, como se muestra en la figura HP5.5.1.

Figura HP5.5.1: Resultados de la IVAA consignados en un esquema rotulado



12. Analice los resultados de la prueba con la cliente.

- Si son negativos (normales), dígame que repita la prueba en 3 a 5 años, o según recomienden las directrices nacionales.
- Si son positivos (anormales), dígame que necesita tratamiento y hable de esto con ella; recalque que la prueba no previene ni trata el cáncer cervicouterino ni las lesiones precancerosas, sino que después de un resultado positivo la clave de la prevención es el tratamiento del cáncer o del precáncer (véase la hoja práctica 5.7: Orientación a las mujeres con resultados positivos en las pruebas de detección).
- Si hay sospecha de cáncer, comuníqueme cuáles son los pasos siguientes recomendados. Es necesario derivarla para que reciba una atención ulterior (pruebas y tratamiento). Haga los arreglos pertinentes y proporcióneme todos los formularios necesarios e instrucciones antes de que ella se retire. Si usted puede concertar la cita de inmediato, hágalo.



Orientación: VPH+

HP 5

Hoja práctica 5.6: Métodos de tamizaje citológico: frotis de Papanicolaou y citología en base líquida (CBL)

Hay dos maneras de conducir un tamizaje mediante citología cervicouterina: el frotis de Papanicolaou convencional o la citología en base líquida (CBL). Ambos métodos utilizan una muestra de células tomadas del cuello uterino durante una exploración ginecológica con espéculo. Para un frotis de Papanicolaou, la muestra se extiende sobre un portaobjetos, se fija y luego se examina al microscopio. Para la CBL, la muestra se transfiere a una solución conservadora especial y se envía al laboratorio para su procesamiento.

Si se encuentran células epiteliales anormales en el estudio citológico, se notifica un resultado positivo. Pero la mayoría de los resultados positivos no significan cáncer; se relacionan con anomalías que comprenden desde inflamaciones secundarias a una infección cervicouterina o vaginal hasta lesiones precancerosas que pueden ser de leves a graves (véase en el anexo 5 el sistema de Bethesda del 2001).



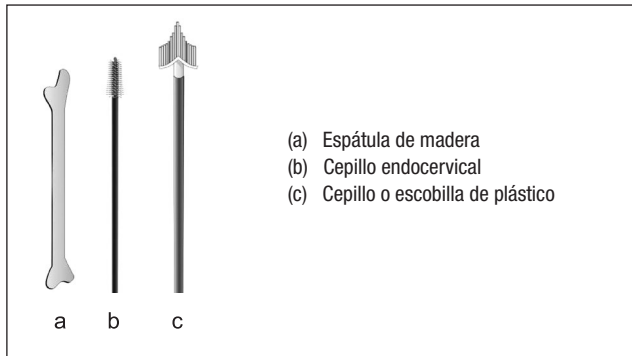
Sistema de Bethesda

Por consiguiente, la mayoría de las mujeres con un resultado positivo en el tamizaje citológico necesitan más pruebas para confirmar el diagnóstico (por ejemplo un nuevo frotis de Papanicolaou, una IVAA, una colposcopia, una biopsia o un legrado endocervical) y para determinar si necesitan tratamiento.

Se necesitan el equipo y los suministros siguientes para tomar una muestra para citología cervicouterina:

- agua y jabón para lavarse las manos (o desinfectante para manos a base de alcohol)
- una muy buena fuente de luz para examinar el cuello uterino
- una mesa de examen cubierta por papel o tela limpios
- un espéculo, altamente desinfectado (no necesariamente estéril)
- guantes de exploración desechables o altamente desinfectados (no necesariamente estériles)
- una espátula de madera o de plástico de punta extendida o un cepillo para toma de muestras (véase la figura HP5.6.1)
- Para el frotis de Papanicolaou solamente: un portaobjetos de vidrio con extremo esmerilado, y un spray fijador o una solución fijadora
- Para la CBL solamente: un tubo que contenga una solución conservadora especial
- un formulario de registro de datos y un lápiz para la rotulación
- un recipiente pequeño con agua tibia para lubricar y entibiar el espéculo
- solución de cloro al 0,5% para descontaminar el instrumental y los guantes.

Figura HP5.6.1: Dispositivos de muestreo cervicouterino para tamizaje mediante citología



Notas:

- Es preferible no tomar una muestra cervicouterina de mujeres que estén menstruando activamente o tengan síntomas de una infección aguda. Un sangrado leve es aceptable.
- El embarazo no es un momento ideal para tomar una muestra cervicouterina para un tamizaje citológico porque puede dar resultados engañosos. Sin embargo, si la mujer está en el grupo de edad previsto y probablemente no regrese después de dar a luz, siga adelante con el frotis.

Los pasos específicos de la orientación para el tamizaje citológico se indican en el procedimiento descrito en esta hoja práctica. Véanse en las hojas prácticas 3.4 y 3.5 sugerencias sobre la orientación a las clientas acerca del cáncer cervicouterino, y específicamente antes de realizar cualquier examen, prueba o procedimiento. La hoja práctica 3.6 presenta información sobre la orientación específica para las mujeres con VIH.



Orientación



Pasos de la orientación



Orientación sobre VIH

Frotis de Papanicolaou convencional

Preparación

1. Explique el procedimiento, el significado de un resultado positivo o negativo y las razones por las cuales es importante regresar para recibir los resultados de la prueba y actuar en consecuencia. Asegúrese de que la mujer haya entendido, y obtenga su consentimiento fundamentado.
2. Haga un examen con espéculo, como se describe en la hoja práctica 5.2.



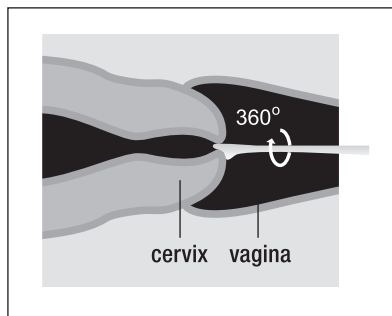
Exploración ginecológica

HP 5

Toma de la muestra

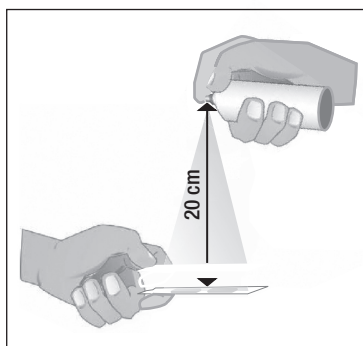
3. Inserte la punta larga de la espátula o del cepillo en el orificio cervical externo y rótela dando una vuelta completa (360 grados) (véase la figura 5.6.2).

Figura 5.6.2: Toma de una muestra de células del cuello uterino con una espátula de madera



4. Frote ambos lados de la espátula contra el portaobjetos de vidrio dando un par de pasadas delicadas (o haga rodar el cepillo sobre el portaobjetos). Si viera alguna anomalía fuera del área muestreada, tome otra muestra y extiéndala sobre otro portaobjetos.
5. Fije de inmediato cada portaobjetos, incluso antes de retirar el espéculo de la vagina (lleva solo unos pocos segundos): utilice para ello un fijador líquido pulverizable, colocado en ángulo recto y a una distancia de 20 cm del portaobjetos (véase la figura 5.6.3), o sumerja el portaobjetos en un recipiente con etanol al 95% y déjelo allí al menos cinco minutos (mientras usted continúa con los pasos siguientes).
6. Cierre y retire suavemente el espéculo.

Figura 5.6.3: Fijación de un frotis de Papanicolaou convencional empleando un líquido pulverizable



Nota: Si el portaobjetos no se fija de inmediato, las células se deshidratarán y se deformarán y resultará imposible analizar el frotis con exactitud en el laboratorio.

Después de la toma de la muestra y la preparación del portaobjetos

7. Coloque todo el instrumental utilizado en la solución de descontaminación.
8. Rotule el extremo esmerilado de cada portaobjetos cuidadosamente con el nombre de la clienta, el número de registro del consultorio y la fecha.
9. En la historia clínica de la paciente, anote e ilustre cualquier característica que haya observado, a saber: visibilidad de la zona de transformación, presencia de inflamación, úlceras u otras lesiones, o exudado anormal. Señale si se tomaron otras muestras (por ejemplo, un frotis de Papanicolaou de otra área y cualquier prueba de ITS) e indique si se ha derivado a la mujer a otro sitio (a quién y cuándo).
10. Invite a la clienta a formular preguntas y dele respuestas claras.
11. Dígale cuándo y cómo recibirá los resultados de la prueba y subraye la importancia de regresar para recibirlos. Lo ideal es que el laboratorio devuelva los resultados al consultorio dentro de las 2 a 3 semanas. No es aceptable que el laboratorio tarde más de un mes en informar.
12. Si observó algo por lo cual desea derivar a la mujer a un establecimiento de nivel más alto, explíquele por qué, dónde y cuándo debe ir y a quién ver, y subraye la importancia de cumplir con esa cita.

Citología en base líquida (CBL)

Este método es un refinamiento del frotis de Papanicolaou convencional. Hay algunas diferencias en los pasos a seguir, especialmente al tomar y preparar la muestra. Al igual que los frotis de Papanicolaou, las muestras se envían al laboratorio para su procesamiento, y los resultados se notifican de la misma manera.

Preparación

1. Explique el procedimiento, lo que significa un resultado positivo o negativo y por qué es importante regresar para recibir los resultados de la prueba y actuar en consecuencia como corresponda. Asegúrese de que la mujer haya entendido, y obtenga su consentimiento fundamentado.
2. Haga un examen con espéculo como se describe en la hoja práctica 5.2.

Toma de la muestra

3. Inserte el cepillo o la espátula en el orificio cervical externo y rótelos dando una vuelta completa (360 grados).
4. Tome la muestra del cepillo o de la espátula y transfírela a un tubo con la solución especial conservadora.



HP 5

5. Cierre y retire el suavemente espéculo.

Después de tomar la muestra

6. Sumerja todo instrumento utilizado en la solución de descontaminación.
7. Rotule cuidadosamente el tubo con el nombre de la cliente, el número de registro del consultorio y la fecha.
8. En la historia clínica de la paciente, anote e ilustre cualquier característica que haya observado, con inclusión de la visibilidad de la zona de transformación, la presencia de inflamación, úlceras u otras lesiones o un exudado anormal. Anote si se han tomado otras muestras (por ejemplo para alguna prueba de detección de ITS) y si se ha derivado a la mujer, el lugar de derivación, el profesional a quien se la deriva y el momento de la derivación.
9. Invite a la cliente a formular preguntas y dele respuestas claras.
10. Dígale cuándo y cómo recibirá los resultados de la prueba y ponga de relieve la importancia de regresar para obtener sus resultados. Lo ideal es que el laboratorio los remita al consultorio dentro de un plazo de 2 a 3 semanas. No es admisible que el laboratorio tarde más de un mes en notificarlos.
11. Si usted observó algo por lo que desea enviar a la mujer a un establecimiento de nivel superior, indíquele el motivo de la derivación, el lugar al que debe acudir, en qué momento y el nombre de la persona a quién debe ver; insista en que es importante que ella acuda a esa cita.

Seguimiento: entrega de los resultados de la prueba de citología en la próxima visita de la cliente

- Cuando regrese la cliente, entréguele los resultados de la prueba, explíquele lo que significan e infórmela de los pasos siguientes que se deben dar.
 - Si el resultado es negativo (normal), dígale que repita la prueba al cabo de 3 a 5 años, o dentro del plazo recomendado por las directrices nacionales.
 - Si el resultado es positivo (anormal), utilice los diagramas de flujo presentados en los anexos 8 y 9 como guía para indicarle los cuidados de seguimiento necesarios.
- Si la mujer no regresa y sus resultados son anómalos o el frotis era insatisfactorio para el análisis de laboratorio, procure comunicarse con ella.

Hoja práctica 5.7: Orientación a las mujeres con resultados positivos en las pruebas de detección

Véase en las hojas prácticas 3.4 y 3.5 una guía para dar orientación.

Orientación a las mujeres cuyos resultados positivos en la prueba de detección NO son sospechosos de cáncer

Al explicar a una mujer que su prueba de detección dio un resultado positivo, pero NO sospechoso de cáncer, se debe proporcionar la siguiente información en lenguaje claro y sencillo:

1. Felicítela por prestar atención a la propia salud y explíquele que esta prueba ayuda a IMPEDIR que se presente un cáncer cervicouterino.
2. Dígale que su prueba dio un resultado positivo, explíquele lo que esto significa y tranquilízela diciendo que NO significa que tenga cáncer cervicouterino.

En el caso de un **resultado positivo en una prueba de citología o una IVAA:**

- Explíquele que la prueba busca cambios temprano, llamados lesiones precancerosas, que podrían convertirse un día en cáncer si se dejan sin tratar.
- Explíquele que existe un tratamiento sencillo y seguro disponible para eliminar los cambios tempranos, y que es muy eficaz para curar estas lesiones precancerosas.

En el caso de un **resultado VPH positivo:**

- Explíquele que un resultado VPH positivo significa que hay una infección por ese virus en el cuello uterino. Asegúrele que muy pocas mujeres positivas al VPH contraen cáncer cervicouterino.
 - Si tiene un resultado VPH positivo y un resultado IVAA negativo, explíquele que esto significa que ella tiene una infección persistente por VPH que todavía no ha causado cambios en células.
3. Explíquele cuál es el tratamiento (si lo hay), cuánto tiempo lleva y lo que puede esperar.
 4. Haga hincapié en el hecho de que, si no recibe tratamiento (o seguimiento estrecho en caso de un resultado VPH positivo combinado con una IVAA negativa o con resultados citológicos negativos), años después podría contraer cáncer cervicouterino.
 5. Explíquele que, si ella lo desea, puede ser tratada ese mismo día, o cuanto antes, o se la puede derivar a otro sitio para tratamiento. Haga una cita de ser necesario.

Más información en el caso de un resultado VPH positivo

Aunque un resultado VPH positivo no signifique que la mujer vaya a contraer cáncer cervicouterino ni a tener problemas en el futuro, como tampoco que tenga lesiones precancerosas, enterarse de que es VPH positiva podría perturbarla.



Orientación



Pasos de la orientación

HP 5

Responda a cualquier pregunta de la paciente sobre la infección por VPH y dele la siguiente información general:

- El VPH se transmite durante la actividad sexual, pero es imposible saber cuándo o de quién lo adquirió una persona (a menos que haya tenido contacto sexual con una sola pareja en toda su vida).
- El VPH no es un signo de promiscuidad ni de infidelidad.
- El VPH es muy difícil de prevenir. Mientras que los condones protegen contra VIH y embarazos no deseados, no protegen completamente de VPH.
- Ser VPH positiva o recibir tratamiento por esto no causa dificultades para quedar embarazada ni para tener un bebé sano.
- Aunque sus nombres sean similares, el VPH y el VIH no están relacionados.



Orientación



Pasos de la orientación



FAQs

Véase en la hoja práctica 3.4 la forma de dar orientación acerca del cáncer cervicouterino en general, y en la hoja práctica 3.5 información sobre la orientación antes, durante y después de una prueba o procedimiento. Véanse en la hoja práctica 3.2 respuestas a preguntas frecuentes acerca del VPH.

Orientación a las mujeres cuyos resultados positivos en la prueba de detección SON sospechosos de cáncer

1. Explique a la cliente que el resultado positivo de su prueba de detección indica que tiene cambios en el cuello uterino, y se necesitan pruebas adicionales para saber más acerca de esos cambios.
2. NO le diga que usted piensa que tiene cáncer; esto se debe determinar mediante una biopsia.
3. Pregúntele si hoy ha venido acompañada de alguien y si desea que entren para escuchar la información que usted le dará acerca de los pasos siguientes.
4. Tranquilícela diciendo que, aunque hay motivo de preocupación, lo más importante es que ella acudió al tamizaje y ahora se la puede ayudar.
5. Explíquele que en la mayoría de los casos el tratamiento puede curarla; y que necesita concentrarse en eso.
6. Dele la información necesaria para una cita de derivación y asegúrese de tener toda la información para contactarla en caso de que necesite comunicarse con ella.
7. Pregúntele si hay problemas que pudieran impedirle acudir a la cita de derivación; si los hay, busque soluciones posibles y ayúdela a hacer un plan para obtener los servicios que necesita.

8. Fije una fecha para el seguimiento a fin de asegurarse de que ella recibió la atención necesaria.

El dispensador desempeña un papel importante para conseguir que una mujer con resultados sospechosos de cáncer reciba el seguimiento que necesita.

Los dispensadores deben:

- Considerar la posibilidad de establecer un sistema para el seguimiento de todas las derivaciones a fin de conseguir que las clientas reciban las pruebas y tratamientos ulteriores necesarios.
- Asegurarse de que la mujer y sus familiares entiendan la importancia de acudir a todas las citas y seguir las instrucciones proporcionadas por todos los dispensadores de asistencia sanitaria intervinientes en su atención.
- Hacer un seguimiento de la mujer y su familia para cerciorarse de que entiendan el resultado de las pruebas y tratamientos adicionales.

Hoja práctica 5.8: Colposcopia

¿Qué es la colposcopia y por qué se la necesita?

Colposcopia es el uso de un colposcopio (un instrumento que tiene una lente de aumento y emite una luz intensa) para examinar el cuello uterino.

La colposcopia no se practica con frecuencia porque exige a la paciente un paso más, que quizá solo esté disponible en un establecimiento distante y a un costo adicional, lo que posiblemente dé lugar a pérdida para el seguimiento.

La colposcopia se solicita con los objetivos siguientes:

- Servir de ayuda para el tratamiento con crioterapia o con escisión electroquirúrgica por asa porque permite trazar un esquema del sitio afectado y clasificar las lesiones precancerosas por tamaño y ubicación;
- guiar las biopsias de las áreas que parecen anormales y podrían ser cancerosas.

Importante: Cuando habla con la paciente, el dispensador no debe mencionar el cáncer porque antes de recibir los resultados del examen microscópico se desconoce el diagnóstico.

Para la colposcopia se necesitan el equipo y los suministros siguientes:

- espéculo vaginal, altamente desinfectado
- colposcopio
- todos lo necesario para prevenir infecciones.

Como las biopsias y el legrado endocervical (LEC) se suelen realizar durante una colposcopia, también se puede necesitar lo siguiente:

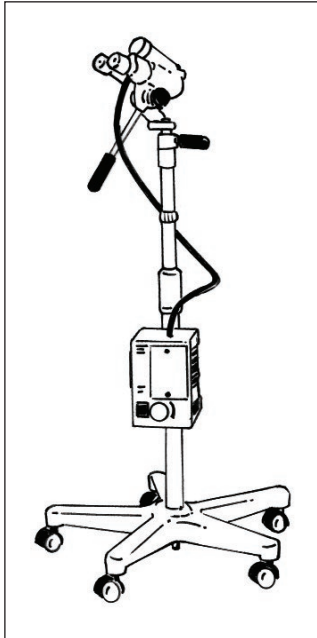
- ácido acético del 3 al 5%
- solución de Monsel (véase el anexo 13)
- pinzas para biopsia con sacabocados
- cureta endocervical
- pinzas de aro
- torundas de algodón
- botellas para muestras con formalina al 10%
- lápiz y etiquetas.



Solución de Monsel

Preparación

1. Explique el procedimiento, lo que las pruebas pueden mostrar y por qué es importante regresar para una atención ulterior de acuerdo a lo solicitado. Asegúrese de que la paciente haya entendido, y obtenga su consentimiento fundamentado.
2. Muestre el colposcopio a la paciente y explíquele cómo lo utilizará para examinarla.
3. Prepare a la paciente para una exploración ginecológica (véase la hoja práctica 5.2).

Figura HP5.8.1: Colposcopio**Procedimiento**

Diga a la paciente a cada paso lo que usted está por hacer y avísele si podría causarle algún dolor.

4. Inserte un espéculo y asegúrese de que el fondo de saco posterior (espacio vaginal que rodea el exocérnix) esté seco.
5. Inspeccione el cuello uterino con un objetivo de poco aumento (5x a 10x), en busca de cualquier zona de evidente anomalía, como úlceras, bultos sospechosos de cáncer, quistes, verrugas, etc. Identifique la zona de transformación y la unión escamoso-cilíndrica (UEC) original y la nueva. Si fuera aconsejable, o si no toda la UEC fuera visible, puede inspeccionar el conducto cervical utilizando

HP 5

- un espéculo endocervical. Si aun así no toda la UEC fuera visible, la colposcopia se consideraría inadecuada o insatisfactoria, y se debería hacer un legrado endocervical (véase la hoja práctica 5.9).
6. Aplique solución salina al cuello uterino e inspecciónelo con un filtro verde y un aumento de 15x, observando si hay alguna vascularización anormal.
 7. Después de decir a la paciente que quizá sienta un leve escozor, aplique ácido acético.
 8. Espere 1 o 2 minutos para permitir que se produzcan los cambios de color; observe si hay alguna modificación en el aspecto del cuello uterino. Preste especial atención a la presencia de anomalías cerca de la UEC.
 9. Integre los resultados de la prueba con solución salina y la prueba con ácido acético para hacer una evaluación de la colposcopia.
 10. Si se requieren biopsias, informe a la paciente que usted tomará biopsias del cuello uterino y que eso puede causar algún dolor.
 11. Realice biopsias cervicouterinas o un legrado endocervical como se describe en la hoja práctica 5.9.
 12. Si observa sangrado activo, presione con un hisopo el área que sangra o aplíquese solución de Monsel.
 13. Retire el colposcopio, y cierre y quite suavemente el espéculo.
 14. Espere unos minutos y pídale a la paciente que se incorpore lentamente. Obsérvela para detectar posibles síntomas vasovagales (es decir mareo, sudoración, desmayo). Si se presentan, dígame que se recueste nuevamente, con las piernas elevadas, hasta que se sienta bien.



Biopsia y LEC

Después del procedimiento

15. Explique a la paciente lo que vio y, si tomó biopsias o hizo raspados endocervicales, dígame lo que pueden revelar.
16. Indique a la paciente cómo cuidarse cuando regrese a casa:
 - Debe abstenerse del coito hasta que no tenga más flujo ni sangrado (generalmente 2 a 4 días). Entréguele condones y enséñele a utilizarlos en caso de que no le sea posible la abstinencia.
 - No debe insertar nada en la vagina durante 3 a 4 días.
 - Descríble los signos y síntomas de las complicaciones: hemorragia activa, cólicos fuertes o dolor en la parte inferior del abdomen, flujo purulento y fiebre. Si experimenta cualquiera de estos, tiene que regresar al centro de salud o ir al hospital.
17. Explíqueme la importancia de regresar al consultorio para recibir los resultados y dele una fecha específica para esa visita. Los informes de laboratorio deben estar disponibles en 2 a 3 semanas, de manera que una visita de seguimiento debe planificarse 2 a 3 semanas después de la colposcopia.

18. Documente los resultados. Utilice formularios para registrar la evaluación de la colposcopia.
19. Envíe al laboratorio las biopsias y el tejido raspado, rotulados.
20. Si observó algo que usted no puede tratar en su establecimiento, derive de inmediato a la paciente a un establecimiento de nivel más alto para exámenes o pruebas adicionales.

Seguimiento (2 a 3 semanas después de la colposcopia)

21. Explíquelo los resultados proporcionados en el informe de laboratorio.
22. Indique a la paciente el seguimiento que necesita según los resultados. Utilice las directrices nacionales o, si no están disponibles, los diagramas de flujo de los anexos 8 y 9 y el cuadro del anexo 10 para asesorar a la paciente sobre su diagnóstico y establecer un plan recomendado de tratamiento.
23. Haga una exploración ginecológica y verifique las posibilidades de sanación.
24. Envíe a la paciente a la terapia necesaria o haga una cita para la próxima visita.



Estrategias de tamizaje y tratamiento para mujeres VIH negativas



Estrategias de tamizaje y tratamiento para mujeres VIH positivas



Tratamiento por etapas de la FIGO

Nota: Su trabajo no termina hasta que usted haya examinado el informe histopatológico con la paciente y haya establecido un plan de tratamiento.

HP 5

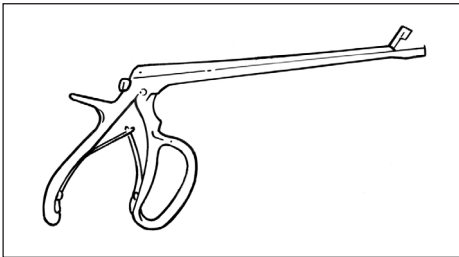
Hoja práctica 5.9: Biopsia y legrado endocervical (LEC)**Biopsia****¿Qué es y por qué se la necesita?**

La biopsia del cuello uterino es la extracción de porciones minúsculas de tejido cervicouterino con unas pinzas especiales de biopsia con sacabocados (véase la figura HP5.9.1) para diagnosticar las anomalías detectadas al examinar el cuello uterino sin aumento (por ejemplo, durante una exploración ginecológica en un tamizaje cervicouterino) o anomalías encontradas por colposcopia. Las muestras de biopsia se sumergen con prontitud en un matraz rotulado que contenga un líquido fijador (para conservar los tejidos y sus estructuras celulares tal como estaban cuando se introdujeron en el líquido), y luego se envían a un laboratorio donde hojas muy delgadas de tejido se tiñen con tinturas especiales y se examinan bajo un microscopio en un proceso llamado estudio histopatológico.

Si los trozos tisulares son de tamaño suficiente y están bien preservados, los resultados de la histopatología permitirán discriminar entre lesiones cervicouterinas precancerosas, cáncer invasor y lesiones no cancerosas (por ejemplo, verrugas [condiloma], herpes, infecciones, quistes benignos o pólipos).

La biopsia puede ser algo dolorosa, pero en general es innecesaria la anestesia. El sangrado suele ser mínimo y se puede detener ejerciendo presión con una torunda de algodón.

Figura HP5.9.1: Pinzas con sacabocados para biopsias cervicouterinas



Una biopsia debe ser realizada por un dispensador de asistencia sanitaria capacitado, en un establecimiento que tenga el equipo y los suministros necesarios.

Nota importante: Al hablar con la paciente, el dispensador no debe mencionar el cáncer porque hasta que se reciban los resultados del examen microscópico no se conoce el diagnóstico.

Para la biopsia se necesitan el equipo y los suministros siguientes:

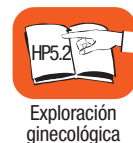
- espéculo vaginal, altamente desinfectado
- colposcopio (de ser necesario para visualizar la lesión)
- todos los suministros necesarios para prevenir infecciones
- ácido acético del 3 al 5%
- solución de Monsel (véase el anexo 13)
- pinzas para biopsia con sacabocados
- torundas de algodón
- frascos para muestras con formol al 10%
- lápiz y etiquetas.

Preparación

1. Preséntese y explique el procedimiento, lo que las pruebas pueden mostrar y por qué es importante regresar para recibir los resultados y una atención adicional, si fuera necesario.
2. Asegúrese de que la paciente haya entendido.
3. Obtenga su consentimiento fundamentado.
4. Muestre a la paciente las pinzas para toma de biopsias y explique cómo se utilizan.
5. Si ha sido derivada para la biopsia, dígame adónde necesita ir.
6. Informe a la paciente para cuándo se esperan los resultados y adónde debe ir a recibirlos; hable con ella de los pasos ulteriores.
7. Pregúntele si usted u otro dispensador puede comunicarse con ella y determine los medios que se pueden utilizar para ese fin (por ejemplo, llamada por teléfono, visita personal o entrega de una nota sellada por un trabajador de la comunidad), y si hay que evitar horarios específicos.

Procedimiento

8. Diga a la paciente que usted le describirá lo que vaya haciendo a cada paso, y avísele antes de hacer algo que podría causarle dolor. Prepárela para una exploración ginecológica (véase la hoja práctica 5.2).
9. Inserte un espéculo e inspeccione el cuello uterino para detectar cualquier anomalía evidente.
10. Después de advertir a la paciente que quizá sienta un leve escozor, aplique ácido acético y espere 1 o 2 minutos para permitir que se produzcan los cambios de color.
11. Observe cualquier cambio en el aspecto del cuello uterino. Preste especial atención a la presencia de anomalías cerca de la unión escamoso-cilíndrica (UEC).



HP 5

12. Comunique a la paciente que le tomará una biopsia del cuello uterino, y que eso podría causarle algún dolor.
13. Tome biopsias de las áreas más anormales del cuello uterino, y sumerja los tejidos en diferentes frascos rotulados que contengan formol u otra solución conservadora.
14. Si observa sangrado activo, aplique presión con una torunda de algodón durante un par de minutos; si el sangrado sigue, aplique solución de Monsel a las áreas sangrantes (véase en el anexo 13 la preparación de solución de Monsel) y retire suavemente el espéculo.

Legrado endocervical

¿Qué es y por qué se lo necesita?

El legrado endocervical (LEC) consiste en utilizar un instrumento delgado especial para obtener tejido del conducto cervical a fin de examinarlo al microscopio.

Se utiliza en los siguientes casos:

- una prueba de tamizaje con citología ha dado un resultado positivo, pero al colposcopio no se observan anomalías (véase la hoja práctica 5.8); puede haber un precáncer o un cáncer oculto dentro del canal endocervical;
- en la prueba de tamizaje con citología se han encontrado células glandulares anormales;
- la colposcopia sugiere la presencia de anomalías originadas en el canal endocervical;
- no toda la UEC es visible (la colposcopia resulta insatisfactoria).



Nota importante: Al hablar con la paciente el dispensador no debe mencionar el cáncer porque antes de recibir los resultados del examen microscópico se desconoce el diagnóstico.

Para el LEC se necesitan el equipo y los suministros siguientes:

- espéculo vaginal, altamente desinfectado
- todos los suministros necesarios para prevenir infecciones
- solución de Monsel (véase el anexo 13)
- cureta endocervical
- torundas de algodón
- frascos para muestras, con formol al 10%
- lápiz y etiquetas
- gasa o papel marrón.

Preparación

1. Preséntese y diga a la paciente que usted recomienda un legrado endocervical porque quiere tener la seguridad de que no haya ninguna anomalía dentro del conducto cervical.
2. Explique en qué consiste el procedimiento, cuánto tiempo lleva y lo que podría sentir la paciente (es decir, dolor y, ocasionalmente, una baja de la presión arterial que puede causar sudoración, mareos y desmayo).
3. Asegúrese de que la paciente haya entendido.
4. Obtenga su consentimiento fundamentado.
5. Muestre a la paciente la cureta y explique cómo se utiliza.
6. Si ha sido derivada para el LEC, dígame adónde necesita ir.
7. Informe a la paciente cuándo se esperan los resultados (deben estar en 2 a 3 semanas) y adónde ir para recibirlos, y hable de los pasos posteriores.
8. Pregúntele si usted u otro dispensador puede comunicarse con ella y determine los medios que se pueden utilizar para eso (por ejemplo, llamada por teléfono, visita personal o entrega de una nota sellada por un trabajador de la comunidad), y si hay algún horario específico por evitar.

Procedimiento

9. Sosteniendo la cureta (o legra) como un bolígrafo, introdúzcala y raspe el interior del conducto cervical con trazos cortos y firmes hasta que haya tomado muestras de todo el conducto. Mantenga la cureta dentro del conducto durante todo el procedimiento.
10. Al final, retire la cureta, sumerja todo el instrumental utilizado en la solución de descontaminación y coloque el legrado sobre una gasa o papel de estraza y sumérjalo de inmediato en formol al 10%.

Después de la biopsia o del legrado endocervical

1. Explique a la paciente lo que ha visto y lo que pueden revelar las biopsias o los raspados endocervicales.
2. Indique a la paciente cómo cuidarse cuando regrese a casa:
 - Debe abstenerse del coito hasta que hayan desaparecido el exudado o el sangrado (generalmente al cabo de 2 a 4 días). Entréguele condones y enséñele a utilizarlos si la abstinencia le resulta imposible.
 - No debe introducir nada en la vagina durante 3 o 4 días.
 - Describale los signos y síntomas de las complicaciones: hemorragia activa, cólicos o dolor intenso en la parte inferior del abdomen, flujo purulento y fiebre. Si ella experimenta alguno de estos, debe regresar al centro de salud o ir al hospital.

HP 5

3. Explíquelo la importancia de regresar al consultorio para recibir los resultados y dele una fecha específica para esa visita. Los informes de laboratorio deben estar listos al cabo de 2 o 3 semanas, de manera que la visita de seguimiento debe planificarse para 2 o 3 semanas después del procedimiento.
4. Documente los resultados en los formularios apropiados.
5. Envíe al laboratorio los frascos rotulados con las biopsias o el tejido del raspado.
6. Si usted observó algo que no puede atender en su establecimiento, envíe a la paciente de inmediato a un establecimiento de nivel más alto para pruebas o exámenes adicionales.

Nota: Su tarea no habrá terminado hasta que haya analizado el informe de histopatología con la paciente y establecido el plan terapéutico.

Hoja práctica 5.10: Opciones de tratamiento de las lesiones cervicouterinas precancerosas: crioterapia

HP5

La crioterapia es la congelación de las zonas anómalas del cuello uterino mediante la aplicación de un disco muy frío sobre ellas. Dura solo unos minutos y por lo general causa un dolor leve.

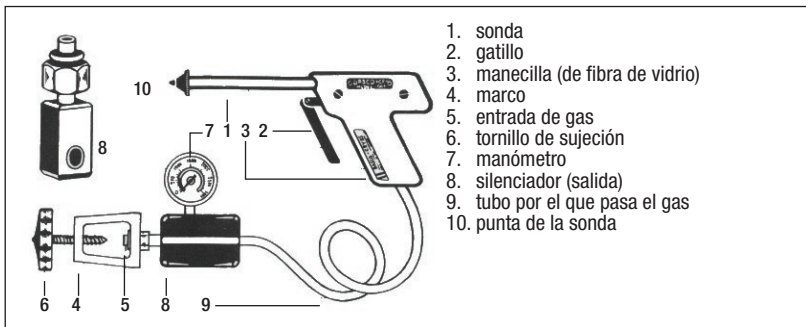
Cuadro HP5.10.1: Criterios de admisibilidad y exclusión para la crioterapia

Criterios de admisibilidad <i>(se deben cumplir todos)</i>	Criterios de exclusión <i>(se debe cumplir alguno)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • El tamizaje de precáncer cervicouterino dio resultado positivo • La lesión es lo bastante pequeña como para que la cubra la criosonda • La lesión y todos los bordes son plenamente visibles y no hay extensión al endocérvix o ni a la pared vaginal 	<ul style="list-style-type: none"> • Hay indicios o sospecha de enfermedad invasora o de displasia glandular (precancerosa) • La lesión se extiende más allá del borde de la criosonda • Hay embarazo • Hay enfermedad pélvica inflamatoria (aún no tratada) • Hay menstruación activa

Para practicar la crioterapia es necesario disponer del material e instrumental siguientes:

- espéculo, desinfectado en grado extremo (no necesariamente estéril);
- guantes de exploración desinfectados en grado extremo o desechables (no necesariamente estériles);
- hisopos de algodón para limpiar el cuello del útero;
- solución salina isotónica;
- colposcopio, si ha previsto utilizarlo en dicha ocasión;
- unidad de criocirugía (véase la figura HP5.10.1) con una fuente adecuada de gas (dióxido de carbono u óxido nítrico).

Figura HP5.10.1: Componentes de un equipo de crioterapia



Fuente: Reproducido, con permiso, de Sellors JW, Sankaranarayanan R. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: manual para principiantes. Lyon: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer; 2003. Washington, D.C.: OPS, © 2003. (<http://screening.iarc.fr/doc/Colposcopymanual.pdf>).

Véase en la hoja práctica 5.2 el equipo básico para realizar una exploración ginecológica. Véase también orientación detallada de la OMS sobre el equipo de crioterapia en *Cryosurgical equipment for the treatment of precancerous cervical lesions and prevention of cervical cancer: WHO technical specifications* (2012).¹⁸ Véase asimismo orientación detallada de la OMS sobre el uso de crioterapia, en WHO guidelines: *WHO guidelines: use of cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia* (2011).¹⁹



Exploración
ginecológica

Preparación

1. Explique el procedimiento y las razones por las cuales es importante regresar, según lo solicitado, para recibir una atención ulterior.
2. Asegúrese de que la paciente haya entendido y obtenga su consentimiento fundamentado.
3. Muéstrela el equipo de crioterapia y explíquele cómo lo utilizará para congelar las zonas anómalas del cuello uterino.
4. Prepare a la paciente para una exploración ginecológica y realice un examen con espéculo.
5. Si no hay indicios de infección, siga adelante con la crioterapia.
6. Si hay una infección cervicouterina, proporcione tratamiento (véase el anexo 12) y pídale que tome la primera dosis mientras está con usted. Puede seguir adelante con la crioterapia, o darle a la paciente una cita para regresar cuando se haya curado la infección.



Tratamiento de
infecciones

Procedimiento

7. Pase por el cuello uterino una torunda de algodón embebida en solución salina y espere unos minutos.
8. Aplique ácido acético para hacer resaltar las anomalías y espere unos minutos más para que se puedan ver las áreas acetoblancas.²⁰
9. Diga a la paciente que ella podría sentir algún malestar o dolor leve cuando usted congele el cuello uterino.
10. Limpie la superficie de la criosonda con solución salina para conseguir una eficacia óptima.

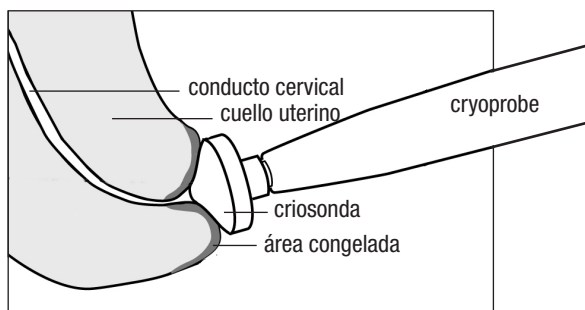
¹⁸ Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241504560/en/index.html>

¹⁹ Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502856_eng.pdf

²⁰ Si las áreas blancas cubren más de las tres cuartas partes de la cara del cuello uterino o se extienden hacia el conducto cervical, no satisfacen las condiciones para criocirugía. Retire el espéculo y, después de que la paciente se haya vestido, dígame por qué no hizo crioterapia y asegúrele que esto no significa que tenga cáncer. Dígame que la mejor opción es la escisión electroquirúrgica con asa, resuma en qué consiste este procedimiento y ayúdela a concertar una cita en el hospital de nivel secundario para efectuarlo.

11. Aplique la punta de la criosonda en el centro del orificio del útero y asegúrese de que la sonda cubra bien la lesión. Si la criosonda no cubre toda la lesión, no siga adelante con la congelación y explique a la paciente la razón; siga para ello las instrucciones de la nota que aparece al pie de esta página y aconseje a la paciente sobre los pasos siguientes.
12. Si la criosonda cubre un área suficiente del cuello uterino, antes de seguir adelante asegúrese de que la pared vaginal no esté en contacto con la criosonda porque podría lesionar la vagina por congelación.
13. Regule el cronómetro y libere el gatillo de gas para enfriar la criosonda.
14. Observará formación de hielo en la punta de la criosonda y en la superficie del exocervix (véase la figura HP5.10.2). Si el área congelada se extiende 4 o 5 mm más allá del borde de la criosonda, la congelación es adecuada.

Figura HP5.10.2: Posición de criosonda en el cuello uterino y la formación de hielo



15. Permita dos ciclos de congelación y descongelación: tres minutos de congelación seguidos de cinco minutos de descongelación, seguidos de otros tres minutos de congelación.
16. Una vez terminada la segunda congelación, dé tiempo para la descongelación antes de tratar de retirar la criosonda del cuello uterino. Si la retira antes de que se haya descongelado del todo, extraerá tejido del cuello uterino.
17. Haga rotar suavemente la sonda en el cuello uterino para retirarla. El área que ha congelado se verá blanca.
18. Examine el cuello uterino para ver si sangra. Si observa sangrado, aplique solución de Monsel (véase el anexo 13).
19. No introduzca gasa en la vagina.
20. Retire el espéculo.

Después del procedimiento

21. Suministre una toalla higiénica.
22. Diga a la paciente que se abstenga del coito y no utilice tapones vaginales durante cuatro semanas, hasta que se haya detenido completamente el exudado, para evitar infecciones.
23. Proporciónale condones y enséñele a utilizarlos por si no puede abstenerse del coito como se le ha indicado.
24. Infórmela de las posibles complicaciones y pídale que regrese de inmediato si tiene alguna de las siguientes:
 - fiebre (más de 38 °C de temperatura) o escalofríos fuertes
 - dolor intenso en la parte inferior del abdomen
 - exudado maloliente o purulento
 - hemorragia durante más de dos días o hemorragia con coágulos.
25. Pida a la paciente que regrese en 12 meses para un nuevo tamizaje cervicouterino, o antes si ella lo necesita.

Procesamiento del equipo utilizado (después de que la paciente se haya retirado)

Limpie y desinfecte la criosonda y descontamine el crioplicador, la tubería, el manómetro y el tanque de gas de la siguiente manera:²¹

1. Descontamine la unidad de crioterapia, la manguera y el regulador limpiándolos con alcohol.
2. Lave la punta de la criosonda y la mangueta de plástico con agua y jabón hasta que estén visiblemente limpias.
3. Enjuague bien la punta de la criosonda y la mangueta de plástico con agua limpia.
4. Somete a desinfección extrema la punta de la criosonda y la mangueta de plástico por medio de uno de los métodos siguientes:
 - hervirlas en agua durante 20 minutos, o
 - aplicarles vapor durante 20 minutos, o
 - introducir las en solución desinfectante (por ejemplo, solución de cloro al 0,1% o de glutaral al 2-4%), mantenerlas inmersas durante 20 minutos y enjuagarlas posteriormente en agua hervida;
5. Es imprescindible que la parte hueca de la punta de la criosonda esté completamente seca cuando se vuelva a utilizar, de lo contrario se congelará el agua y se partirá la sonda, o el tratamiento no será eficaz;

²¹ El hielo bloquea algunos crioplicadores. Esto puede evitarse apretando el botón de deshielo cada 20 segundos para limpiar el tubo.

6. Utilice un capuchón de goma para sellar la parte hueca de la criosonda durante el proceso, o seque a fondo la criosonda antes de volver a utilizarla;
7. Si no puede aplicar ninguno de los métodos de desinfección extrema arriba descritos, puede desinfectar la punta de la criosonda y la mangueta sumergiéndolas en isopropanol o etanol al 70-90% durante 20 minutos. Déjelas secar al aire y luego vuelva a ensamblarlas.

HP 5

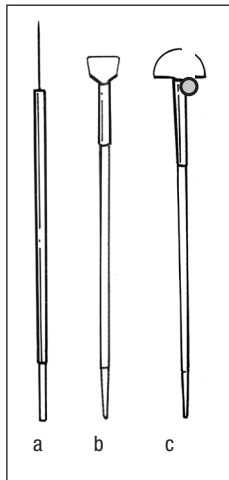
Hoja práctica 5.11: Opciones de tratamiento de las lesiones cervicouterinas precancerosas: escisión electroquirúrgica con asa (LEEP)

La escisión electroquirúrgica con asa es la extirpación de las zonas anómalas del cuello uterino utilizando un alambre delgado calentado con electricidad. Permite curar las lesiones precancerosas en 9 de cada 10 mujeres.

Para realizar la escisión electroquirúrgica con asa se necesitan el equipo y los suministros siguientes:

- fuente de energía fiable
- generador electroquirúrgico y mango de electrodo
- colposcopio
- espéculo no conductor, preferentemente con separadores laterales
- electrodo de retorno
- electrodos de alambre de varios tamaños (véase la figura HP5.11.1)
- electrodo de bola o coagulador
- evacuador de humo
- pinzas
- anestésico local: lidocaína al 1% o al 2%, con o sin epinefrina al 1:100.000
- jeringas de 5 ml con agujas largas de calibre 27
- frascos, con solución salina normal y con ácido acético al 5%
- solución de Monsel (véase el anexo 13)
- hisopos grandes
- agujas y material de sutura
- recipientes para muestras, con formol al 10%.

Figura HP5.11.1: Diferentes tipos y tamaños de electrodos



- (a) electrodo de bola
- (b) electrodo de asa cuadrada
- (c) electrodo de asa semicircular

Véase en la hoja práctica 5.2 el equipo básico para realizar una exploración ginecológica.



Exploración ginecológica

Preparación

1. Explique a la paciente el procedimiento y las razones por las cuales es importante que regrese para recibir una atención ulterior, como se le solicitó. Compruebe que la mujer haya entendido, y obtenga su consentimiento informado.
2. Prepare a la paciente para la exploración ginecológica (véase la hoja práctica 5.2).
3. Fije el electrodo de retorno en la parte interna del muslo.
4. Introduzca el espéculo no conductor cubierto de un aislante eléctrico, o bien un espéculo normal recubierto de un preservativo de látex.
5. Observe el cuello del útero y fíjese si hay anomalías, por ejemplo, un exudado del orificio, inflamación, hemorragia o lesiones. Anote los hallazgos.
6. Si no hay signos de infección, siga adelante. Si nota signos de infección, suspenda el procedimiento y someta a un tratamiento completo a la paciente y su pareja antes de hacer un segundo intento.



Tratamiento de infecciones

Procedimiento

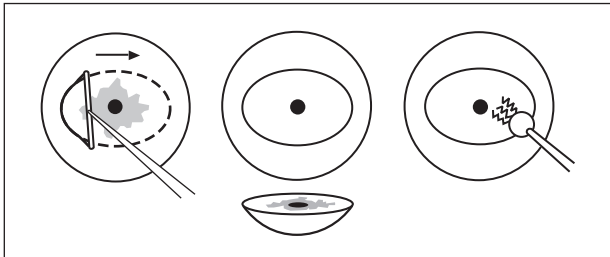
7. Antes de cada etapa, explique a la mujer lo que está por hacer y lo que ella podría sentir.
8. Pase un hisopo embebido en solución salina sobre el cuello uterino.
9. Aplique ácido acético al 5% y proceda a un examen con el colposcopio para determinar el emplazamiento y la extensión de la lesión.

HP 5

10. Inyecte 3 a 5 ml de un anestésico local (lidocaína al 1% o al 2% con epinefrina al 1:100 000 [para contener la hemorragia]), utilizando una aguja larga de calibre 27, justo por debajo del epitelio cervicouterino en las posiciones de las 12, 3, 6 y 9 horas del reloj (si la paciente tiene problemas cardíacos, utilice lidocaína sin epinefrina).
11. Elija el electrodo adecuado para extirpar la zona anómala por completo con un solo pase: en las mujeres nulíparas con lesiones pequeñas de bajo grado, utilice un electrodo de 1,5 cm de ancho y 0,5 cm de profundidad; en las mujeres multiparas con lesiones más grandes, utilice un electrodo de 2,0 cm de ancho por 0,8 cm de profundidad.
12. Ponga en marcha el sistema de aspiración al vacío y active el generador.
13. Extirpe la lesión: presione perpendicularmente el electrodo contra el tejido hasta una profundidad de unos 4 o 5 mm y muévelo lateralmente hasta atravesar el cuello de lado a lado de modo de obtener una media esfera de tejido con el conducto en el centro (véase la figura HP5.11.2). NO introduzca el electrodo a más de 5 mm de profundidad en las posiciones de las 3 y las 9 horas del reloj, pues ello puede dañar las arterias del útero.

Nota: En algunos casos, la paciente puede sufrir una reacción vasovagal, con aumento del ritmo cardíaco y caída de la tensión arterial. Si esto ocurre, interrumpa el tratamiento de inmediato y eleve lo más posible las piernas de la paciente.

Figura HP5.11.2: Escisión electroquirúrgica con asa de una lesión exocervical con un solo pase: corte de la lesión con un electrodo de alambre y fulguración con electrodo de bola



14. Se pueden hacer pases adicionales para escindir el tejido residual.
15. Junte todas las piezas de tejido con las pinzas, coloque las piezas en el frasco etiquetado con formol y envíelas al laboratorio de histopatología.

16. Realice un legrado endocervical y coloque el tejido obtenido en un frasco separado con formol (véase la hoja práctica 5.9).
17. Fulgure cualquier tejido hemorrágico de la base del cráter utilizando el electrodo de bola y corriente coagulante.
18. Aplique un poco de pasta de Monsel sobre la base del cráter para detener la hemorragia y retire el espéculo.



Biopsia y LEEP

Después del procedimiento

19. Suministre una toalla higiénica.
20. Indique a la mujer que se abstenga de practicar el coito durante 4 semanas como mínimo, hasta que se haya detenido completamente el sangrado. Con ello evitará la infección y la hemorragia abundante.
21. Proporciónale preservativos para que los utilice en caso de que no pueda abstenerse del coito, como se le indicó. Enséñele a utilizarlos.
22. Dígale que puede sentir un dolor leve a moderado durante unos días; en tal caso, puede tomar ibuprofeno o paracetamol.
23. Explíquelo que podría tener un sangrado muy ligero, y que notará un exudado sanguinolento durante al menos un mes. En ese caso, puede utilizar toallitas higiénicas, pero no tampones.
24. Indíquelo la forma de cuidarse cuando regrese a su casa:
 - Debe descansar y evitar todo trabajo pesado durante varios días.
 - No debe introducir ningún objeto en la vagina.
25. Póngala al tanto de las posibles complicaciones y pídale que regrese de inmediato al servicio si la paciente nota algo de lo siguiente:
 - fiebre alta (más de 38 °C de temperatura) o escalofríos violentos;
 - un dolor fuerte en la parte inferior del abdomen;
 - un exudado fétido o purulento;
 - una hemorragia abundante o una hemorragia con coágulos.
26. Responda las preguntas de la paciente.
27. Recomiéndelo que regrese al centro sanitario en unas dos a seis semanas para verificar la curación y recibir el informe del laboratorio.
28. Concierte una cita de seguimiento con la paciente.

Visita de seguimiento (2 a 6 semanas después del procedimiento)

29. Pregunte a la paciente cómo se siente y si ha tenido algún problema desde que se le practicó la escisión electroquirúrgica con asa.



Estrategias de tamizaje y tratamiento para mujeres VIH negativas

30. Analice el informe del estudio anatomopatológico con la paciente e indíquele los pasos a seguir en función del mismo.

31. Examine a la paciente para comprobar su curación.

32. Dígame que regrese para un nuevo tamizaje cervicouterino 12 meses después de la escisión electroquirúrgica con asa.



Estrategias de tamizaje y tratamiento para mujeres VIH positivas

Proceda al seguimiento según se describe en los diagramas de flujo de los anexos 8 y 9.

Tratamiento de las complicaciones de la escisión electroquirúrgica con asa

Cuadro HP5.11.1: Tratamiento de las posibles complicaciones de la escisión electroquirúrgica con asa

Complicación	Tratamiento
Hemorragia durante el procedimiento: puede ser difusa o arterial	Hemorragia difusa: combine la presión con la coagulación mediante electrodo de bola. Hemorragia arterial: aplique el electrodo de bola en contacto firme con la fuente y utilice corriente coagulante.
Hemorragia después del procedimiento (se presenta en menos del 2% de los casos)	Elimine el coágulo sanguíneo, limpie con ácido acético al 5%, identifique la zona hemorrágica, anestesia con lidocaína y epinefrina. Si la hemorragia es ligera, aplique un poco de pasta de Monsel. Si la hemorragia es abundante, fulgure con el electrodo de bola de 5 mm o con un electrodo de macroaguja y corriente coagulante
Infección después del procedimiento: exudado purulento, dolor, fiebre	Administre antibióticos, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • 400 mg de cefixima oral, dosis única, más • 100 mg de doxiciclina oral, dos veces por día durante 14 días, más • 400–500 mg de metronidazol oral, dos veces al día durante 14 días.

Hoja práctica 5.12: Opciones de tratamiento de las lesiones cervicouterinas precancerosas: conización con bisturí frío (CKC)

HP5

La conización con bisturí frío (CKC) es la extirpación quirúrgica de una porción cónica del cuello uterino que abarque una porción exterior (exocérvix) y otra interna (endocérvix). La cantidad de tejido extirpado dependerá del tamaño de la lesión y de la probabilidad de encontrar un cáncer invasor. El tejido extirpado se envía al laboratorio de anatomía patológica para diagnóstico histológico y análisis a fin de asegurarse de que se haya extirpado completamente todo tejido anormal. Una CKC se practica generalmente en un hospital.

Explicación del procedimiento

Suministre previamente a la mujer tanta información como pueda sobre el procedimiento, la anestesia y sus posibles efectos colaterales y complicaciones. La descripción presentada más abajo ayudará a responder a cualquier pregunta que ella pudiera tener acerca del procedimiento que experimentará en el hospital.

Preparación

1. El personal del hospital dará a la paciente los detalles sobre el procedimiento, el horario de inicio, la duración, los efectos colaterales y las complicaciones posibles, así como sobre la manera de cuidarse al regresar al hogar.
2. El personal del hospital también le dará instrucciones sobre la manera de prepararse antes de llegar para la intervención quirúrgica (la ropa que debe llevar y los medicamentos que debe tomar de antemano). Le dirá que no coma ni beba nada durante las ocho horas previas a la cirugía, y que se bañe antes de ir al hospital.
3. Cuando se haya respondido a las preguntas de la paciente, se le pedirá que firme su consentimiento fundamentado porque lo requiere el hospital.

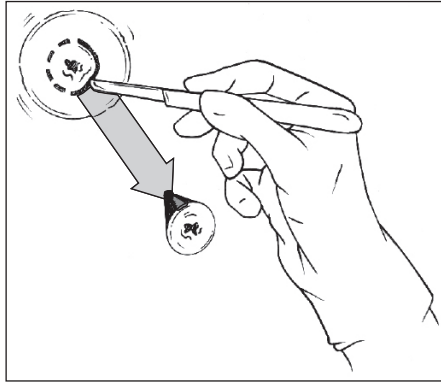
La operación

4. Se le administrará anestesia general o raquídea para que la paciente no sienta nada durante la operación.
5. El cirujano insertará un espéculo en la vagina para visualizar el cuello uterino.
6. Se aplicará una solución yodada para resaltar las zonas anómalas y se examinará el cuello uterino.
7. Se inyectará en el cuello uterino una sustancia para reducir el riesgo de hemorragia abundante. Opcionalmente, el cirujano puede suturar las arterias pequeñas que irrigan la zona que se ha de extirpar.
8. Con un bisturí especial se extraerá del cuello uterino un área en forma de cono, incluido el conducto endocervical, (véase la figura HP5.12.1). El tejido extirpado

HP 5

se colocará en un frasco con formol y se enviará al laboratorio. Se suele indicar al anatomopatólogo con un punto la orientación de la pieza; la ubicación de ese punto se debe registrar de forma apropiada (por ejemplo, punto en la posición de las 12 horas de reloj).

Figura HP5.12.1: Extracción de una porción cónica del cuello uterino



9. Después de extirpar el cono, la base del cráter (el área del cuello uterino que queda tras la escisión) se cauteriza con cauterio de bola.
10. Se contendrá la hemorragia activa ejerciendo presión con bolas de algodón y aplicando solución de Monsel (véase el anexo 13), o utilizando un cauterio de bola.
11. Se puede introducir un tapón de gasa en la vagina para que ejerza presión y contenga la hemorragia, salvo que se haya utilizado solución de Monsel, en cuyo caso no se introduce el tapón de gasa.



Solución de Monsel

Justo después de la operación

12. Después de la operación, el personal del hospital observará a la paciente en la sala de reanimación posquirúrgica. En cuanto ella se despierte, se la trasladará a una cama convencional hasta que se restablezca por completo.
13. Si la paciente se siente bien, no padece ninguna hemorragia importante y vive cerca del hospital, se le dará el alta al cabo de unas horas. Si la paciente no puede volver a casa ese día, se le dará el alta al día siguiente, siempre que no hayan surgido complicaciones.
14. Antes de que la paciente salga del hospital, se le dirá que en el cuello uterino tiene una herida escondida que necesita al menos 4 a 6 semanas para cicatrizar.
15. Se advertirá a la paciente que, para prevenir la infección y permitir una buena cicatrización del cuello uterino, durante las próximas seis semanas no debe

introducir nada en la vagina, ni siquiera dedos ni tampones, como tampoco debe hacerse duchas vaginales ni practicar el coito. Si no puede abstenerse del coito durante seis semanas, entréguele preservativos y enséñele a ella (y a su pareja) a utilizarlos.

16. La paciente recibirá orientación sobre cómo cuidarse e información sobre posibles síntomas o complicaciones a los que debe prestar atención (véase el cuadro HP5.12.1); se le indicará que vaya de inmediato al centro de salud o al hospital si se presentara alguno de ellos.
17. Se le dará una cita para la primera visita de seguimiento 2 a 6 semanas después de la CKC.

Tratamiento de las posibles complicaciones de la CKC

Cuadro HP5.12.1: Tratamiento de las posibles complicaciones de la conización

Complicación	Síntomas	Tratamiento
Infección	Dolor en la parte inferior del abdomen; flujo vaginal amarillo maloliente	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar tratamiento contra la enfermedad pélvica inflamatoria
Hemorragia	Hemorragia vaginal profusa	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar con espéculo, extirpar el coágulo de sangre, identificar las zonas hemorrágicas • Fulgurar o cauterizar las zonas hemorrágicas con el electrodo de bola • Aplicar solución de Monsel o introducir un tapón de venda de gasa

Seguimiento en el domicilio

Las presentes instrucciones se dirigen al dispensador que proporcionará asistencia domiciliaria:

18. Antes de que la paciente salga del hospital después de la CKC, le darán orientación sobre cómo cuidarse para facilitar la curación y le señalarán los síntomas o complicaciones que requieren atención (véanse los puntos 15 y 16 de la lista que aparece más arriba). Usted puede ayudarla reforzando ese asesoramiento y repitiéndolo de ser necesario.
19. Si queda un tapón de gasa en la vagina, se lo debe eliminar al cabo de 6 a 12 horas para evitar la infección. Usted (u otro dispensador de asistencia sanitaria local que sepa hacerlo) puede ayudarla en eso.

20. Se recomienda un reposo relativo durante unos días. La paciente debe evitar los trabajos pesados durante las tres primeras semanas. Se pueden realizar actividades diarias normales tales como tareas domésticas livianas, bañarse, ducharse y comer.
21. Si la paciente siente un malestar (no dolor intenso), puede tomar paracetamol.
22. La paciente debe tener una cita para seguimiento 2 a 6 semanas después de la operación para ver los resultados del examen del tejido realizado por el laboratorio y para que la examine el cirujano. Aliéntele a que cumpla con esta cita.

Visita de seguimiento (2 a 6 semanas después del procedimiento)

23. Pregunte a la paciente cómo se siente y si ha tenido problemas inesperados desde la CKC.
24. Examine el informe del estudio histopatológico con la paciente e infórmela de los pasos ulteriores recomendados.
25. Examine a la paciente para comprobar la curación.
26. Pídale que regrese para un nuevo tamizaje cervicouterino 12 meses después de la CKC. Proceda como se describe en los diagramas de flujo presentados en los anexos 8 y 9.



Estrategias de tamizaje y tratamiento para mujeres VIH negativas



Estrategias de tamizaje y tratamiento para mujeres VIH positivas

Hojas prácticas correspondientes al capítulo 6

Estas hojas prácticas tienen por objeto ayudar a los dispensadores de asistencia sanitaria de nivel primario y secundario cuando se reúnan con pacientes cuyos síntomas pueden deberse a cáncer cervicouterino o pacientes a las que se haya diagnosticado un cáncer cervicouterino. La información aquí presentada les permitirá responder a preguntas acerca de las pruebas y tratamientos que se harán en el hospital, colmará algunas lagunas de conocimientos de la paciente y de sus familiares y prestarán un apoyo necesario antes de la internación de la paciente o durante esa situación.

La hoja práctica 6.4 se dirige solo a los dispensadores de asistencia sanitaria de nivel terciario, con sugerencias para cuando hablen con las pacientes de cáncer cervicouterino antes y después de las pruebas de estadificación y cuando se suspenda el tratamiento del cáncer.

HP 6

Hoja práctica 6.1: Cuando una paciente consulta porque tiene síntomas que pueden deberse a un cáncer cervicouterino

Nota importante: El cáncer cervicouterino solo se puede diagnosticar previo examen microscópico del tejido extraído de una lesión.

Si una mujer se presenta a un dispensador de nivel primario o secundario con uno o más de los síntomas enumerados en esta hoja práctica, se debe pensar en un cáncer cervicouterino como una posible causa. Sin embargo, todos los síntomas enumerados pueden deberse a muchas causas diferentes del cáncer cervicouterino. Es muy importante que, si una mujer se queja de uno o más de los síntomas de la lista, usted no le hable inmediatamente de un cáncer cervicouterino; esto puede asustarla innecesariamente. Más bien, explíquele que necesita un examen y posiblemente algunas pruebas para determinar lo que está causando los síntomas y poder administrar el tratamiento apropiado.

Los síntomas de cáncer cervicouterino invasor temprano pueden incluir lo siguiente:

- flujo vaginal, a veces maloliente, que persiste después de los tratamientos comunes
- hemorragia irregular en mujeres a mediados de la treintena o de más edad
- sangrado poscoital en mujeres de cualquier edad.

Los síntomas de cáncer más avanzado pueden incluir todo lo anterior, más lo siguiente:

- micciones muy frecuentes (polaquiuria) y necesidad imperiosa de orinar (tenesmo vesical), o micción reducida
- pérdida de orina o heces por la vagina
- intenso dolor de espalda y dolor en la parte inferior del abdomen
- hinchazón grave de una o ambas piernas y pies.

El dispensador de nivel primario, que posiblemente no tenga la capacitación debida para realizar una exploración ginecológica completa o carezca del equipo necesario para ello, debe enviar a la paciente a un ginecólogo de un hospital de nivel secundario.

Si usted ha sido capacitado para ello y tiene el equipo y los suministros necesarios, puede hacer una exploración ginecológica a una mujer que tenga uno o más de los síntomas arriba enumerados (véanse en la hoja práctica 5.2 detalles sobre la exploración ginecológica). Si usted nota algún bulto o ulceración en la cara del cuello uterino, se debe realizar una biopsia y enviarla al laboratorio para un examen al microscopio a fin de hacer un diagnóstico definitivo.

Mientras usted examina a la paciente, converse con ella y explíquele a cada paso lo que hace y lo que va notando.

Si puede hacer una biopsia, le recomendamos encarecidamente que primero relea la hoja práctica 5.9 para más detalles sobre cómo realizar una biopsia y que siga los pasos indicados allí.



Biopsia y LEC

Si su laboratorio no puede entregar los resultados de la biopsia en 2 o 3 semanas, es preferible derivar a la mujer a un ginecólogo del establecimiento más cercano que tenga un laboratorio.

Si la biopsia muestra un cáncer cervicouterino de tipo invasor, se debe informar a la paciente y derivarla a un establecimiento de atención terciaria. Véanse en la hoja práctica 6.2 sugerencias para esa conversación difícil.



Orientación:
Diagnóstico
de cáncer

Recuerde: La detección precoz del cáncer cervicouterino es la clave del tratamiento curativo. En las mujeres mayores de 35 años, los dispensadores deben prestar atención a los síntomas que pueden indicar un cáncer cervicouterino y asegurarse de que se las examine con prontitud y se les practiquen las pruebas necesarias.

Hoja práctica 6.2: Información a una paciente acerca de un diagnóstico de cáncer cervicouterino, y consejos para hablar de eso con ella y con su círculo de apoyo

Al dispensador: Lea y reflexione sobre el contenido de esta hoja práctica ANTES DE reunirse con una mujer a la que se haya diagnosticado un cáncer cervicouterino de tipo invasor, y con su círculo de apoyo. Lo ayudará a prepararse para esta tarea difícil.

Tenga siempre presentes las características culturales de la familia y la comunidad de la paciente durante sus conversaciones acerca del cáncer cervicouterino y otras enfermedades potencialmente mortales.

Sea consciente de que, después de recibir un diagnóstico de cáncer, son frecuentes las reacciones de negación, ira y resignación. Es importante que la paciente sepa que usted está disponible para seguir la conversación, explorar sus sentimientos y reacciones y ayudarla a encontrar paz ante los resultados y los tratamientos propuestos.

Preparación

- Respete la cultura, las normas y las costumbres de la paciente y de su comunidad; puede o no ser aceptable, por ejemplo, dar noticias difíciles directamente a la paciente. Sin embargo, es importante que ella entienda lo que sucede para que pueda participar en la toma de decisiones sobre su atención de salud.
- Para suministrar información a una mujer y su familia acerca del cáncer cervicouterino, es importante hacerlo lejos de otras personas, en un espacio privado que permita a la mujer y su familia la posibilidad de formular preguntas libremente. Asegúrese de que ese espacio esté disponible.
- Un diagnóstico de cáncer a menudo es inesperado; el suministro de información exacta acerca de su enfermedad permite a la paciente y su familia empezar a comprender el diagnóstico y pensar en el tratamiento. Asegúrese de que tiene toda la información necesaria.
- Piense en qué información personal convendría que usted supiera acerca de la paciente y en cómo obtenerla durante esa conversación. Por ejemplo, ¿necesitará ella ayuda para tener acceso al establecimiento de atención terciaria? Podría enfrentarse con cuestiones tales como falta de recursos financieros o de transporte, dificultades para que su trabajo le permita tener tiempo libre o para encontrar cuidadores que la reemplacen en la atención a los niños o a las personas ancianas o enfermas de las que ella se ocupa. En ese caso, usted podría movilizar a familiares o amigos de la paciente o a ayudantes comunitarios para que brinden asistencia.

Conversar con la paciente (y los familiares que ella desee incluir)

- Siempre recuerde que una de las herramientas terapéuticas más potentes es su capacidad de escuchar a su paciente y de comprender su perspectiva.
- Antes de hablar, pida permiso para abordar la situación.
- Sea claro y directo al explicar el diagnóstico; utilice expresiones que se entiendan en un lenguaje cotidiano. No emplee palabras técnicas que la paciente no entienda, como “neoplasia”, o que sean vagas, como “crecimiento”.
- Dé tiempo a los presentes para que asimilen las repercusiones de lo que les ha dicho, luego deles tiempo para hacer preguntas.
- Dígalas que toda mujer que tenga cáncer cervicouterino puede ser tratada: el tratamiento curará a muchas, y a otras les dará una mejor calidad de vida.
- Cuando reciben malas noticias inesperadas, muchas personas se conmocionan y pueden no escuchar bien ni entender lo que se les dice. A veces resulta útil que se les muestren o hagan dibujos o se les presente información sencilla por escrito para ayudarlas a recordar lo que se dijo, y esto puede impulsarlas a pensar en otras preguntas. Puede ser necesario hablar con ellas a los pocos días, después de que hayan absorbido la información y surjan nuevos pensamientos y preguntas.

Otros temas por explorar

- Si la paciente considera la posibilidad de aceptar el tratamiento convencional, pregunte si también se propone utilizar la ayuda de curanderos.
- Es importante carecer de prejuicios, permitir que la paciente exprese sus convicciones, y ayudarla a entender que hay diferentes sistemas de atención de salud que se pueden complementar para ofrecerle el mejor resultado posible.
- Explore lo que la paciente sabe acerca del cáncer, cómo interpreta el diagnóstico de cáncer, cuáles son sus temores y expectativas y lo que conoce acerca de los tratamientos disponibles.
- Esté preparado para explicar que el cáncer cervicouterino avanzará y le causará la muerte si se lo deja sin tratar.
- Explore qué apoyo psicosocial, emocional, económico y espiritual pueden movilizar la paciente y su familia, ya que esto puede ser muy importante. Si su red de apoyo es inadecuada, considere qué otro apoyo se necesitará.

Nota: Podría ser necesario tener estas conversaciones en más de una sesión.

HP 6

Hoja práctica 6.3: Suministro de información previa a las pacientes con cáncer cervicouterino acerca de lo que puede suceder en el hospital

Después de concertar una cita para la paciente en el hospital, explíquele lo que puede encontrar una vez que esté allí.

Informe a la paciente que en el hospital la verá un especialista, quien le dirá qué pruebas se necesitarían a fin de determinar el mejor tratamiento para ella. Podrá tener la mayoría de las pruebas y tratamientos en el hospital en forma ambulatoria. Pero si viven demasiado lejos para ir y volver a casa todos los días, ella y sus familiares deben saber que podrían necesitar una habitación cerca del hospital para alojarse durante el período en que se realicen las pruebas o el tratamiento.

En el hospital:

- Se hará a la paciente una exploración física completa y varias pruebas para determinar la extensión del cáncer. Esas pruebas pueden ser análisis de sangre y de orina, procedimientos para determinar si el cáncer se ha diseminado al recto (proctoscopia) o al sistema urinario (cistoscopia), así como una tomografía computarizada (TC) o una imagen por resonancia magnética (IRM) para determinar si el cáncer ha invadido otras partes del cuerpo.
- Una vez listos los resultados, los especialistas hablarán con la paciente y le describirán la mejor opción o las opciones terapéuticas disponibles, incluida información sobre el tiempo que lleva cada tratamiento, cómo se sentirá ella, los posibles efectos colaterales y costos de los tratamientos, según corresponda.
- Los especialistas preguntarán a la paciente cuándo podría ella organizar sus asuntos personales y estar preparada para internarse a fin de iniciar los procedimientos o tratamientos que se realicen en régimen de hospitalización.
- Cuando se ingrese a la paciente, los especialistas le describirán nuevamente el plan de tratamiento y le explicarán que el hospital requiere su consentimiento fundamentado; después de haber respondido a todas sus preguntas, le pedirán que lea y firme el formulario de consentimiento.
- Es importante que la paciente entienda que, incluso después de haber firmado el formulario de consentimiento fundamentado, ella puede cambiar de opinión (es decir, no está obligada a seguir adelante con ninguna prueba, procedimiento o tratamiento propuestos).

Hoja práctica 6.4: Hablar con una paciente sobre su cáncer y su tratamiento: sugerencias para los dispensadores de asistencia sanitaria de nivel terciario (especialistas en cáncer)

Al reunirse con la paciente antes de las pruebas de estadificación

- En la primera reunión, preséntese e informe a la paciente del papel que usted desempeña en su atención.
- Tranquilícela diciendo que usted y su equipo harán todo lo que esté a su alcance para proporcionarle el mejor tratamiento disponible a fin de curar su cáncer o, como mínimo, reducir su sufrimiento y prolongar y mejorar su vida cuando egrese del hospital.
- Alentar a la paciente y su familia a que mantenga a sus dispensadores de asistencia sanitaria informados de todo cambio que noten y de cualquier efecto colateral que ella experimente una vez iniciado el tratamiento.
- Utilizando un lenguaje claro y no técnico, hable de todas las pruebas previstas por el momento para determinar el estadio o la extensión de su cáncer, y explíquele que se necesita esa información para elegir el tratamiento que vaya a dar el mejor resultado. Dígale que la informará con anticipación de todo procedimiento nuevo que prevea y que responderá a todas sus preguntas.

Reunión con la paciente para hablar del tratamiento después de haber determinado la fase de su cáncer

- Explique a la paciente los resultados de las pruebas, incluidos los que indican el grado de propagación del cáncer y su gravedad, y dele un panorama de los tratamientos disponibles para la fase de su cáncer.
- A esta altura, la paciente y sus acompañantes probablemente tendrán muchas preguntas acerca de los tratamientos sugeridos, su esperanza de vida probable y lo que sucedería si ella se rehusara a recibir el tratamiento recomendado. Tómese el tiempo necesario para responder a las preguntas y examine todos estos temas con ellos.
- Al hablar del mejor tratamiento disponible o de los tratamientos recomendados a la paciente teniendo en cuenta su cáncer y el estadio de este, procure abarcar lo siguiente:
 - ¿Qué tratamiento se sugiere?
 - ¿Dónde o cómo se dispensará (por ejemplo en un hospital en régimen de internación o en régimen ambulatorio)?
 - ¿Cuánto tiempo se necesitará para terminar el tratamiento?
 - ¿Cuáles son los efectos colaterales comunes?
 - ¿Cuáles serán los costos en efectivo para la paciente?

HP 6

– ¿Cuáles serían los resultados posibles si la paciente decidiera no recibir el tratamiento?

- Con respecto al pronóstico de la paciente, es importante ser veraz pero optimista al describir los mejores resultados esperables. Según la fase de su cáncer, proporcione información sobre los resultados usuales en otros pacientes con cánceres similares al suyo. Dígame también que hay una variedad de resultados posibles y que usted no puede tener plena seguridad acerca del curso que seguirá ella. Si se prevé que el tratamiento cure su enfermedad, dígaselo, pero siempre deje lugar para la posibilidad de que esto no ocurra.
- Si el cáncer es extenso y probablemente no sea curable, diga a la paciente y su familia que el tratamiento, a pesar de una cantidad variable de efectos colaterales, puede aliviar algunos de sus síntomas y conseguir que se sienta más cómoda. Dele una esperanza de vida aproximada en meses o años, según el pronóstico de otros casos similares, y explíquele que esta es solo una conjetura fundada, no una certidumbre.
- Recuerde que la herramienta terapéutica más útil es la capacidad de escucha. Deténgase periódicamente para preguntar y responder a preguntas.

Cómo hablar con una paciente cuyo tratamiento del cáncer se suspende porque no ha tenido efectos beneficiosos sobre su salud ni sobre el estado del cáncer

- Cuando resulta evidente que ningún otro tratamiento del cáncer sería beneficioso, es preferible aconsejar a la paciente y sus familiares de una manera sensible pero veraz. Sería ideal que la conversación tuviera lugar en el contexto de una relación continua entre el dispensador y la paciente, en lugar de que la inicie alguien que la mujer no conocía. El dispensador debe mostrarse lo más tranquilo y propicio posible; esta conversación es muy emocional y entristecedora.
- Tenga siempre en cuenta los aspectos culturales de la comunidad de la paciente que pudieran ser pertinentes para las conversaciones acerca de una muerte inminente.
- Prevea un espacio con privacidad auditiva y visual y diga a los presentes que la conversación es confidencial.
- El dispensador puede preguntar primero cómo se siente la paciente, qué síntomas tiene y qué personas en su casa y su comunidad pueden ayudarla a satisfacer sus necesidades físicas, emocionales y espirituales.

- Examine con la paciente lo que se ha hecho en las últimas semanas para cuidar su salud, y aborde muy delicadamente el hecho de que en las últimas X semanas o meses no se ha logrado ningún mejoramiento. Explique que, por ese motivo, los médicos que la cuidan han decidido que ella no se beneficiaría de un tratamiento ulterior dirigido al cáncer.
- Es también muy importante hacer saber a la paciente que, aunque el tratamiento del cáncer no haya ayudado a reducir el empeoramiento de su enfermedad ni sus síntomas, usted sigue comprometido con su bienestar y con el tratamiento de sus síntomas, incluido el dolor. No se olvide de decirle que ella estará con su familia y con su círculo de apoyo cercano.
- Procure no decir “no se puede hacer nada más”, porque los cuidadores PUEDEN hacer mucho para ayudarla: aliviar los síntomas, administrarle medicación, organizar la atención de nivel inferior, o simplemente estar disponibles. A las preguntas acerca de cuánto tiempo de vida le queda, responda con sinceridad, es decir que no lo sabe, pero quizá sean unos días, semanas o meses, según corresponda para su situación. Esto dará a la paciente y familia una indicación de lo que quepa esperar, para que pueden hacer los arreglos apropiados.
- Antes de finalizar esta conversación, tranquilice a la paciente diciéndole que recibirá el seguimiento necesario; asegúrese de que ella sepa a quién ver, dónde y cuándo, y exprese su disponibilidad para apoyarla de cualquier manera posible.

Hoja práctica 6.5: Tratamientos del cáncer cervicouterino: histerectomía

La histerectomía es la extirpación del útero. En la histerectomía simple se extirpa el útero completo, incluido su cuello. Las trompas y los ovarios se pueden extirpar o no. En la histerectomía radical se extirpan el útero, los tejidos adyacentes y una porción de la parte superior de la vagina. Los procedimientos son fundamentalmente idénticos, como se describe más abajo.

Esta hoja práctica se ha incluido para que el dispensador de atención primaria o secundaria pueda explicar el procedimiento a la paciente antes de su ingreso en el hospital y la ayude a recuperarse cuando vuelva a casa.

Explicación del procedimiento que se practicará en el hospital

Suministre a la paciente información básica sobre el procedimiento. La descripción presentada más abajo ayudará.

Antes de que la paciente sea hospitalizada

1. El personal del hospital dará instrucciones a la paciente sobre cómo prepararse antes de la intervención quirúrgica (es decir, qué ropa traer y qué medicamentos tomar de antemano). Le dirán que no coma ni beba nada durante las ocho horas precedentes a la cirugía, y que se bañe antes de ir al hospital.

En el hospital: preparación

2. Se explicarán los detalles de la operación (es decir, hora de inicio, duración, efectos colaterales y complicaciones posibles), así como la necesidad de que la paciente firme su consentimiento fundamentado, requerido por el hospital, después de que se haya respondido a sus preguntas. Insista en que, aun después de haber firmado, ella todavía tendrá la opción de cambiar de opinión hasta el último momento.
3. Para ayudar a prevenir infecciones, las áreas genitales y abdominales de la mujer se lavarán con jabón, agua y yodo; posiblemente se le corte el vello del pubis.
4. La anestesia general se administrará por vía intravenosa o por inhalación.
5. Se introducirá un tubo de plástico (sonda) en la vejiga y se recogerá la orina en una bolsa hasta que la vejiga se haya recuperado de la operación.

La operación

6. Se hará una incisión en la parte inferior del abdomen.
7. En la histerectomía simple, se seccionará el útero de su lugar de unión con las trompas de Falopio y la vagina. En la histerectomía radical, el cirujano extirpa el útero, los tejidos que lo rodean, el cuello uterino y una porción superior corta

de la vagina, además de algunos ganglios linfáticos para determinar si hay afectación cancerosa.

8. Todos los tejidos retirados se colocarán en una solución conservante y se enviarán al laboratorio, donde un anatomopatólogo los examinará para determinar si se ha extirpado todo el tumor.
9. Al final de la intervención se puede dejar un drenaje en la región pelviana; se trata de un tubo de plástico que se coloca en el abdomen para drenar la sangre y el líquido dentro de una bolsa. Puede dejarse de 24 a 48 horas.
10. Para drenar la orina, la mayoría de los cirujanos también insertarán un tubo (denominado sonda suprapúbica) desde el exterior del abdomen hasta el interior de la vejiga; lo dejarán allí entre 5 y 7 días para permitir que se recupere la vejiga.
11. Luego se suturará y se limpiará el abdomen y se colocará un apósito sobre la herida.

Justo después de la operación

12. Después de la operación, el personal del hospital cuidará a la paciente en la sala de reanimación posquirúrgica. En cuanto ella se despierte, la trasladarán a una cama convencional para que se recupere.
13. Cuando la paciente despierte, probablemente verá que tiene un tubo intravenoso adherido a una bolsa con una solución clara que estará goteando en una de las venas del brazo.
14. A menudo sentirá náuseas durante no más de unas pocas horas, para lo cual se la puede tratar. Los primeros días, si es necesario, le administrarán medicamentos para aliviar el dolor en la parte inferior del abdomen.

Recuperación en el hospital

15. Para prevenir las complicaciones, el personal velará por que la paciente tosa periódicamente y respire profundamente para despejar las vías respiratorias de mucosidad, se levante, mueva los músculos y camine en cuanto pueda.
16. El movimiento de los tejidos y órganos de la pelvis durante la operación puede causar que los nervios alrededor de la vejiga y el recto se vuelvan “perezosos”, y el paso de la orina y las heces sea difícil. La sonda suprapúbica se dejará durante 5 a 7 días hasta que la paciente pueda orinar normalmente. En la mayoría de los casos podrá orinar y defecar por cuenta propia, aunque quizás con alguna dificultad y con ayuda de los medicamentos que se le proporcionarán durante su recuperación en casa. Estas funciones volverán a su plena normalidad al cabo de 3 a 4 meses.

HP 6

Recuperación en casa

La mayoría de los hospitales permitirán que la paciente regrese a su hogar 7 a 10 días después de una histerectomía, según la velocidad de su recuperación inicial y la atención disponible en casa. La recuperación completa de una histerectomía radical lleva 6 a 12 semanas.

1. Antes de salir del hospital, la paciente recibirá orientación sobre la manera de cuidarse en su domicilio y sobre la ayuda que puede dar su familia, así como sobre los síntomas o complicaciones que requieren atención. El dispensador de asistencia sanitaria de nivel primario o secundario puede ayudar reforzando ese asesoramiento.
2. Los suministros que ella necesitará en casa se pueden obtener en el hospital o mediante una prescripción escrita para después, de ser necesario. Son los siguientes:
 - paracetamol para calmar dolores leves (de ser necesario)
 - laxante (por ejemplo, bisacodilo)
 - sondas vesicales
 - vendas de gasa y desinfectante de heridas.
3. Para ayudar a que la paciente se recupere de la operación, otros miembros de la familia deben hacerse cargo de las tareas domésticas habituales durante las primeras seis semanas, y alentarla gradualmente a que ella misma las vaya asumiendo poco a poco, comenzando por las que requieran un esfuerzo mínimo, hasta que recobre las fuerzas. La mujer debe evitar las tareas domésticas pesadas, las caminatas largas, el transporte de objetos pesados y la ejecución de otras tareas físicamente exigentes. En los primeros días en casa, podrá bañarse, ducharse, comer y caminar un poco. Después de unos días, debe comenzar a caminar más (por ejemplo, dos paseos breves por día), pero debe seguir evitando levantar objetos pesados. La familia debe alentar a la paciente a que descanse cuando se sienta cansada y procurar que se alimente bien.
4. La paciente tendrá una herida oculta en la vagina que necesita al menos seis semanas para cicatrizar. A fin de prevenir una infección y permitir una buena cicatrización, no debe introducir nada en la vagina durante ese tiempo, incluidos dedos o tampones, y no debe hacerse duchas vaginales ni practicar el coito durante esas primeras seis semanas. Será importante el apoyo de su pareja a este respecto.
5. Asegúrese de que la paciente y su familia conozcan los síntomas comunes que se podrían presentar en las semanas siguientes a la cirugía, y sepan lo que la paciente debe hacer si se manifiestan (véase el cuadro HP6.5.1).

Cuadro HP6.5.1: Posibles síntomas comunes después de una histerectomía, y lo que puede hacer la paciente

Síntoma	Causa	Qué hacer
Depresión	Dolor, fatiga, preocupación	Esperar. Sentirse triste después de una operación de cirugía mayor es común. Este síntoma no debería durar más de unas dos semanas.
Malestar abdominal	Dolor causado por la herida efectuada	Es normal. La paciente debe comer alimentos con alto contenido de fibra, beber líquidos en abundancia, tomar laxantes (como bisacodilo); este síntoma debería desaparecer en unos seis meses.
Micción difícil y lenta; la vejiga no se vacía adecuadamente	Daño causado a nervios durante la cirugía, vejiga "perezosa"	"Doble evacuación": orinar normalmente al levantarse, caminar unos pocos minutos y volver a orinar. Si esto no surte efecto, la mujer puede necesitar una sonda. El personal del hospital le mostrará cómo hacerlo y le dará los materiales. El problema debería desaparecer en 3 a 6 meses.
Cansancio	El cuerpo está sanando y necesita más reposo	Es normal. La paciente debe acostarse para descansar durante el día tantas veces como lo necesite.

6. Asegúrese de que la paciente y su familia conozcan los signos y síntomas de las complicaciones que se pueden presentar después de la histerectomía e indíquele que vaya al centro de salud o al hospital si se presenta alguno de ellos (véase el cuadro HP6.5.2).

HP 6

Cuadro HP6.5.2: Complicaciones que se podrían presentar después de una histerectomía: cómo reconocerlos

Complicación	Signos y síntomas*
Infección de la herida abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor, enrojecimiento y pus en la zona operada del abdomen
Infección en la región pelviana	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor (no solo malestar) en la parte inferior del abdomen, a menudo con fiebre • Flujo vaginal maloliente o hemorragia
Linfocele, causado por acumulación de linfa después de la extracción de ganglios linfáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Hinchazón o dolor en la parte inferior del abdomen 2 a 3 meses después de la operación
Infección de la vejiga	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de ardor al orinar • Micción frecuente
Coágulo de sangre en una pierna (trombosis)	<ul style="list-style-type: none"> • Enrojecimiento, dolor e hinchazón en la pierna

*Si la paciente presenta alguno de estos signos y síntomas, debe consultar a su dispensador.

Cuidados de seguimiento (seis semanas después de la intervención quirúrgica)

La paciente probablemente decida ir al hospital de nivel secundario y vea a un ginecólogo allí, porque la distancia, el tiempo y los costos pueden dificultarle regresar al hospital de nivel terciario donde se realizó la intervención quirúrgica.

1. El ginecólogo explicará los resultados del examen microscópico del tejido extirpado durante la intervención quirúrgica y examinará detenidamente a la paciente para asegurarse de que se está recuperando normalmente. Se le controlará cualquier problema detectado.
2. Se la examinará con un espéculo para cerciorarse de que la herida de la vagina haya cicatrizado.
3. El informe del laboratorio y el examen con espéculo permitirán al ginecólogo hablar con la paciente para decirle hasta dónde se había extendido el cáncer, qué otro tratamiento podría necesitar y las probabilidades de recidiva del cáncer.
4. Si el ginecólogo considera que la paciente no se está recuperando normalmente y él no puede controlar los problemas que haya observado, instará a la paciente a que regrese al especialista del hospital de nivel terciario. El dispensador de asistencia sanitaria de nivel primario o secundario tal vez deba ayudar a la paciente a encontrar los medios para hacerlo.
5. El ginecólogo debe decir a la paciente que, en lo posible, él se comunicará directamente con los especialistas para notificarles los resultados y seguir la supervisión de la paciente a distancia.

Hoja práctica 6.6: Tratamientos del cáncer cervicouterino: teleterapia pelviana

HP6

La teleterapia pelviana es un tipo de radioterapia administrada al área pelviana desde una cierta distancia (radiación externa) utilizando un aparato especial.

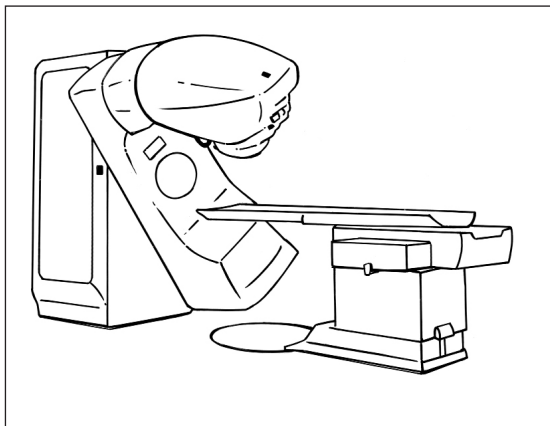
Esta hoja práctica se ha incluido para que el dispensador de atención primaria o secundaria pueda explicar el procedimiento a la paciente antes de su ingreso al hospital y la ayude a recuperarse cuando vuelva a su hogar.

Explicación del procedimiento de teleterapia

1. Preséntese y hable con la paciente de la razón por la cual está recibiendo tratamientos.
2. Explique los tratamientos con teleterapia prescritos, es decir en qué consiste el procedimiento (véase la descripción en el resto de esta hoja práctica).
3. Informe a la paciente qué exámenes especiales se pueden hacer antes de comenzar la terapia para tener una imagen del área inferior del abdomen donde se centrará la radiación.
4. Dígale que, durante el tratamiento, permanecerá acostada en un sofá plano que forma parte del aparato. Puede enseñarle la figura HP6.6.1, que muestra la clase de equipo utilizado en la teleterapia.
5. Explíquelo que se utiliza una computadora u otra técnica de mapeo para planificar el tratamiento a fin de potenciar al máximo el efecto sobre el tumor y reducir al mínimo los efectos sobre los tejidos y órganos normales (no cancerosos).
6. Dígale que desde la cabeza del aparato ubicado por encima de ella se irradiará el área pelviana donde se encuentra el cáncer.
7. Dele información sobre los posibles efectos colaterales (véase el cuadro HP6.6.1) y subraye la importancia de que ella haga saber a alguien si tiene síntomas durante el curso de las sesiones de terapia, porque esos efectos colaterales se pueden tratar.

HP 6

Figura HP6.6.1: Aparato de teleterapia



8. Explíquelo que los tratamientos se aplicarán en sesiones diarias de unos pocos minutos cada una durante 5 a 6 semanas. Tranquilícela diciendo que no sentirá dolor durante el tratamiento y no se requiere anestesia.
9. Dígale que en el hospital le darán más detalles acerca del tratamiento y comuníquelo quién estará allí a cargo del mismo.

La descripción presentada aquí ayudará a explicar a la paciente los tratamientos y procedimientos de teleterapia prescritos.

Preparación: el día anterior al comienzo de la terapia

1. El personal del hospital instruirá a la paciente acerca de cómo prepararse antes de llegar para la terapia (es decir, qué ropa llevar y qué medicamentos tomar de antemano).
2. Se le explicarán detalladamente el tratamiento, las posibles complicaciones y las opciones y se solicitará su consentimiento fundamentado.
3. Se dará cita a la paciente para planificar las sesiones de tratamiento.
4. Cuando acuda a esa cita, se le pedirá que se desvista y se acueste sobre una mesa especial. Se harán una exploración ginecológica y radiografías. Con la información de las radiografías, se marcarán el abdomen y la pelvis con un rotulador indeleble, y a veces también se harán diminutos puntos permanentes o tatuajes. Esto ayudará al operador a limitar la radiación al tejido afectado por el cáncer; la paciente no debe borrar esas marcas. Le darán el calendario de los tratamientos y le dirán cuándo regresar para la primera sesión.

Orientación e información: inmediatamente antes de la primera sesión de tratamiento

5. La paciente recibirá la siguiente información y orientación sobre todo el período terapéutico:
 - Vestir prendas amplias para evitar el posible roce de la piel.
 - Bañarse o ducharse con agua tibia. No restregar ni frotar el área tratada.
 - Evitar los jabones fuertes. Secar la piel afectada dando palmadas suaves con una toalla.
 - No introducir nada en la vagina (por ejemplo, tampones) ni practicar el coito durante todo el ciclo de la terapia.
 - Evitar las cremas comerciales para la piel; utilizar una crema acuosa o jalea de petróleo si la piel se seca.
 - Reducir el trabajo pesado y las tareas realizadas en ambientes calurosos y sudoríficos.
 - Continuar con las tareas domésticas habituales o con trabajo administrativo ligero.
 - Podría experimentar cansancio hacia el final del tratamiento, y debe limitar sus actividades en consecuencia.
 - Los tratamientos diarios repetitivos se volverán tediosos. Pero debe tener presente que las probabilidades de curación disminuyen si pierde alguna cita o interrumpe el programa, retrasando la finalización de la terapia.

Sesiones de tratamiento

6. El primer día de tratamiento, el técnico en radioterapia confirmará la identidad, el plan terapéutico y el consentimiento fundamentado de la paciente. El técnico le explicará el procedimiento y le mostrará el aparato que se encuentra en una habitación especial.
7. Se colocará a la paciente sobre la mesa de terapia y se le pedirá que permanezca en esa posición. Todo el personal abandonará la sala.
8. Ella quedará sola en la habitación de tratamiento, pero podrá conversar con los técnicos y verlos en una pantalla.
9. Durante el tratamiento, el aparato terapéutico se moverá varias veces automáticamente, o el técnico entrará en la habitación para moverlo.
10. La paciente no sentirá nada durante la terapia, que dura solo unos minutos.
11. Todas las sesiones de tratamiento serán iguales. Habrá un tratamiento por día, generalmente cinco días por semana, pero esto puede variar. El ciclo de tratamiento completo suele ser de 5 o 6 semanas.

HP 6

12. Se alentará a la paciente a que notifique cualquier problema al técnico. Si se considera que ella necesita una respuesta más especializada, se la remitirá al radiooncólogo.
13. El radiooncólogo verá a la paciente una vez a la semana para un “control del tratamiento”, le preguntará por cualquier signo o síntoma y evaluará cómo tolera ella el tratamiento.
14. Se informará a la paciente acerca de los efectos colaterales comunes que pueden comenzar durante el transcurso de las cinco semanas de terapia y lo que se hace si se presentan (véase el cuadro HP6.6.1). Esos efectos colaterales desaparecerán espontáneamente con el tiempo una vez finalizado el tratamiento.

Cuadro HP6.6.1: Efectos colaterales que se pueden presentar durante la teleterapia: cómo reconocerlos y qué puede hacer la paciente

Efecto colateral	Signos y síntomas	Qué hacer
Reacciones de la piel a la radiación	<ul style="list-style-type: none"> • Eritema al cabo de tres semanas, que aumenta con el tratamiento. • Posible descamación de la piel, primero seca y luego húmeda, sobre todo entre los pliegues de las nalgas. 	<p>Solamente un lavado ocasional delicado de la zona. No restregar. En caso de dolor, tomar un calmante leve.</p> <p>Si la reacción es grave (usualmente debido a lavado excesivo) el radiooncólogo puede retardar la finalización del tratamiento (esto puede comprometer el ritmo de curación).</p>
Efectos intestinales (El recto y el colon terminal, que reabsorben el agua del contenido intestinal, se localizan en esta región. La radiación puede impedir la reabsorción de agua.)	<ul style="list-style-type: none"> • Heces sueltas o diarrea 	<p>En caso necesario, el radiooncólogo prescribirá medicación. Evitar los remedios caseros habituales.</p>
Efectos vesicales	<ul style="list-style-type: none"> • aumento del número de micciones y necesidad imperiosa de orinar • sensación de escozor al orinar • presencia de sangre en la orina (rara vez) 	<p>La paciente debe regresar al hospital para examen y tratamiento.</p>

Seguimiento

15. Se dará cita a la paciente para que regrese entre seis semanas y tres meses después de finalizada la teleterapia. El médico la examinará, y comprobará si la vagina ha sanado.
16. El equipo de especialistas en cáncer, incluidos el radioterapeuta y el ginecólogo, es el mejor calificado para evaluar todo síntoma relacionado con la vagina, el intestino y la vejiga. Se les debe notificar cualquier síntoma o signo que parezca extraño o grave.

Lo que puede hacer por la paciente un dispensador de cualquier nivel de la atención durante el tratamiento y después del mismo

1. Ayude a la paciente a mantener una actitud positiva.
2. Recomiende a la paciente y a su esposo (o compañero) que no practiquen el coito vaginal ni el anal durante el tratamiento ni durante dos semanas después del mismo, para dar tiempo a que sane la piel de la vagina; sí pueden tener otras formas de expresión sexual.
3. Si la paciente es premenopáusica, dígame que el tratamiento producirá de inmediato la menopausia; por lo tanto, en el futuro no tendrá ninguna posibilidad de embarazo.
4. Pídale que acuda a todas las citas de seguimiento regulares concertadas con el radiooncólogo y el ginecólogo. Si la mujer presenta síntomas inusuales o graves, debe concertar una cita antes de lo previsto.
5. Si ella lo desea, los familiares pueden prestar un apoyo muy importante. Usted puede capacitarlos para que ayuden a la mujer a recuperarse de la radioterapia y lograr un mejor resultado; por ejemplo, pueden desempeñar las tareas domésticas habituales de la paciente hasta que ella recupere sus fuerzas.
6. Aliente a la mujer a que se recueste durante el día si se siente cansada; asegúrese de que ella se alimente bien.
7. Informe a la mujer y a su círculo inmediato de apoyo acerca de las complicaciones tardías. Subraye que todas estas se pueden atender y reducir con asesoramiento profesional y tratamiento (véase el cuadro HP6.6.2).

HP 6

Cuadro HP6.6.2: Complicaciones tardías posibles después de la teleterapia: cómo reconocerlas y qué hacer

Complicación	Signos y síntomas	Qué hacer
Menopausia (La radiación hará que una mujer premenopáusica ingrese en la menopausia.)	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de menstruación • Sofocos de calor • Sequedad vaginal 	Decir a la paciente que puede ocurrir esto.
Fibrosis vaginal y estrechamiento de la vagina	<ul style="list-style-type: none"> • Empeoramiento de los síntomas vaginales de la menopausia; el coito puede resultar incómodo o imposible de practicar 	Prescribir lubricantes y dilatadores vaginales para mantener la vagina libre de adherencias. Es importante mantener la luz vaginal para permitir la inspección del cuello uterino. Alentar a la mujer a que continúe con su actividad sexual.
Efectos en la piel (Seis meses después de iniciado el tratamiento pueden empezar a manifestarse efectos en la piel expuesta a la radiación.)	<ul style="list-style-type: none"> • Zonas pigmentadas, despigmentadas o entumecidas 	Informar a la paciente de que puede ocurrir eso.
La vejiga puede volverse rígida y disminuir de tamaño.	<ul style="list-style-type: none"> • Micción frecuente • Infecciones urinarias más frecuentes 	Informar a la paciente de que puede ocurrir eso.
Estrechamiento prolongado del recto (raro)	<ul style="list-style-type: none"> • Muy discapacitante 	Informar a la paciente de que puede ocurrir eso.
Formación de un conducto o fístula entre la vagina y el recto (raro)	<ul style="list-style-type: none"> • Muy discapacitante 	Esto requiere un tratamiento específico.
Formación de un conducto o fístula entre la vejiga y la vagina (raro)	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de orina por la vagina 	Esto puede requerir una intervención quirúrgica.

Hoja práctica 6.7: Tratamientos del cáncer cervicouterino: braquiterapia

HP 6

La braquiterapia es un tipo de radioterapia administrada por una fuente de radiación emplazada cerca del tumor, es decir dentro del útero y en la bóveda vaginal.

Esta hoja práctica se ha incluido para que el dispensador de atención primaria o secundaria pueda explicar el procedimiento a la paciente antes de su ingreso en el hospital y ayudarla a recuperarse cuando vuelva al hogar.

Explicación del procedimiento de braquiterapia

Dé a la paciente tanta información como pueda sobre el procedimiento, la anestesia y los efectos colaterales y complicaciones posibles de la terapia. La información y la orientación que se ha de proporcionar a la paciente son similares a las suministradas sobre la teleterapia pelviana (véase la hoja práctica 6.6). Informe a la paciente acerca de la anestesia o la sedación que se le administrará para que se sienta más cómoda. La descripción aquí presentada ayudará a responder a las preguntas de la mujer sobre la braquiterapia.



Hay dos procedimientos posibles: braquiterapia de baja tasa de dosis y braquiterapia de alta tasa de dosis.

Braquiterapia de baja tasa de dosis (LDR)

Preparación

1. El personal del hospital dirá a la paciente cómo prepararse antes de llegar para la terapia (qué ropa llevar consigo y qué medicamentos tomar de antemano).
2. Se le explicarán detalladamente el tratamiento y las posibles complicaciones y se solicitará su consentimiento fundamentado. Se le dará cita para su ingreso en el hospital.

Procedimiento

3. El día del procedimiento, se llevará a la paciente al quirófano y se le administrará un anestésico general; no sentirá nada mientras esté en el quirófano.
4. Se le colocará una sonda en la vejiga para drenar la orina. La sonda se conectará a una bolsa colectora y permanecerá implantada durante el tratamiento.
5. Se realizará una exploración ginecológica.
6. Con ayuda de un espéculo vaginal, se colocará el dispositivo de braquiterapia para mantener la sustancia radiactiva en el conducto cervical y alrededor

HP 6

de este en la vagina. Se colocará gasa estéril alrededor del dispositivo para mantenerlo implantado.

7. La posición de estos dispositivos se comprobará mediante radiografías.
8. Cuando despierte la paciente, se la llevará a una sala de aislamiento (habitación protegida).
9. Se le dirá que permanezca acostada boca arriba durante el tratamiento (1 o 2 días), aunque con ayuda del personal de enfermería se la puede mover muy ligeramente hacia un lado.
10. El personal del hospital saldrá de la sala y las fuentes radiactivas cargarán, por control computadorizado, los dispositivos metálicos previamente insertados cerca del tumor.
11. La paciente no sentirá ningún dolor mientras esté recibiendo el tratamiento.
12. La puerta de la habitación permanecerá cerrada durante todo el procedimiento. El personal de enfermería entrará durante breves períodos para ver cómo está la paciente o para servirle las comidas (todas ellas en la cama). La paciente tendrá que utilizar una chata para defecar. Para distraerse podrá leer, escuchar radio o ver televisión. Pero debe permanecer en cama. Se permitirán visitas muy limitadas.
13. Una vez completado el procedimiento, la paciente recibirá un sedante leve y se le extraerán los dispositivos que contienen las fuentes de radiación.
14. Una vez que se haya recuperado de la sedación, será dada de alta del hospital. En algunos hospitales se administran dos de estos tratamientos con un intervalo de una semana entre ellos.



Dolor

Braquiterapia de alta tasa de dosis (HDR)

La preparación y el procedimiento son similares a los indicados para la braquiterapia de LDR, con las siguientes diferencias:

1. Habrá múltiples sesiones de tratamiento; cada tratamiento durará varios minutos, pero el procedimiento completo llevará cerca de una hora por sesión.
2. El tratamiento generalmente comenzará la tercera semana después de haber iniciado la teleterapia y se administra en forma ambulatoria.
3. Puede realizarse con un control leve del dolor (analgesia); rara vez se utiliza anestesia.

Procedimiento

1. Se insertará una sonda en la vejiga de la paciente para drenar la orina.
2. Después del sondaje vesical se realizarán repetidas exploraciones bimanuales y con espéculo y se insertarán los separadores vaginales y el espéculo.
3. Se inserta en el útero una sonda metálica braquiterapéutica y se la conecta con la unidad remota de braquiterapia de carga diferida que contiene la fuente radiactiva.
4. Se dirá a la paciente que permanezca en su sitio mientras el personal del hospital abandona la sala. Ella debe permanecer en la misma posición mientras reciba la radiación, proceso que lleva varios minutos.
5. La paciente puede ser dada de alta cuando termine el procedimiento.
6. El número de tratamientos varía entre dos y ocho, pero generalmente es de cuatro. El intervalo entre los tratamientos puede variar entre un día y una semana.
7. Después del primer tratamiento, se dará a la paciente una serie de citas para los tratamientos restantes.

Efectos colaterales y complicaciones posibles de la braquiterapia ginecológica

Los efectos colaterales de la braquiterapia son iguales a los de la teleterapia pelviana (véase la hoja práctica 6.6, cuadro HP6.6.1). La braquiterapia contribuye sustancialmente a síntomas vaginales de fibrosis local, atrofia de mucosas y formación de vasos sanguíneos frágiles en la piel vaginal, lo que predispone el área a la hemorragia local. También puede promover la aparición de complicaciones rectales y vesicales tardías.

Hoja práctica 7.1: Evaluación y tratamiento del dolor²²

El tratamiento óptimo del dolor empieza con una evaluación exacta y cuidadosa de este último para que los dispensadores de asistencia sanitaria puedan tratarlo y aliviar sufrimientos innecesarios. Se debe realizar a intervalos regulares porque el proceso de la enfermedad y los factores intervinientes pueden cambiar con el tiempo, y la evaluación regular permite determinar la eficacia de diferentes estrategias de alivio del dolor.

La atención clínica debe comprender un método integral de evaluación del dolor. La manera en que una paciente percibe el dolor es resultado de factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales. Una paciente que declare sentir dolor siempre se debe tomar en serio, y siempre se debe atender el dolor moderado o intenso.

A continuación resumimos los pasos a seguir para evaluar y tratar el dolor:

1. Evalúe el dolor como se describe en esta hoja práctica.
2. Anote los resultados en la historia clínica de la paciente y en sus propios registros.
3. Si encuentra la causa del dolor, en lo posible trate esa causa (por ejemplo, dolor de huesos, espasmo muscular, dolor gastrointestinal por estreñimiento, hinchazón alrededor del tumor).
4. Administre analgésicos según las recomendaciones del capítulo 7: Cuidados paliativos.
5. También puede utilizar un tratamiento no médico apropiado, mientras no sea perjudicial. Este no debe reemplazar el tratamiento médico.
6. Reevalúe con frecuencia el dolor y ajuste en consecuencia el tratamiento si no lo controla del todo. Al principio el dolor se debe evaluar varias veces al día. Si se estabiliza, se evalúa una vez al día y después según sea necesario (puede ser varias veces por semana).

²² Adaptado de: Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548120_Guidelines.pdf).

Evaluación inicial del dolor

La evaluación inicial del dolor consiste en un interrogatorio detallado sobre este, una exploración física, el diagnóstico de sus causas y la determinación de su gravedad mediante una herramienta de medición del mismo. Se obtiene información sobre la ubicación, la duración y las características del dolor, así como sobre las repercusiones del dolor constante en diversos aspectos de la vida de la paciente, como el sueño, el estado emocional, las relaciones interpersonales, el desarrollo y las funciones físicas (1) (véase el recuadro HP7.1.1). El dispensador de asistencia sanitaria procurará investigar la asociación del dolor con cualquier desencadenante preguntando por factores conocidos que lo agraven o lo alivien. El dispensador preguntará qué tratamientos del dolor se han utilizado antes y cuán eficaces han resultado.

Es esencial que se proceda a una exploración física completa, evaluando con cuidado cada ubicación donde haya dolor. Durante el examen el dispensador debe mantenerse muy atento a toda reacción que pueda indicar dolor, por ejemplo muecas faciales, rigidez abdominal, flexiones involuntarias o señales verbales o sonoras. Debe evaluar todo cambio causado por el dolor en las funciones físicas normales.

La información obtenida del interrogatorio y de la exploración física ayudará a hacer el diagnóstico diferencial de la causa del dolor y puede orientar la elección de investigaciones de laboratorio y radiológicas para confirmar una presunción diagnóstica.

HP 7

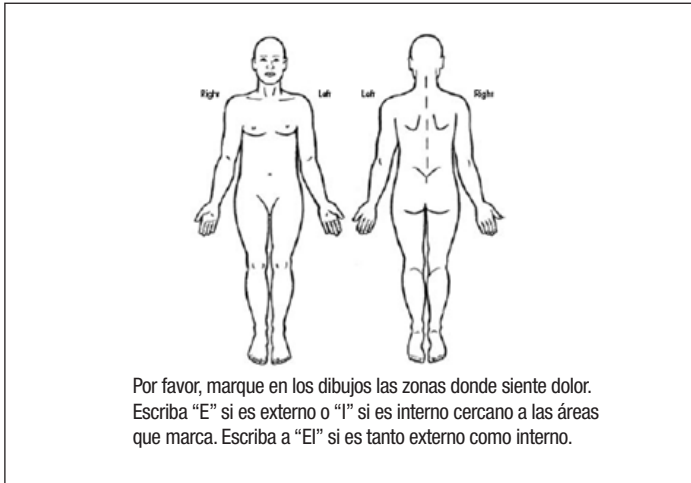
Recuadro HP7.1.1: Preguntas para uso del dispensador de asistencia sanitaria durante la evaluación clínica

- ¿Dónde duele y qué características tiene ese dolor (localización, intensidad, características descriptivas del dolor especificadas por la paciente, por ejemplo cortante, ardiente, continuo o prolongado, punzante, perforante, palpitante)?
- ¿Qué número, en una escala de 0 a 10, asignaría ahora mismo a su dolor?
¿Qué número daría a su dolor cuando llega a lo peor y cuando llega a lo mejor?
¿Qué número daría al dolor aceptable para usted? Utilice una escala de 0 a 10, donde 0 = “no hay dolor” y 10 = “el peor dolor posible”.
 - *Si no puede utilizar números, opte por una escala visual análoga utilizando palabras, los dedos o caras.*
- ¿Qué mejora o empeora el dolor? ¿Es mejor o peor con el movimiento o en diferentes momentos del día? ¿Cómo cambia el dolor con el tiempo?
- ¿Cuánto hace que siente este dolor (duración desde su aparición)?
¿Cómo comenzó el dolor actual? (¿fue repentino o gradual?)
- ¿Hay algún problema psicológico o espiritual además de la razón física del dolor, relacionada con el cáncer? ¿Está preocupada, temerosa, deprimida o afligida?
- ¿Qué está tomando para el dolor? ¿Qué lo alivia mejor?
 - *Una vez prescritos los medicamentos, verifique a menudo que la paciente esté recibiendo las dosis correctas de los medicamentos correctos en los momentos indicados.*
- ¿Perturba el dolor su sueño o su estado emocional?
- ¿Limita el dolor su capacidad de realizar las actividades físicas normales (como sentarse, estar de pie, caminar, correr)? ¿Restringe el dolor su capacidad de interactuar con otros?

Documentación del dolor: uso de herramientas de medición del dolor

Los dispensadores de asistencia sanitaria tienen que reconocer, evaluar, medir y vigilar el dolor, y las estrategias de control del dolor, utilizando medios apropiados. Se dispone de una variedad de herramientas de evaluación del dolor (2). Las más sencillas y más fáciles de utilizar son los diagramas corporales, las escalas de intensidad del dolor y la escala de caras de dolor. Se utilizan diagramas corporales para documentar la localización del dolor: los pacientes marcan en los diagramas la localización del dolor (véase la figura HP7.1.1). Además de las mediciones de intensidad y del registro de la ubicación, es importante anotar las características, el comienzo y la duración del dolor. Hay condiciones en que la intensidad del dolor cambia no solo con el tiempo, sino también en cuanto a ubicación y características.

Figura HP7.1.1: Diagrama corporal



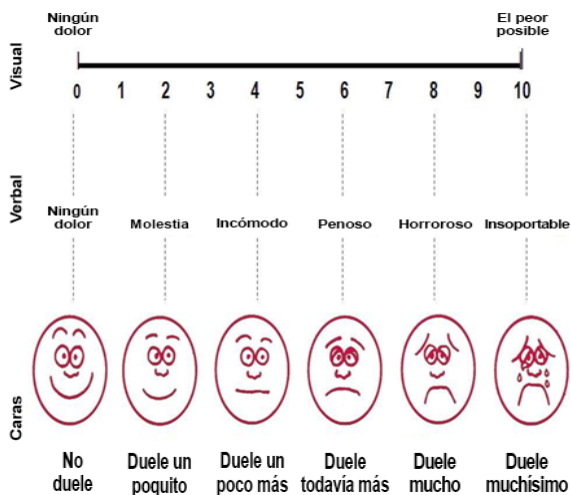
Fuente: Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. Pain. 1975;1:277-99 (con permiso de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor).

Las herramientas de medición del dolor más comunes son las escalas de intensidad del dolor, y dependen de la capacidad de cuantificar el dolor. A menudo se basan en la idea de contar. Las herramientas prácticas basadas en la idea de cuantificar y contar son apropiadas para todas las culturas. En la mayoría de los pacientes adultos, una escala de clasificación numérica será adecuada y se puede administrar verbalmente o utilizando los dedos, sin material impreso (3). Otras opciones son una escala visual análoga que utilice números, palabras o imágenes de caras (véase la figura HP7.1.2). La Wong-Baker Faces Pain Scale (véase la figura HP7.1.2) y la Wong-Baker Faces Pain Scale revisada (véase la figura HP7.1.3) son dos escalas con imágenes de caras muy utilizadas para esta finalidad.

HP 7

Figura HP7.1.2: Ejemplos de escalas de calificación del dolor

De arriba a abajo: escala de calificación numérica, escala de descriptores verbales, escala Wong–Baker Faces Pain Scale



Fuente: Wong–Baker Faces Pain, de Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winkelstein ML. Wong's essentials of pediatric nursing, 6th edition. St. Louis (MO): C.V. Mosby; 2001:1301 (con permiso de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor).

Figura HP7.1.3: Escala de caras de dolor, revisada



Fuente: The Faces Pain Scale – Revised, 2001 ©, Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (www.iasp-pain.org/FPSR).

Plan de manejo del dolor y mediciones regulares del dolor

Después de la evaluación inicial del dolor, se puede formular y aplicar junto con la paciente y su cuidador primario un plan detallado de manejo del dolor, con intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.

La medición del dolor se debe realizar a intervalos regulares durante la aplicación del plan de manejo del dolor. Esto permite medir los cambios de intensidad del dolor con el transcurso del tiempo, evaluar la adecuación y eficacia del tratamiento elegido e introducir los ajustes necesarios.

El dolor inicial de la paciente y su respuesta a las intervenciones se deben evaluar en forma sistemática y cuando haya cambios en su estado clínico, nuevas notificaciones de dolor o aumento del dolor. Las terapias de control del dolor se deben ajustar adecuadamente. En pacientes con dolor constante estable, se deben hacer evaluaciones sistemáticas a intervalos más cortos. Las mediciones se registrarán con el tiempo en la historia clínica, o la paciente misma o sus cuidadores las registrarán en un diario. La calificación del dolor debe ser en lo posible autonotificada (4). La autonotificación del dolor también es factible en individuos con deficiencia cognoscitiva leve a moderada, y siempre se debe comenzar por intentarla (5).

Recuadro HP7.1.2: Orientación paso a paso sobre la administración e interpretación de la autonotificación de la escala del dolor

- Si fuera posible, presente a la paciente la escala del dolor cuando ella no sienta dolor, porque este afectará a su concentración.
- Explíquese que se mide la intensidad del dolor y no su ansiedad ni su temor al dolor.
- Ofrezcale una oportunidad de practicar con la escala evaluando situaciones hipotéticas que no produzcan dolor y que produzcan niveles bajos y altos de dolor.
- Cuando sea posible, obtenga calificaciones regulares del dolor y observe el efecto de alivio de las intervenciones, así como el efecto de intervenciones clínicas que aumentan el dolor, como las inyecciones.
- Al planificar el tratamiento, tenga en cuenta las puntuaciones registradas del dolor.
- Evite pedir a la paciente que califique dolores que ella haya experimentado mucho tiempo atrás, porque las puntuaciones de dolores recordados tienen poca probabilidad de ser exactas.
- La puntuación del dolor no debe sustituir la conversación con la paciente, y siempre se debe obtener la descripción de ella.
- Las discrepancias que surjan entre las puntuaciones del dolor proporcionadas por la paciente y por el médico clínico a menudo se pueden resolver hablando.

Fuente: adaptado de von Baeyer CL. Children's self-reports of pain intensity: scale selection, limitations and interpretation. *Pain Res Manag.* 2006;11:157–62.

HP 7

Los dispensadores de asistencia sanitaria pueden percibir la evaluación del dolor constante como un proceso lento. Por consiguiente, es necesario educar a los dispensadores de asistencia sanitaria acerca de la importancia de evaluar el dolor para proporcionar un tratamiento de calidad. La evaluación del dolor es una parte obligatoria del manejo del dolor, similar a la evaluación de los signos vitales para controlar los trastornos que afectan a otras funciones del sistema. Los dispensadores de asistencia sanitaria se deben capacitar en técnicas para evaluar y graduar el dolor con herramientas de uso fácil, así como en aptitudes para entrevistar y saber cómo trabajar superando barreras culturales y lingüísticas.

Referencias

1. Palermo TM. Assessment of chronic pain in children: current status and emerging topics. *Pain Res Manag.* 2009;14:21-6.
2. Flaherty SA. Pain measurement tools for clinical practice and research. *J Am Assoc Nurse Anesth.* 1996;64(2):133-40.
3. von Baeyer CL, Spagrud LJ, McCormick JC, Choo E, Neville K, Connelly MA. Three new datasets supporting use of the Numerical Rating Scale (NRS-11) for children's self-reports of pain intensity. *Pain.* 2009;143:223-7. doi:10.1016/j.pain.2009.03.002.
4. To TH, Ong WY, Rawlings D, Greene A, Currow DC. The disparity between patient and nurse symptom rating in a hospice population. *J Palliat Med.* 2012;15(5):542-7. doi:10.1089/jpm.2011.0291.
5. Ni Thuathail A, Welford C. Pain assessment tools for older people with cognitive impairment. *Nurs Stand.* 2011;26(6):39-46.

Hoja práctica 7.2: Cómo tratar en casa el flujo vaginal, las fistulas y la hemorragia

HP 7

Hoja práctica 7.2: Cómo tratar en casa el flujo vaginal, las fistulas y la hemorragia

Esta hoja práctica tiene por objeto ayudar a los cuidadores de nivel primario, comunitario y domiciliario a prestar atención y consuelo en casa a las mujeres con cáncer cervicouterino avanzado (o en otro lugar que no sea un establecimiento de asistencia sanitaria). Asesora sobre cómo aliviar el dolor, el sufrimiento y la vergüenza que sienten estas mujeres como consecuencia de un flujo vaginal a veces muy maloliente, fistulas y hemorragias. Estos pueden ser causados por la enfermedad misma o por complicaciones del tratamiento dispensado en el hospital. La mayoría de las sugerencias presentadas en esta hoja práctica pueden ayudar a las pacientes a utilizar materiales que se encuentran en la mayoría de los hogares.

Este asesoramiento no tiene por objeto reemplazar otros esfuerzos encaminados a aliviar el dolor y el malestar de la paciente; el manejo del dolor es esencial para las pacientes gravemente enfermas y se debe vigilar con frecuencia, y evaluar y tratar en consecuencia (véanse el capítulo 7 y la hoja práctica 7.1). Además del manejo del dolor y del asesoramiento específico presentado en esta hoja práctica, hay medidas no médicas de apoyo, emocionales y de otra índole, que también pueden ser muy eficaces.

Los suministros necesarios para el manejo de los problemas vaginales en el hogar son los siguientes:

- un suministro constante de agua limpia hervida;
- jabón para lavarse las manos y para lavar la ropa;
- toallas limpias;
- guantes de látex, si fuera posible (no necesariamente estériles);
- tela de plástico o periódicos;
- bolsas para desecho de material contaminado;
- agua clorada (1 taza de lavandina por 6 tazas de agua) para remojar los guantes, limpiar los muebles y revestimientos plásticos, etc.;
- un cuenco para baños de asiento;
- una botella plástica y un tubo para duchas vaginales;
- abundancia de telas limpias, o algodón, o almohadillas menstruales, si fuera posible (las telas se deben hervir primero si se van a utilizar para taponar la vagina);
- bicarbonato de sodio;
- vinagre;
- crema de óxido de cinc o jalea de petróleo;

- antibióticos y otros medicamentos recetados por el médico (por ejemplo, metronidazol, doxiciclina, amoxicilina).

Prevención de infecciones

Para prevenir infecciones vaginales bacterianas en la paciente y no contraer infecciones a través de lesiones en la piel de las manos, el cuidador debe lavárselas y cepillarse las uñas con agua y jabón o con una solución antiséptica proporcionada por un establecimiento de asistencia sanitaria. Aun mejor, si cuenta con un suministro de guantes desechables los debe utilizar en ambas manos.

Además, todos los suministros no reutilizables se deben eliminar según los reglamentos de la comunidad y todo suministro reutilizable sucio (por ejemplo, trapos, almohadillas, ropa de cama, equipo de ducha) se debe remojar durante 10 minutos en agua limpia con el agregado de una solución de hipoclorito de sodio, antes de proceder a lavarlo como de costumbre.

Tratamiento del flujo vaginal

Las mujeres con cáncer cervicouterino pueden tener un flujo vaginal acuoso sanguinolento maloliente producido por los tejidos vaginales gravemente dañados; probablemente la causa primaria del olor sea una infección bacteriana. Las bacterias no se pueden eliminar permanentemente, pero los síntomas se pueden aliviar temporalmente aplicando una o más de las siguientes medidas:

- La paciente puede tomar un baño de asiento con agua tibia para limpiarse con suavidad.
- Cubrir la cama con una tela plástica o con periódicos, que se pueden cambiar o limpiar frecuentemente con hipoclorito de sodio diluido en agua.
- Proteger la piel que está alrededor de la vagina y del ano secándola después del baño y cubriéndola con una crema de óxido de cinc o con jalea de petróleo. Estas medidas se pueden aplicar preventivamente, sin esperar a que haya irritación.
- Ventilar la habitación o quemar incienso o hierbas, si resulta aceptable.
- Absorber el flujo con frecuentes cambios de paños limpios, algodón o almohadillas menstruales que se colocan en las bragas.
- Realizar periódicamente cuidadosas duchas vaginales (enjuagar la vagina utilizando un tubo conectado a una botella plástica limpia o una jeringa), utilizando una de las siguientes soluciones preparadas en casa con agua hervida entibada:
 - 1 cucharada de bicarbonato de sodio en 2 tazas de agua; o
 - ½ taza de vinagre en 2 tazas de agua; o
 - 5 a 10 comprimidos triturados de metronidazol (que se podría obtener en el centro de atención primaria más cercano) disueltos en 2 tazas de agua.

- Tapone suavemente la vagina dos veces al día con paños limpios embebidos en una de las soluciones arriba indicadas. Los tapones no se deben dejar más de unas pocas horas.
- Posiblemente un dispensador clínico prescriba antibióticos de amplio espectro, pero estos se deben utilizar con cautela porque en el mejor de los casos solo son temporalmente eficaces. Además, pueden causar una infección vaginal por levaduras que puede empeorar los síntomas.
- Los siguientes antibióticos pueden administrarse por vía oral durante un período mínimo de siete días: doxiciclina 100 mg dos veces al día; o bien amoxicilina 500 mg, tres veces al día, más metronidazol 400-500 mg dos veces al día.
- Si se receta un antibiótico, es importante que la paciente complete el tratamiento; de lo contrario, podría empeorar el problema.

Tratamiento de las fistulas

Una fistula es un conducto anómalo que se establece entre la vagina y la vejiga o el recto. En el caso de las pacientes con cáncer cervicouterino la causa es una extensión del cáncer a estos órganos o bien una complicación de la radioterapia. Es una condición psicológica y físicamente debilitante porque la orina o las heces pueden pasar directamente a la vagina y causar una secreción maloliente e irritante. El asesoramiento proporcionado para tratar el flujo vaginal se puede utilizar para una mujer que tenga una fistula y para toda mujer que tenga un cáncer cervicouterino avanzado. La fístula misma no se puede reparar, pero se puede hacer sentir a la paciente más cómoda y limpia aplicando los métodos enumerados en la sección anterior, salvo que no se deben aplicar tapones ni duchas vaginales.

Tratamiento de la hemorragia vaginal

La hemorragia vaginal puede resultar alarmante y no es rara en las mujeres con cáncer cervicouterino avanzado. Se puede desencadenar al insertar algo en la vagina; así pues, las duchas y tapones vaginales se deben aplicar con cautela, y se debe asesorar a las parejas para que encuentren otras actividades sexuales placenteras en lugar del coito. La hemorragia vaginal también puede ocurrir espontáneamente sin razones obvias.

- Si el sangrado es leve, se recomienda el reposo en cama y mantener la piel limpia hasta que se detenga.
- Si el sangrado es moderado, a menudo cede con un simple reposo en cama. De ser necesario, la parte inferior de la vagina se puede taponar suavemente unas pocas horas con un paño limpio humedecido.
- Si sangrado es grave, se debe trasladar a la paciente a un hospital o centro de salud para una posible transfusión sanguínea.

HP 7

Hoja práctica 7.3: Hablar con una paciente que regresa a su casa para recibir cuidados paliativos**Cómo hablar con la paciente cuando vuelve al hogar**

- Al hablar de los cuidados paliativos, tenga siempre presentes los aspectos culturales de la comunidad de la paciente.
- Pregunte: “¿Cómo se está sintiendo? ¿Tiene problemas o síntomas desagradables en este momento? ¿De qué manera dificultan más su vida estos problemas?”
- Explíquese las razones por las que fue dada de alta del hospital, por ejemplo: “Los médicos consideraron que usted podía estar mejor apoyada y tratada en casa, rodeada por su familia y sus amigos íntimos, las personas que más consuelo y paz pueden proporcionarle”.
- Ahora que ella está en casa, pregunte a la paciente a quién tiene cerca suyo que pueda prestarle asistencia física y apoyo emocional y espiritual.
- Ofrezcarse voluntariamente a acompañarla cuando se entreviste a posibles asistentes y cuando ella haga planes para recibir una ayuda específica.
- Pregúntele si está sintiendo dolor y cuánto, y asegúrele que en casi todos los casos el dolor se puede tratar eficazmente en casa y que esa ayuda se le proporcionará cuando la necesite.
- Asegúrele que los medicamentos que recibirá para el dolor no son adictivos.
- Pregunte por otros síntomas y tranquilícela diciendo que consultará a los dispensadores de todos los niveles para que le receten el tratamiento necesario.
- Asegúrele que ahora, como siempre, su bienestar está en el centro de todo lo que se está haciendo.
- Dígale que la cuidadora de la comunidad siempre estará disponible y que solo tiene que llamarla por teléfono o enviar a alguien para encontrarla.

Consejos básicos

- Visite a la paciente tan frecuentemente como sea posible.
- Siempre escuche las quejas de la paciente y de su familia y trate de aliviar cualquier síntoma.
- Mantenga la comunicación con los dispensadores del centro de salud o del hospital y pídale asesoramiento para problemas específicos.
- Aborde los temores explicando las razones de los síntomas y tranquilice a la familia diciendo que usted hará todo lo posible para mantener a la paciente cómoda.
- Indique a la paciente y su familia el tratamiento de los síntomas.
- Ayúdelos a obtener los suministros necesarios.
- Lo que más importante es que procure evitar el agotamiento por exceso de trabajo manteniendo relaciones estrechas y buscando el apoyo de personas cercanas (sin violar la confidencialidad de la paciente).

Anexo 1. Listas de participantes y contribuyentes

A1

Anexo 1. Listas de participantes y contribuyentes

Grupo de Formulación de Directrices (GFD)

Irene Agurto (*capítulo 3*)

Consultora de la OMS
Santiago de Chile

Marc Arbyn (*capítulo 5*)

Unidad de Epidemiología del Cáncer
Instituto Científico de Salud Pública
Louis Pasteur
Bruselas, Bélgica

Paul D. Blumenthal (*capítulos 1 y 5*)

Servicios de Población
Departamento de Ginecología
y Obstetricia
Escuela de Medicina de la Universidad
de Stanford
Stanford, CA, EE.UU.

Loretta Brabin (*capítulo 3*)

School of Cancer and Enabling Sciences
St. Mary's Hospital
Manchester, Reino Unido

August Burns (*capítulo 3*)

Grounds for Health
Waterbury, VT, EE.UU.

Joanna Cain (Presidenta)

(*capítulos 5 y 6*)
Federación Internacional de Ginecología
y Obstetricia
Londres, Reino Unido

Michael Chirenje (*capítulos 5 y 6*)

Departamento de Ginecología
y Obstetricia
Escuela de Medicina de la Universidad
de Zimbabwe
Harare, Zimbabwe

Swee Chong Quek (*capítulos 5 y 6*)

Departamento de Oncología Ginecológica
Hospital KK de Niños y Mujeres
Singapur

Stephen Connor (*capítulo 7*)

Alianza Mundial de Cuidados Paliativos
Londres, Reino Unido

Lynette Denny (*capítulos 5 y 6*)

Departamento de Ginecología y obstetricia
Groote Schuur Hospital
Ciudad del Cabo, Sudáfrica

Maria Fernandez (*capítulo 3*)

Educación para la salud y ciencias sociales
Centro de Ciencias de la Salud, Universidad
de Texas
Houston, TX, EE.UU.

Sara Forhan (*capítulo 5*)

División de Atención y Tratamiento al VIH
Programa Mundial contra el Sida
Centros para el Control y la Prevención
de Enfermedades
Atlanta, GA, EE.UU.

Eduardo Franco (*capítulos 1 y 5*)

División de Epidemiología del Cáncer
Universidad McGill
Montreal, Canadá

Julia C. Gage (*capítulo 5*)

División de Genética Clínica
División de Epidemiología del Cáncer
y Genética
Instituto Nacional del Cáncer
Rockville, MD, EE.UU.

Francisco Garcia (*capítulo 5*)

Asociación Americana Contra el Cáncer
Tucson, AZ, EE.UU.

Susan Hariri (*capítulo 4*)

División de Prevención de ETS
Centro nacional de prevención del VIH/
sida, la hepatitis viral, la TB y las ETS
Centros para el Control y la Prevención
de Enfermedades
Atlanta, GA, EE.UU.

Eline Huisman (*capítulo 7*)

Universidad de Utrecht
Utrecht, Países Bajos

José Jerónimo (*capítulos 5 y 6*)

PATH
Seattle, WA, EE.UU.

Sharon N. Kibwana (*capítulos 2 y 3*)

Jhpiego
Baltimore, MD, EE.UU.

Nancy Kidula (*capítulo 3*)

ACCESS Uzima, Jhpiego
Nairobi, Kenya

Enriqueito R. Lu (*capítulos 2, 3 y 5*)

Jhpiego
Baltimore, MD, EE.UU.

Ian Magrath (*capítulo 6*)

Red internacional para el tratamiento y
la investigación del cáncer (INCTR)
Bruselas, Bélgica

Valerie Mazeau-Moynar (*capítulo 6*)

Instituto Nacional del Cáncer
Departamento de Tamizaje del Cáncer
Boulogne-Billancourt, Francia

Daniela Mosoiu (*capítulos 3, 6 y 7*)

Educatie, Strategie si Dezvoltare Nationala
Hospice Casa Sperantei
Brasov, Rumania

Raul Murillo (*capítulos 2 y 4*)

Subdirección Investigaciones
y Salud Pública
Instituto Nacional de Cancerología
de Colombia
Bogotá, Colombia

Fidele Ngabo (*capítulo 4*)

Departamento de Salud Maternoinfantil
Ministerio de Salud
Kigali, Rwanda

Linda O'Neal Eckert (*capítulos 1 a 7*)

Universidad de Washington
Seattle, WA, EE.UU.

Grosbeck Parham (*capítulo 6*)

Centro de investigaciones sobre infecciones
de Zambia
Lusaka, Zambia

Silvia de Sanjosé (*capítulo 1*)

Instituto Catalán de Oncología
L'Hospitalet de Llobregat
Barcelona, España

Mona Saraiya (*capítulos 3 y 6*)

Centro nacional de salud y prevención
de enfermedades crónicas
Centros para el Control y la Prevención
de Enfermedades
Atlanta, GA, EE.UU.

Judith L. Smith (*capítulo 3*)

Equipo de Investigaciones
Comportamentales y Aplicadas
División de Prevención y Control
del Cáncer
Centros para el Control y la Prevención
de Enfermedades
Atlanta, GA, EE.UU.

Tshewang Tamang (*capítulo 4*)

Programa contra Enfermedades
Prevenibles por Vacunación
Ministerio de Salud
Thimphu, Bután

Vivien Tsu (*capítulos 2 y 5*)

PATH
Seattle, WA, EE.UU.

Maggie Watson (*capítulo 7*)

Servicio de medicina psicológica
Royal Marsden Hospital
Surrey, Reino Unido

Deborah Watson-Jones (*capítulo 4*)

Escuela de Higiene y Medicina Tropical
de Londres
Londres, Reino Unido

Phil Wiffen (*capítulo 7*)

Departamento Nuffield de Neurociencias
Clínicas
Universidad de Oxford
Oxford, Reino Unido

Scott Wittet (*capítulo 3*)

Programas de Prevención del Cáncer
Cervicouterino
PATH
Seattle, WA, EE.UU.

Grupo Consultivo de la OMS**Rachel Baggaley**

Departamento de VIH/SIDA
Sede de la OMS
Ginebra, Suiza

Paul Bloem

Inmunización, Vacunas y Productos
Biológicos
Sede de la OMS
Ginebra, Suiza

Freddie Bray

Sección de información sobre el cáncer
Centro Internacional de Investigaciones
sobre el Cáncer
Lyon, Francia

Nathalie Broutet

Salud Reproductiva e Investigaciones
Conexas
Sede de la OMS
Ginebra, Suiza

Meena Cabral De Mello

Salud Materna, Neonatal, Infantil
y del Adolescente
Sede de la OMS
Ginebra, Suiza

Venkatraman Chandra-Mouli

Salud Reproductiva e Investigaciones
Conexas
Sede de la OMS
Ginebra, Suiza

Jean-Marie Dangou

Prevención y Control de Enfermedades
Oficina Regional de la OMS para África
Brazzaville, República del Congo

Islene Araujo De Carvalho

Envejecimiento y Ciclo de Vida
Sede de la OMS
Ginebra, Suiza

Hugo De Vuyst

Detección precoz y prevención
Centro Internacional de Investigaciones
sobre el Cáncer
Lyon, Francia

Ibtihal Fadhil

División de Enfermedades No
Transmisibles y Salud Mental
Oficina Regional de la OMS para
el Mediterráneo Oriental
El Cairo, Egipto

Jane Ferguson

Salud Materna, Neonatal, Infantil
y del Adolescente
Sede de la OMS
Ginebra, Suiza

Mario Festin

Salud Reproductiva e Investigaciones
Conexas
Sede de la OMS
Ginebra, Suiza

Tracey Goodman

Inmunización, Vacunas y Productos
Biológicos
Sede de la OMS
Ginebra, Suiza

Sandra Gove

Departamento de VIH/SIDA
Sede de la OMS
Ginebra, Suiza

Marie-Agnes Heine

Comunicaciones
Sede de la OMS
Ginebra, Suiza

Rolando Herrero

Detección precoz y prevención
Centro Internacional de Investigaciones
sobre el Cáncer
Lyon, Francia

Raymond Hutubessy

Inmunización, Vacunas y Productos
Biológicos
Sede de la OMS
Ginebra, Suiza

Regina Kulier

Conocimiento, Ética e Investigación
Sede de la OMS
Ginebra, Suiza

Gunta Lazdane

Salud Sexual y Reproductiva
Oficina Regional de la OMS para Europa
Copenhague, Dinamarca

Silvana Luciani

Prevención y Control de Enfermedades
Crónicas
Oficina Regional de la OMS para
las Américas
Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C., EE.UU.

Melody Maarouf

Salud Reproductiva e Investigaciones
Conexas
Sede de la OMS

Ginebra, Suiza

Amolo Okero

Departamento de VIH/SIDA
Sede de la OMS
Ginebra, Suiza

Anayda Gerarda Portela

Salud Materna, Neonatal, Infantil
y del Adolescente
Sede de la OMS
Ginebra, Suiza

Somchai Peerapakorn

Oficina de la OMS en el país
Nonthaburi, Tailandia

Rengaswamy Sankaranarayanan

Detección precoz y prevención
Centro Internacional de Investigaciones
sobre el Cáncer
Lyon, Francia

Willem Scholten

Medicamentos Esenciales y Productos
Sanitarios
Sede de la OMS
Ginebra, Suiza

Timo Stahl

Prevención de Enfermedades
No Transmisibles
Sede de la OMS
Ginebra, Suiza

Kwok-Cho Tang

Prevención de Enfermedades
No Transmisibles
Sede de la OMS

Ginebra, Suiza

Igor Toskin

Salud Reproductiva e Investigaciones
Conexas
Sede de la OMS
Ginebra, Suiza

Andreas Ullrich

Manejo de las Enfermedades
No Transmisibles
Sede de la OMS
Ginebra, Suiza

Andrea Vicari

Inmunización
Oficina Regional de la OMS para
las Américas
Organización Panamericana de la Salud
San José, Costa Rica

Adriana Velazquez

Medicamentos Esenciales y Productos
Sanitarios
Sede de la OMS
Ginebra, Suiza

Cherian Varghese

Enfermedades No Transmisibles
y Promoción de la Salud
Oficina Regional de la OMS para el Pacífico
Occidental
Manila, Filipinas

Marco Vitoria

Departamento de VIH/SIDA
Sede de la OMS
Ginebra, Suiza

Lawrence von Karsa

Detección precoz y prevención
Centro Internacional de Investigaciones
sobre el Cáncer
Lyon, Francia

Susan Wang

Inmunización, Vacunas y Productos
Biológicos
Sede de la OMS
Ginebra, Suiza

Grupo sobre Metodología**Capítulo 5:****Tahany Awad**

Departamento de Epidemiología
y Bioestadística Clínica
Universidad McMaster
Hamilton, Canadá

Rohan Kehar

Escuela de Medicina Michael
G. DeGroote
Universidad McMaster
Hamilton, Canadá

Reem Mustafa

Departamento de Epidemiología
y Bioestadística Clínica
Universidad McMaster
Hamilton, Canadá

Nancy Santesso

Departamento de Epidemiología
y Bioestadística Clínica
Universidad McMaster

Hamilton, Canadá

Holger Schunemann

Departamento de Epidemiología
y Bioestadística Clínica
Universidad McMaster
Hamilton, Canadá

Grupo de Revisión Externa (GRE)**Elisabeth Andritsch**

Departamento de Medicina Interna
Universidad Médica de Graz
Graz, Austria

Ahti Anttila

Registro del Cáncer de Finlandia
Helsinki, Finlandia

Partha Sarathi Basu

Instituto Nacional del Cáncer
de Chittaranjan
Kolkata, India

John-Paul Bogers

Faculteit Geneeskunde
Campus Groenenborger
Amberes, Bélgica

Xavier Bosch

Institut Català d'Oncologia
Barcelona, España

Rolando Camacho-Rodriguez

Organismo Internacional de Energía
Atómica
Viena, Austria

James Cleary

Centro colaborador de la OMS sobre dolor,
políticas y cuidados paliativos
Madison, WI, EE.UU.

Anne Garnier

Instituto Nacional del Cáncer (INCa)
Boulogne-Billancourt, Francia

Martha Jacob

Consultora de la OMS
Kochi, Estado de Kerala, India

Jessica Kahn

Centro Médico del Hospital de Niños
de Cincinnati
Cincinnati, OH, EE.UU.

Namory Keita

Hospital Docente Donka
Conakry, República de Guinea

Rajshree Jha Kumar

Kailash Darshan
Mumbai, India

Anne Levin

Economista de la salud, consultora
de la OMS
Bethesda, MD, EE.UU.

Khunying Kobchitt Limpaphayom

Facultad de Medicina
Universidad Chulalongkorn
Bangkok, Tailandia

Emmanuel Mugisha

PATH
Kampala, Uganda

Daniel Murokora

Iniciativa de salud de la mujer
de Uganda
Kampala, Uganda

Meg O'Brien

Sociedad Americana contra el Cáncer
Washington, DC, EE.UU.

Oneko Olola

Kilimanjaro Christian Medical Center
Moshi, Tanzania

Nuriye Ortayli

FNUAP
Nueva York, NY, EE.UU.

Patrick Petignat

Hôpitaux Universitaires de Genève
Ginebra, Suiza

Ilka Rondinelli

Federación Internacional de Planificación
de la Familia
Londres, Reino Unido

Carlos Santos

Instituto Nacional de Enfermedades
Neoplásicas
Lima, Perú

Achim Schneider

Charité Universitäts Medizin Berlin
Berlín, Alemania

Nereo Segnan

Hospital Universitario San Giovanni
Turín, Italia

Nguyen-Toan Tran

Consultor de la OMS
Ginebra, Suiza

Julie Torode

Unión Internacional contra el Cáncer
Ginebra, Suiza

Jérôme Viguiet

Instituto Nacional del Cáncer (INCa)
Boulogne-Billancourt, Francia

Steven Weyers

Hospital Universitario de Gent
Gent, Bélgica

Katherine Worsley

Marie Stopes International
Londres, Reino Unido

Eduardo Zubizarreta

Organismo Internacional de Energía
Atómica
Viena, Austria

Autores**August Burns**

Grounds for Health
Waterbury, VT, EE.UU.

Linda O'Neal Eckert

Universidad de Washington
Seattle, WA, EE.UU.

Susan Hariri

Centros para el Control y la Prevención
de Enfermedades
Atlanta, GA, EE.UU.

Martha Jacob

Consultora de la OMS
Kochi, Estado de Kerala, India

Emma Ottolenghi

Consultora de la OMS
Waterbury, VT, EE.UU.

Revisión**Jane Patten**

Green Ink Publishing Services, Ltd.
Reino Unido
www.greenink.co.uk

Anexo 2. Metodología de formulación de directrices, funciones de los grupos técnicos y de trabajo, y gestión y declaración de conflictos de intereses

A2

La OMS invitó a un grupo de expertos a una reunión que se celebró en septiembre del 2010 para decidir sobre la actualización de su publicación titulada *Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales* (C4GEP, por sus siglas en inglés), que apareció originalmente en el 2006. Las conclusiones principales fueron que se debían reorganizar los capítulos, añadir capítulos nuevos sobre la educación sanitaria y las vacunas contra VPH, actualizar el capítulo sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino y revisar el capítulo sobre cuidados paliativos. En esa reunión el grupo de expertos también hizo recomendaciones a la OMS sobre la composición del Grupo de Formulación de Directrices (GFD). Algunos de esos expertos pasaron a formar parte del Grupo de Revisión Externa (GRE). Participaron en total 72 expertos: 35 en el GFD, 29 en el GRE, 7 en el Grupo sobre Metodología, y un autor que no pertenecía a ninguno de esos grupos. Las listas de participantes en cada grupo se presentan en el anexo 1, con indicación de los capítulos en los que trabajaron.



El GFD se subdividió para revisar, reorganizar o elaborar cada capítulo. En el 2011, estos subgrupos se reunieron dos veces para tratar cada capítulo.

- En los **capítulos 1, 2 y 3** no se formulan recomendaciones; estos se elaboraron basándose en una revisión bibliográfica exhaustiva, pero sin aplicar la metodología de GRADE (de clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones).¹
- Los **capítulos 4 y 5** se basan en las recomendaciones relacionadas con el uso de las vacunas contra VPH y con el tamizaje y tratamiento para la prevención del cáncer cervicouterino, respectivamente. Estas recomendaciones se han sometido al proceso oficial de la OMS para la formulación de recomendaciones (los capítulos comprenden referencias a las recomendaciones de la OMS).
- En el **capítulo 6** no se formulan recomendaciones, sino que se presenta un análisis pormenorizado de las prácticas de tratamiento del cáncer cervicouterino. La información suministrada permitirá a los dispensadores aconsejar a las pacientes que se deban derivar para tratamiento del cáncer.

¹ Más información sobre el Grupo de Trabajo de GRADE en: <http://www.gradeworkinggroup.org/>; (en español en: http://www.gradeworkinggroup.org/_es/), y sobre el Grupo de Revisión de Directrices de la OMS en http://www.who.int/kms/guidelines_review_committee/en/.

- El **capítulo 7** presenta recomendaciones sobre los cuidados paliativos; este capítulo se ha elaborado después del proceso de GRADE.

En abril del 2012, el Grupo de Formulación de Directrices (GFD), el Grupo sobre Metodología y el Grupo de Revisión Externa (GRE) se reunieron en una sesión conjunta durante varios días y examinaron los siete capítulos de C4GEP. Los objetivos principales de este examen eran tener la seguridad de que los capítulos estaban todos en conformidad con las recomendaciones de la OMS vigentes y que entre los capítulos había una continuidad fácil de seguir.

En el 2012, el 2013 y el 2014, el equipo de los autores trabajó en muy estrecha colaboración con el Equipo Coordinador de la OMS para ultimar el documento y comenzar el proceso de edición y diagramación. En los intervalos entre las sesiones de redacción, los capítulos se enviaron al GFD para su examen y aprobación. Las principales observaciones sustantivas del GRE se obtuvieron durante la reunión de abril del 2012.

Gestión de conflictos de intereses

Los conflictos de intereses se abordaron de la siguiente manera:

1. Todos los expertos participantes en el proceso estaban obligados a rellenar el formulario de la OMS de declaración de intereses (DOI) antes de comenzar a trabajar para la Organización, y a notificar con prontitud a esta todo cambio producido durante el curso del trabajo en la información revelada. Los formularios rellenos con la declaración de intereses fueron examinados por la Secretaría de la OMS con miras a abordar los intereses revelados en materia de prevención y control del cáncer cervicouterino.
2. En la reunión inicial del GRE, celebrada en septiembre del 2010, y en la primera reunión conjunta del GFD, el Grupo sobre Metodología y el GRE, celebrada en el 2012, cada experto reveló sus intereses declarados a los otros expertos como parte de la ronda de presentaciones al comienzo de la reunión para que el grupo conociera todo interés existente de los miembros.
3. Todos los intereses declarados fueron examinados por la Oficina del Asesor Jurídico de la OMS. Se decidió que todos los expertos podrían participar en el proceso, pero los intereses debían revelarse en la guía.
4. Todos los intereses pertinentes declarados (por 19 de 72 expertos) se resumen a continuación.

Declaraciones de intereses

De los 72 expertos que participaron en este trabajo, 19 (15 del GFD y 4 del GRE) declararon un interés relacionado con el cáncer cervicouterino. Ninguno de estos intereses declarados era suficientemente importante para excluir al experto de las discusiones. Todos los intereses pertinentes se revelan y se resumen a continuación.

Grupo de Formulación de Directrices:

Marc Arbyn (capítulo 5) fue invitado por la Organización Europea de Investigaciones sobre Infecciones Genitales y Neoplasias (EUROGIN) para hablar en su conferencia del 2011 en Lisboa. EUROGIN cubrió sus gastos de viaje y alojamiento. EUROGIN es una organización que promueve y desarrolla en Europa la investigación, la capacitación, el tamizaje, la prevención y la información relacionadas con infecciones genitales, lesiones precancerosas y cáncer en mujeres. Las conferencias de EUROGIN son apoyadas económicamente por una variedad de empresas farmacéuticas interesadas en el cáncer cervicouterino.

Paul Blumenthal (capítulo 5) fue el investigador principal en un estudio de investigación operativa realizado por el Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Escuela de Medicina de la Universidad de Stanford para evaluar la factibilidad y la aceptabilidad de introducir una nueva prueba rápida de detección de VPH (CareHPV) fabricada por Qiagen para entornos de ingresos bajos y medianos. Qiagen prestó el equipo y proporcionó las pruebas para esa investigación.

Loretta Brabin (capítulo 3), de la Universidad de Manchester, Reino Unido, fue la investigadora principal en un estudio de dos años sobre la aceptabilidad y la factibilidad de vacunar contra VPH a las adolescentes que asisten a la escuela. Su universidad recibió de GlaxoSmithKline (GSK) £320.493 para financiar ese estudio. Brabin recibió £2000 en fondos para viajes y participación en conferencias. Brabin formó parte del Grupo de Formulación de Directrices (GFD) y participó exclusivamente en el examen del capítulo 3, sobre movilización comunitaria, educación y orientación. Este capítulo no incluye recomendaciones, sino que examina y destaca el trabajo realizado en relación con los mensajes sobre la infección por VPH, las vacunas contra VPH y el cáncer cervicouterino, entre otras cosas.

Swee Chong Queck (capítulos 5 y 6) ha participado durante los cuatro últimos años en reuniones de juntas asesoras y en foros de oradores organizados por GSK y Qiagen. Esas reuniones y foros estaban relacionados con las estrategias de prevención del cáncer cervicouterino, estudios de eficacia de la vacuna contra VPH y la relevancia clínica de la vacunación contra VPH para la prevención del cáncer cervicouterino y otras enfermedades relacionadas con VPH. Los ingresos totales combinados recibidos por Queck para estas actividades durante los cuatro últimos años fueron de S\$9000 (dólares de Singapur).

Lynette Denny (capítulos 5 y 6) ha hablado de la vacunación contra VPH en diversos foros de oradores organizados por las empresas GSK y Merck. Los honorarios recibidos por estas actividades ascendieron a unos US\$4000 por empresa por año y fueron pagados a su empleador, la Universidad de Ciudad del Cabo. El Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Ciudad del Cabo, del cual Denny es la jefa, ha realizado además dos ensayos de vacunas contra VPH para GSK y Merck. Para estas pruebas la Universidad de Ciudad del Cabo recibió US\$1,6 millones de GSK, pero ningún financiamiento de Merck porque sus pagos se efectuaron al Departamento de Salud de KwaZulu Natal. Denny realizó todo su trabajo en el proyecto como servicio público. Denny dio una charla en Hong Kong, en el 2012, sobre la costoeficacia de la prueba de detección de VPH; Qiagen pagó sus gastos de registro, viaje y alojamiento. Denny está conduciendo actualmente un estudio para Roche sobre la capacidad del cobas® 4800 System para detectar cáncer; el costo es de US\$ 25 000. Todos los fondos recibidos por Denny, sea como investigadora principal o como oradora, se pagan por entero a las cuentas de investigación de la Universidad de Ciudad del Cabo.

Eduardo Franco (capítulos 1 y 5) ha participado en reuniones de juntas asesoras y en foros relacionados con las estrategias de prevención del cáncer cervicouterino organizados por Merck, Roche y Gen-Probe (sobre vacunas contra VPH o pruebas de detección de VPH). En los cuatro últimos años por estas actividades ha recibido honorarios que ascienden como promedio a US\$4000 por empresa.

Julia Gage (capítulo 5), como parte de su trabajo para el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos (INC), de los Institutos Nacionales de Salud (NIH), ha realizado un proyecto de investigación operativa en Nigeria para evaluar la eficacia de la prueba de detección CareHPV, fabricada por Qiagen. Qiagen donó y despachó los reactivos, el equipo y los suministros. El INC pagó todos los demás aspectos del estudio.

Francisco Garcia (capítulo 5), mientras estuvo empleado por la Universidad de Arizona, fue investigador principal en ensayos de fármacos a fin de encontrar agentes novedosos para el tratamiento del cáncer cervicouterino. La Universidad de Arizona realizó esas pruebas en el marco de contratos de investigación con Roche (US\$150 000), Innovio (US\$70 000), Photocure (US\$120 000) y Roche/Ventana (US\$100 000). García no recibió ingresos personales por esas pruebas.

José Jerónimo (capítulos 5 y 6) es un empleado de PATH, una organización internacional sin fines de lucro dedicada a la creación y entrega de herramientas de gran impacto y bajo costo en pro de la salud mundial. PATH ha concluido con Qiagen convenios colaborativos de investigación y desarrollo para desarrollar una prueba rápida de detección de VPH (CareHPV) y con Arbor Vita una prueba rápida de detección del cáncer cervicouterino (mediante la identificación de las oncoproteínas

E6 y E7). PATH ha recibido muestras y equipo de ambas empresas a fin de realizar estudios en diferentes países para validar esas pruebas. Jerónimo trabaja actualmente en un proyecto de introducción en gran escala de la prueba de detección de VPH en programas poblacionales de prevención del cáncer cervicouterino en múltiples países; está colaborando en el desarrollo, la evaluación y la introducción de nuevas opciones de tratamiento de las lesiones cervicouterinas precancerosas.

Enriquito Lu (capítulos 2 y 5) fue investigador principal en un estudio sobre vacunación contra VPH realizado por su empleador, la organización internacional sin fines de lucro Jhpiego, en el marco de un acuerdo con Merck. La finalidad del estudio era evaluar la factibilidad y la aceptabilidad de una estrategia para prestar servicios integrales de prevención del cáncer cervicouterino en Tailandia y Filipinas incorporando la vacunación contra VPH a las niñas de 9 a 13 años de edad en los programas de tamizaje y tratamiento de las madres. Con esta finalidad, Jhpiego recibió de Merck US\$850 000 y vacunas contra VPH para hasta 4000 niñas por cada sitio del proyecto en los países. Lu no recibió ingresos personales por su trabajo en este estudio.

Raul Murillo (capítulos 2 y 4) fue consultor de GSK encargado de analizar la costoeficacia de la vacuna contra VPH. Recibió en total US\$ 5000 en concepto de honorarios por este asesoramiento (concluido en el 2010).

Silvia de Sanjosé (capítulo 1) ha recibido ocasionalmente de Sanofi, Merck y Qiagen financiación para viajes a fin de asistir a conferencias nacionales e internacionales y presentar en ellas resultados de estudios coordinados por su institución. Las cantidades oscilaban entre US\$ 1000 y US\$ 3000 por viaje, según el lugar de celebración de la conferencia. Ninguno de los financiadores desempeñaba un papel en la presentación de los resultados. Algunos estudios de investigación en los cuales participa de Sanjosé han sido financiados parcialmente por GSK, Sanofi Pasteur Merck Sharp & Dohme Corp. (SPMSD), Qiagen, Roche y Merck & Co. Inc., lo que ha representado más de US\$ 100 000 al año en los cuatro últimos años. Ninguno de los financiadores ha desempeñado un papel en la recopilación de datos, como tampoco en el análisis ni en la interpretación de los resultados.

Vivien Tsu (capítulos 2 y 5) es empleada de PATH, una organización internacional sin fines de lucro dedicada a la creación y entrega de herramientas de gran impacto y bajo costo para promover la salud mundial. Como tal, Tsu ha participado en (1) proyectos experimentales de gran escala sobre la prevención, la detección y el tratamiento del cáncer cervicouterino en países en desarrollo, para lo cual PATH ha recibido donaciones de vacunas de GSK y Merck y donaciones de pruebas CareHPV de Qiagen; y (2) un estudio sobre un régimen alternativo de dosis realizado en Viet Nam, para el cual PATH ha recibido donaciones de vacunas de Merck. PATH ha recibido de los fabricantes viales de vacuna para el proyecto de gran escala,

lo que equivale a US\$13,9 millones de Merck y US\$9,1 millones de GSK. Cabe señalar que las donaciones arriba mencionadas se suspendieron en el 2009 y el 2010, respectivamente.

Deborah Watson-Jones (capítulo 4), de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, fue investigadora principal en un estudio de fase IIIB sobre seguridad e inmunogenia de la vacuna bivalente en muchachas sanas de 10 a 25 años de edad seronegativas al VIH. Para ese estudio su institución recibió de GSK fondos de hasta £ 898 104. Ella también condujo el estudio piloto de la vacuna contra VPH en la Región de Mwanza que recibió 15 750 viales de vacuna tetravalente a través del Programa Access de Gardasil. Watson-Jones participó en la revisión de capítulo 4, sobre vacunación contra VPH, para asegurarse de la exactitud lingüística. En ese capítulo no se formularon nuevas recomendaciones. El capítulo se ajusta estrictamente a las recomendaciones de la OMS publicadas en el 2009 sobre el uso de vacunas contra VPH y a las recomendaciones revisadas del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE) publicadas en abril del 2014 sobre el uso de vacunas contra VPH.

Scott Wittet (capítulo 3) es empleado de PATH, una organización internacional sin fines de lucro dedicada a la creación y la entrega de herramientas de gran impacto y bajo costo para promover la salud mundial. Como tal, Wittet participó en: (1) proyectos experimentales de gran escala sobre prevención, tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino en países en desarrollo, para los cuales PATH recibió donaciones de vacunas de GSK y Merck y pruebas CareHPV de Qiagen; y (2) un estudio sobre un régimen alternativo de dosis en Viet Nam, para el cual PATH recibió donaciones de vacuna de Merck. PATH ha recibido de los fabricantes viales de vacuna, equivalentes a US\$13,9 millones de Merck y US\$9,1 millones de GSK, para el proyecto de gran escala. Wittet es un experto en comunicaciones y ha formado parte del GFD. Participó en la elaboración y revisión del capítulo 3, sobre movilización comunitaria, educación y orientación. Cabe señalar que los subsidios arriba mencionados se suspendieron en el 2009 y el 2010, respectivamente.

Por el grupo de revisión externa:

John-Paul Bogers (capítulos 5 y 6) es empleado de la Universidad de Amberes y actúa como consultor de SonicHealthcare Benelux en trabajos clínicos de anatomía patológica y validación de nuevas tecnologías en el campo del tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervicouterina (NIC). SonicHealthcare Benelux es un laboratorio comercial que, entre otras cosas, hace tamizajes de cáncer cervicouterino (mediante citología y detección de VPH). Bogers también ha realizado para otras tres empresas interesadas en el tamizaje de cáncer cervicouterino los trabajos siguientes: (1) una validación analítica de una prueba de detección de VPH para Innogenetics (valor del contrato: € 60 000); (2) una validación analítica de una máquina de Dickinson-Becton

(valor del contrato: € 10 000); y (3) una revisión bibliográfica sobre tratamiento de la NIC para Hologic (valor del contrato: € 5000).

François Xavier Bosch (capítulo 1), del Institut Català d'Oncologia, de España, ha recibido de GSK, Merck Sharp & Dohme Corp. (MSD), Qiagen y SPMSD, en calidad de donaciones irrestrictas para educación e investigación, una cantidad significativa de fondos y donaciones de vacunas para su institución y para estudios de fase II-III. También recibió fondos para viajes y participación en reuniones de juntas asesoras de dichas empresas. Estas son subvenciones y actividades en curso. Cabe señalar que Bosch no participó en la formulación de ninguna de las recomendaciones. Participó en la revisión del capítulo 1, sobre generalidades, en su calidad de experto en epidemiología del cáncer cervicouterino y de la infección por VPH.

Jessica Kahn (capítulo 3), del Hospital de Niños de Cincinnati, Estados Unidos, copresidió dos ensayos clínicos de vacuna contra VPH en hombres y mujeres con VIH, ensayos financiados por los NIH de los Estados Unidos, para los cuales Merck proporcionó vacunas y pruebas de inmunogenia. Kahn también presidió un comité de examen de subvenciones de la Sociedad de Salud y Medicina de los Adolescentes para proyectos experimentales encaminados a mejorar la vacunación de adolescentes. La Sociedad recibió fondos irrestrictos de Merck para financiar el programa de subvenciones. Kahn recibió un salario de la Sociedad para administrar el programa de subvenciones. En su calidad de especialista en salud de los adolescentes, Kahn participó exclusivamente en el examen del capítulo 3, sobre movilización comunitaria, educación y orientación. Su contribución principal se relaciona con información sobre la manera de llegar a las adolescentes y comunicarse con ellas.

Achim Schneider (capítulo 6), del Charité Centrum de Berlín, actuó como miembro de la junta asesora y conferenciante para GSK, Sanofi Pasteur y Karl Storz, por lo cual recibió € 15 000, € 5000 y una cantidad anual de € 40 000, respectivamente. Desde el 2013, Schneider no ha recibido fondos de GSK ni de Sanofi Pasteur, y desde octubre del 2013, no ha recibido fondos de Karl Storz.

Anexo 3. Prevención y control de infecciones

Las precauciones universales de prevención y control de infecciones (PCI) son medidas sencillas y se deben aplicar para evitar la propagación de infecciones a fin de proteger a los pacientes, a uno mismo y a otro personal de salud (1).

La justificación de las precauciones universales de PCI en la atención a todos los pacientes en todo momento es la siguiente:

- Un paciente puede no mostrar signos ni síntomas de infección en el momento de la consulta o del tratamiento, pero podría ser infeccioso porque podría estar incubando una enfermedad infecciosa.
- Un paciente podría ser portador asintomático de un virus transmitido por la sangre (VIH, hepatitis B, C o D) u otro virus, o podría estar colonizado por microorganismos multirresistentes.

Inmunización: Como parte de las precauciones de PCI, el personal de salud debe estar inmunizado contra las enfermedades prevenibles mediante vacunación tanto para su propia protección como para la de los pacientes y la de otro personal de salud.

Educación y capacitación: Al personal de salud y a otro personal pertinente se le debe impartir una capacitación adecuada y adiestramiento práctico en materia de PCI. La enseñanza de esta materia debe formar parte de los programas de introducción de todos los nuevos miembros del personal. Todo el personal también debe seguir regularmente cursos de perfeccionamiento para mantenerse actualizado sobre las nuevas áreas de conocimientos y de prácticas de trabajo; esto es especialmente importante si se introducen equipo o procedimientos nuevos.

Higiene de las manos: La higiene de las manos es esencial para prevenir la transmisión de infecciones; por lo tanto, se debe disponer de los medios necesarios para practicarla (por ejemplo, desinfectante para manos a base de alcohol), y se debe proceder a ella en los momentos indicados en las Directrices de la OMS sobre la higiene de las manos en la atención sanitaria (2), a saber:

1. Antes de tocar al paciente
2. Antes de realizar una tarea limpia o aséptica
3. Después del riesgo de exposición a fluidos corporales
4. Después de tocar al paciente
5. Después del contacto con el entorno del paciente.

Además, las manos se deben descontaminar inmediatamente antes e inmediatamente después de usar guantes, porque estos no son un sustituto de la higiene de las manos.

Los desinfectantes alcohólicos son más eficaces para descontaminar las manos que el lavado con agua y jabón. Sin embargo, esos productos se aplican solamente cuando las manos ya están físicamente limpias. Si están visiblemente sucias o contaminadas con sangre u otros fluidos corporales, se las debe lavar muy bien con agua y jabón y secar con una toalla de papel limpia o con una toalla de tela limpia de uso único. La duración recomendada de la higiene de las manos es de 40 a 60 segundos para su lavado con agua y jabón, y de 20 a 40 segundos al aplicar un desinfectante alcohólico.

Equipo de protección personal: Los empleadores tienen la responsabilidad de velar por que los elementos apropiados de protección personal (guantes, delantales, batas, mascarillas, protectores de ojos, etc.) estén disponibles.

Los guantes estériles y no estériles están hechos generalmente de látex. Para el personal de salud o los pacientes que tengan antecedentes de alergia al látex, a fin de prevenir reacciones anafilácticas se deben usar guantes que no estén hechos con este material.

Los guantes estériles se usan para prevenir la transferencia de microorganismos del personal de salud a los pacientes durante los procedimientos que requieren asepsia. También protegen al trabajador de salud contra los agentes patógenos presentes en la sangre u otros fluidos corporales a los que está expuesto durante los procedimientos quirúrgicos e invasores. Se deben emplear en todo procedimiento quirúrgico y aséptico.

Los guantes no estériles se usan para proteger al personal de salud contra la adquisición de microorganismos o infecciones de los pacientes o de ambientes contaminados. Deben usarse toda vez que haya riesgo de tocar sangre u otros fluidos corporales, secreciones o excreciones, o de contraer microorganismos infecciosos y peligrosos por contacto directo o indirecto con pacientes o con elementos o equipo presentes en el ambiente.

Si un guante se daña o se pincha durante un procedimiento, el dispensador se lo debe sacar de inmediato, se debe lavar muy bien las manos y se debe poner un guante nuevo. Se recuerda que el uso de guantes no es un sustituto de la higiene de las manos.

Según la evaluación de los riesgos, se deben usar los tipos apropiados de guantes para realizar exámenes o procedimientos clínicos tales como crioterapia, biopsia cervicouterina, legrado endocervical o escisión electroquirúrgica con asa (LEEP).

Otros elementos del equipo de protección personal (como delantales, batas, mascarillas, protectores de ojos) deben usarse apropiadamente según la evaluación de los riesgos del procedimiento.

Manejo y eliminación de los desechos contaminados: Los desechos contaminados constituyen un riesgo y, por consiguiente, todos los residuos de la práctica clínica, incluidos los objetos punzocortantes, se deben eliminar adecuadamente, en conformidad con las directrices y los reglamentos locales.

Es esencial lo siguiente:

- Eliminar como desecho clínico, en una bolsa plástica bien sellada o en recipientes aprobados, en conformidad con las directrices locales, todo elemento desechable que se haya ensuciado con sangre u otros fluidos corporales.
- Manipular cuidadosamente todo objeto punzocortante y eliminar todo objeto punzocortante contaminado, agujas y jeringas en contenedores rígidos a prueba de fugas y pinchazos; se deben eliminar en conformidad con las directrices locales.

Después del tratamiento de cada paciente, se debe limpiar a fondo el área y limpiar a fondo y descontaminar otros elementos y equipo en conformidad con los protocolos vigentes. Al final de la sesión, se debe limpiar a fondo la habitación y desinfectar las superficies tocadas por las manos.

Procesamiento de los instrumentos reutilizables: Todos los instrumentos que hayan estado en contacto con la vagina o el cuello uterino (por ejemplo, espéculos vaginales, pinzas para toma de biopsias, criosondas, equipo criquirúrgico) se deben limpiar a fondo antes de su descontaminación por esterilización o desinfección de alto grado, en conformidad con las instrucciones del fabricante.

El procedimiento de descontaminación de cada elemento y del equipo está fuera del alcance de este documento; se recomienda que los lectores consulten el Manual de esterilización para centros de salud, de la OPS, que se está actualizando (3).

Referencias

1. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in health care settings. *Am J Infect Control*. 2007;35(10 Suppl 2):S65–S164. doi:10.1016/j.ajic.2007.10.007.
2. WHO guidelines on hand hygiene in health care. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf, accessed 16 July 2014).
3. Acosta-Gnass SI, de Andrade Stempluk V. Manual de esterilización para centros de salud. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2008. (En español en: http://www1.paho.org/PAHO-USAID/dmdocuments/AMR-Manual_Esterilizacion_Centros_Salud_2008.pdf. En inglés en http://www.paho.org/PAHO-USAID/dmdocuments/AMR-Sterilization_Manual_Health_Centers_2009.pdf, consultado el 26 de mayo del 2014).²

² Se está actualizando con un nuevo título: *Decontamination and reprocessing manual for healthcare facilities*.

Anexo 4. Sistemas de clasificación del cáncer y de las lesiones precancerosas

A4

Anexo 4. Sistemas de clasificación del cáncer y de las lesiones precancerosas

Hay muchos sistemas en uso en diferentes partes del mundo para clasificar y designar las lesiones precancerosas del cuello uterino basándose en la citología y la histología (véase el cuadro presentado más abajo). Los sistemas de clasificación más útiles incorporan información adquirida en los últimos decenios acerca de la evolución natural de la enfermedad.

El sistema de clasificación de las **neoplasias intraepiteliales cervicouterinas (NIC)** se estableció en 1968 para tener en cuenta las diversas evoluciones naturales observadas en displasias de diferentes grados (de NIC1 o displasia leve, a NIC2 o displasia moderada y a NIC3 o displasia grave). La clasificación de las NIC todavía se utiliza en muchos países para los informes citológicos, aunque en sentido estricto se debe utilizar solo para los informes histológicos (es decir, informes sobre los resultados de exámenes microscópicos de muestras tisulares).

El **Sistema de Bethesda** se desarrolló en los años noventa en el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos. En este sistema, que se debe utilizar solo para los informes citológicos (es decir, informes sobre los resultados de exámenes microscópicos de frotis), la NIC2 y la NIC3 se combinan en un grupo, denominado lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (HSIL, por sus siglas en inglés), porque citológicamente es difícil, cuando no imposible, distinguir una NIC2 de una NIC3. Entretanto, los resultados que muestran una NIC1 se denominan lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LSIL, por sus siglas en inglés). En el Sistema de Bethesda del 2001, las células atípicas se dividen en ASCUS (células escamosas atípicas de significado indeterminado) y ASC-H (células escamosas atípicas: no se puede descartar una lesión intraepitelial escamosa de alto grado). Esta clasificación es la recomendada por la OMS para los informes citológicos (véase el anexo 5).



Sistema de Bethesda

Cuadro: Lesiones cervicouterinas precancerosas: terminología para la notificación citológica e histológica

Clasificación citológica (utilizada para tamizaje)		Clasificación histológica (utilizada para diagnóstico)	
Papanicolaou	Sistema de Bethesda	NIC	Clasificaciones descriptivas de la OMS
Clase I	Normal	Normal	Normal
Clase II	ASCUS ASC-H	Atipia	Atipia
Clase III	LSIL	NIC1, con inclusión de condiloma plano	Coilocitosis
Clase III	HSIL	NIC2	Displasia moderada
Clase III	HSIL	NIC3	Displasia grave
Clase IV	HSIL	NIC3	Carcinoma in situ
Clase V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

ASC-H: células escamosas atípicas; no se puede excluir una lesión (intra)epitelial escamosa de alto grado; ASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado; NIC: neoplasia intraepitelial cervicouterina; HSIL: lesión intraepitelial escamosa de alto grado; LSIL: lesión intraepitelial escamosa de bajo grado.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) es la norma internacional para codificar las causas de enfermedad y muerte. En su vigente 10.^a revisión (CIE-10) se utiliza en unos 110 países.

El sistema de la CIE de codificación de las displasias y neoplasias cervicouterinas sigue el sistema de la OMS que se muestra en la columna derecha del cuadro. Las referencias a las NIC, así como a las HSIL y las LSIL, se recogen en la CIE.³ Para los registros del cáncer y para describir más detalladamente los cambios tisulares (histopatología), se ha formulado una adaptación de la CIE: la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O). Esta contiene códigos detallados para la localización de la neoplasia, y otro conjunto de códigos para la histopatología.⁴

³ Véase: <http://www.who.int/classifications/icd>

⁴ Véase: <http://codes.pubcan.org>

La clasificación CIE-O de los tipos tisulares neoplásicos, basada en la histopatología o la morfología tumoral, recoge los trabajos del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC), que se publican regularmente en la serie sobre clasificación OMS/CIIC de tumores.⁵ A fines de marzo del 2014 se publicó la cuarta edición de la clasificación OMS de tumores de los órganos reproductores femeninos, que abarca tumores y displasias del cuello uterino.⁶

La vía clínica de tratamiento y pronóstico depende de la histopatología y del grado de propagación, o fase, del cáncer. **La clasificación TNM de los tumores malignos, de la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC)**, es un sistema basado en la descripción de la propagación y del tamaño del cáncer. Documenta el tamaño del tumor (T), los ganglios linfáticos afectados (N) y las metástasis distantes (M). Las fases de la TNM se basan en la descripción clínica o en la clasificación patológica (pTNM).⁷ El sistema de clasificación TNM es compatible con la clasificación clínica producida por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)⁸ (véase el capítulo 6, sección 6.3).

⁵ Véase: <http://www.iarc.fr/en/publications/list/bb/index.php>

⁶ Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington S, Young RH, editors. WHO classification of tumours of female reproductive organs, volume 6 (4th edition). Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014.

⁷ Véase: <http://www.uicc.org/resources/tnm>

⁸ Véase: <http://www.figo.org/publications/annual>

Anexo 5. El Sistema de Bethesda del 2001⁹

Calidad de la muestra

- Satisfactoria para evaluación (señalar presencia o ausencia de componente endocervical o de zona de transformación);
- Insatisfactoria para evaluación (especificar la razón);
- Muestra rechazada, no procesada (especificar la razón);
- Muestra procesada y examinada, pero insatisfactoria para evaluar anomalías epiteliales (especificar la razón).

Clasificación general (optativa)

1. Negativo con respecto a lesiones intraepiteliales o malignidad
2. Anomalías de células epiteliales
3. Otras.

Interpretación y resultados

1. Negativo con respecto a lesiones intraepiteliales o malignidad

Organismos:

- *Trichomonas vaginalis*
- Organismos micóticos morfológicamente compatibles con la especie *Candida*
- Alteración en la flora, sugestiva de vaginosis bacteriana
- Bacterias morfológicamente compatibles con la especie *Actinomyces*
- Cambios celulares compatibles con infección por virus del herpes simple.

Otros resultados no neoplásicos (notificación optativa, lista no exhaustiva):

- cambios celulares reactivos asociados a:
 - inflamación (incluye reparación típica)
 - radiación
 - dispositivo intrauterino (DIU) anticonceptivo
- estado de células glandulares poshisterectomía
- atrofia.

⁹ Esta categorización se puede utilizar para notificar los resultados de frotis de Papanicolaou.

Fuente: Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al.; Forum Group Members; Bethesda 2001 Workshop. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA. 2002;287(16):2114-9.

2. En células escamosas:

En células escamosas:

- células escamosas atípicas (ASC)
 - de significado indeterminado (ASCUS)
 - no se puede descartar lesión de grado alto (ASC-H)
- lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL)
- lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL)
- carcinoma escamocelular.

En células glandulares:

- células glandulares atípicas (AGC) (especificar si son endocervicales, endometriales, o no especificadas)
- células glandulares atípicas, a favor de neoplasia (especificar si son endocervicales o no especificadas)
- adenocarcinoma endocervical in situ (AIS)
- adenocarcinoma.

3. Otras (lista no exhaustiva)

- Presencia de células endometriales en mujeres de 40 años de edad o mayores.

Anexo 6. Formularios modelo de inmunización contra VPH

Formulario modelo 6.1: Tarjeta personal de vacunación de niñas contra VPH

La tarjeta de vacunación será conservada por la niña; se pueden añadir otras vacunaciones.

El encabezado de la tarjeta puede contener los siguientes campos:

- Nombre de la niña
- Fecha de nacimiento
- Número único de identificación
- Datos para establecer contacto
- Sitio donde se aplicó la vacuna: distrito y establecimiento de asistencia sanitaria o escuela (u otra ubicación exterior).

Vacuna (nombre comercial)	Fecha en que recibió la dosis (DD/MM/AAAA)	Fecha de regreso para la próxima dosis (DD/MM/AAAA)	Observaciones (por ejemplo, efectos colaterales, reacciones alérgicas u otras notas)
HPV1			
HPV2			
HPV3 <i>(si fuera necesario)</i>			
Otras vacunas			

La tarjeta también puede contener mensajes apropiados acerca de la vacunación contra VPH (por ejemplo el número necesario de dosis) y mensajes pertinentes de educación sanitaria adaptados al grupo de edad sobre otras intervenciones de salud preventivas, por ejemplo:

Prevención primaria:

- Educación sobre salud sexual
- Orientación sobre anticoncepción y servicios relacionados, incluidos condones
- Prevención del consumo de tabaco y apoyo a la cesación

- Actividad física

- Nutrición

Prevención secundaria:

- Tamizaje del cáncer cervicouterino en etapas posteriores de la vida.

Formulario modelo 6.2: Formularios de vigilancia de la cobertura de vacunación contra VPH para dispensadores de vacuna a nivel del sitio de prestación de los servicios¹⁰

1. Cuaderno de registro del dispensador del servicio de vacunación contra VPH

Instrucciones:

- Utilizar un cuaderno por cada sitio de prestación del servicio (cuadro 1).
- Inscribir a cada niña indicando su nombre, dirección, fecha de nacimiento, fecha de aplicación de la VPH1 o la VPH2¹¹ y edad al recibir cada dosis (ingresar la edad declarada por la niña o por su madre).¹²
- Cuando una niña regresa para la VPH2, utilizar su tarjeta de vacunación personal para ubicar su lugar en el cuaderno y comprobar la necesidad de administrar la VPH2.

Cuadro 1: Cuaderno de registro del dispensador del servicio de vacunación contra VPH

Distrito: _____							
Ciudad o pueblo: _____							
Sitio de prestación del servicio: _____							
Nombre	Dirección	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	VPH1		VPH2		Observaciones
			Fecha de administración (DD/MM/AAAA)	Edad de la niña (años)	Fecha de administración (DD/MM/AAAA)	Edad de la niña (años)	

¹⁰ Fuente: WHO HPV vaccination coverage monitoring guide and tool (available at: <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources/en/>)

¹¹ VPH1 y VPH2: Los números indican si se trata de la primera o la segunda dosis de vacuna contra VPH.

¹² El cuaderno de registro debe incluir la fecha de nacimiento y la edad al administrar cada dosis. Si se desconoce la fecha de nacimiento y la edad de una niña, el dispensador hará una estimación fundamentada; de lo contrario, esos datos se perderán a la hora de calcular la cobertura de vacunación.

2. Planilla de control para registrar las dosis de vacuna contra VPH administradas en un mismo día de vacunación

Instrucciones: Anotar las dosis de vacuna contra VPH administradas, por número de la dosis (es decir, VPH1, VPH2 o VPH3) y por edad:

- Rellenar una planilla de control por día de vacunación.
- Al registrar a cada niña, tachar un cero en la planilla de control en el lugar correspondiente al número de la dosis de vacuna contra VPH administrada y a la edad.
- Al final de cada día de vacunación, calcular los subtotales de las dosis de vacuna contra VPH administradas, por número de la dosis y por edad:
 - Contar y registrar el número de ceros tachados en el lugar correspondiente al número de la dosis de vacuna contra VPH por categoría de edad.
 - Donde los subtotales den 0, no dejar en blanco sino registrar claramente 0, o sea un cero tachado

Cuadro 2: Planilla de control para registrar las dosis de vacuna contra VPH administradas en un mismo día de vacunación

Fecha de la vacunación (DD/MM/AAAA): _/_/____		Distrito: _____ Ciudad o pueblo: _____ Sitio de prestación de los servicios: _____			
Edad (años)	Número de dosis VPH1 administradas		Número de dosis VPH2 administradas		COLUMNA OPTATIVA DE CONTROL (sumar las filas)
9	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	9aVPH1=	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	9aVPH2=	=
10	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	10aVPH1=	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	10aVPH2=	=
11	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	11aVPH1=	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	11aVPH2=	=
12	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	12aVPH1=	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	12aVPH2=	=
13	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	13aVPH1=	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	13aVPH2=	=
14	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	14aVPH1=	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	14aVPH2=	=
≥ 15	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	15aVPH1=	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	15aVPH2=	=
Unknown	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	DescVPH1=	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	DescVPH2=	=
FILA OPTATIVA DE CONTROL (sumar las columnas)	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000		00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000		Total general =

A6

Anexo 6. Formularios modelo de inmunización contra VPH

Formulario modelo 6.3: Notificación de la cobertura nacional de vacunación contra VPH en el formulario¹³ conjunto OMS/UNICEF de notificación

Instrucciones: Notificar el número de vacunas contra VPH administradas a las muchachas según la edad en el momento de la administración de cada una de las dosis recomendadas de vacuna contra VPH. Si la edad se desconoce pero se puede calcular, notificar la edad estimada. Por ejemplo, si la vacunación se ofrece exclusivamente a las niñas de 6.º curso o año o grado escolar y la mayoría de las niñas tienen 11 años de edad, las vacunaciones por dosis se pueden notificar como vacunaciones a niñas de 11 años de edad.

Dosis de vacuna contra VPH administradas:

Muchachas			
Vacuna administrada (edad en años)	1.ª dosis	2.ª dosis	3.ª dosis
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15+			
Edad desconocida			

A6

Anexo 6. Formularios modelo de inmunización contra VPH

¹³ Más información y recursos en la página web de la OMS: *Immunization surveillance, assessment and monitoring* (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/en/).

Formulario modelo 6.4: Notificación de eventos adversos posvacunales (EAPV)

El trabajador de salud rellenará este formulario y lo entregará al director del programa de vacunación o a la autoridad sanitaria local competente (o seguirá otro procedimiento, en conformidad con el sistema de notificación establecido en el país).

Detalles demográficos

Apellido:				Nombre de pila:		Número de identificación:	
Dirección:				Fecha de nacimiento: (DD/MM/YY) ___/___/___ o, edad: _____ años _____ meses			
Región:		Distrito:		Sexo: _____ Varón _____ Mujer			
Establecimiento de salud (o centro de vacunación):				Notificador (trabajador de salud):			
Vacuna administrada*	Vía	Sitio de inyección	Número de lote de la vacuna	Número de lote del diluyente	Fabricante**	Fecha de vencimiento de la vacuna	Fecha de vencimiento del diluyente

* Si el evento ocurre tras la vacunación sistemática, indicar el nombre de la vacuna y el número de la dosis, por ejemplo, sarampión 1, DPT-2, antipoliomielítica oral 2.

** Incluir información sobre el diluyente según corresponda.

Descripción del EAPV

Fecha de vacunación	Fecha en que comenzó el EAPV	Intervalo previo al inicio	Fecha del informe
Marcar la casilla y describir el evento:			
<input type="checkbox"/> Reacción local grave: > 3 días <input type="checkbox"/> más allá de la articulación más cercana <input type="checkbox"/> hospitalizada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Absceso: estéril <input type="checkbox"/> bacteriano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Septicemia <input type="checkbox"/> Síndrome de shock tóxico		<input type="checkbox"/> Reacción anafiláctica <input type="checkbox"/> Anafilaxia <input type="checkbox"/> Crisis convulsivas, incluidas las crisis convulsivas febriles <input type="checkbox"/> Encefalopatía <input type="checkbox"/> Trombocitopenia	
<input type="checkbox"/> Otro EAPV (describir). Utilice una hoja adicional de ser necesario.			
Resultado:			
<input type="checkbox"/> Recuperada totalmente <input type="checkbox"/> Recuperada parcialmente <input type="checkbox"/> No se sabe			
<input type="checkbox"/> Hospitalizada:	Fecha de internación (DD/MM/YY) ___/___/___	Fecha de egreso (DD/MM/YY) ___/___/___	
<input type="checkbox"/> Murió:	Fecha de muerte (DD/MM/YY) ___/___/___		
Historia clínica precedente (inclusive antecedentes de reacciones similares o de otras alergias) y otra información pertinente (por ejemplo, otros casos). Utilice una hoja adicional de ser necesario.			

A6

Anexo 6. Formularios modelo de inmunización contra VPH

Para completar por la oficina distrital o provincial

Fecha en que se recibió el informe: (DD/MM/AA) ____/____/____	Verificado por:
¿Se requiere una investigación? ___Sí ___No	Si la respuesta es afirmativa, fecha de inicio de la investigación: (DD/MM/AA) ____/____/____
Investigador:	Identificación de la investigación del EAPV:
Evaluación de la causalidad:	Certidumbre:

A6

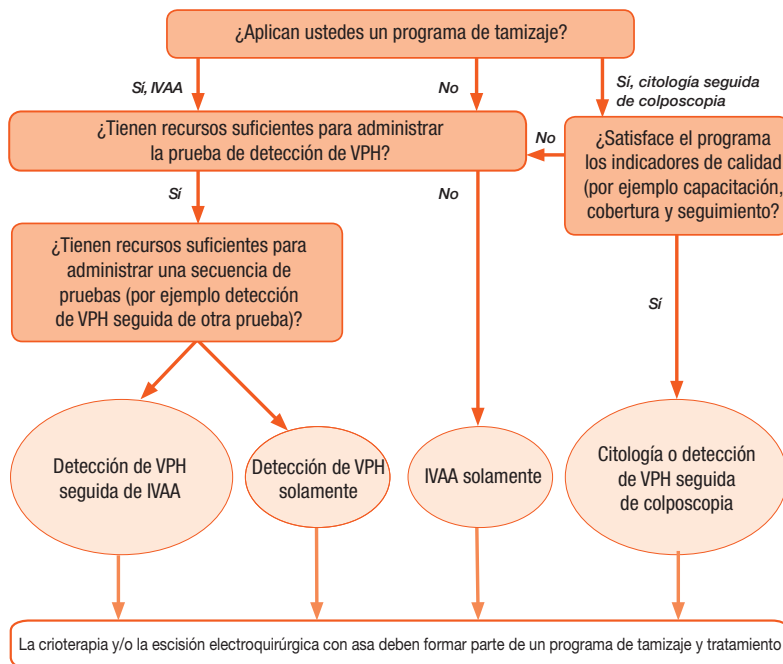
Anexo 7. Diagrama de flujo para decidir sobre estrategias de tamizaje y tratamiento

A7

Anexo 7. Diagrama de flujo para decidir sobre estrategias de tamizaje y tratamiento

Este diagrama de flujo o algoritmo de toma de decisiones presenta un árbol de decisiones aplicable como referencia rápida a la hora de elegir una estrategia de tamizaje y tratamiento para un programa. Los directores de programa y los encargados de adoptar decisiones pueden comenzar en la parte superior y responder a las preguntas para determinar qué opción de tamizaje y tratamiento es mejor en el contexto en que se aplicaría. Se destacan las opciones relacionadas con recursos, que pueden incluir costos, personal y capacitación. Sin embargo, los directores de programa también tendrán que considerar otros factores, como el número de mujeres que se perderían para el seguimiento al aplicar una estrategia que incluyera más de una prueba de detección. Véanse en las recomendaciones sobre tamizaje y tratamiento formuladas en el capítulo 3 de las *Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino* (2013)¹⁴ una orientación más específica acerca de las estrategias recomendadas e información sobre los factores específicos por considerar al decidir acerca de una estrategia. Para más detalles sobre la secuencia de cada estrategia de tamizaje y tratamiento (por ejemplo, detección de VPH seguida de IVAA), consulte los diagramas de flujo presentados en el anexo 8 (para mujeres VIH negativas o de estado desconocido con respecto a la infección por VIH) y en el anexo 9 (para mujeres VIH positivas o de estado desconocido con respecto a la infección por VIH en áreas con alta endemicidad de infección por VIH).

¹⁴ Véase: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/



Nota: Cada burbuja rosada se refiere a una estrategia descrita en el anexo 8 (para mujeres VIH negativas o de estado desconocido con respecto a la infección por VIH) o en el anexo 9 (para mujeres VIH positivas o de estado desconocido con respecto a la infección por VIH en áreas con alta endemicidad de infección por VIH).

Anexo 8. Diagramas de flujo para estrategias de tamizaje y tratamiento (estado VIH negativo o desconocido)

A8

Anexo 8. Diagramas de flujo para estrategias de tamizaje y tratamiento (estado VIH negativo o desconocido)

Los siguientes diagramas de flujo describen los pasos de cada una de las estrategias de tamizaje y tratamiento disponibles. Estos diagramas no indican qué estrategia se prefiere. Véanse las recomendaciones sobre tamizaje y tratamiento proporcionadas en el capítulo 3 de las *Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino* (2013),¹⁵ con orientaciones acerca de las estrategias recomendadas, y el diagrama de flujo para la toma de decisiones que figura en el anexo 7 de la presente guía.

Para más información sobre los factores específicos considerados por el grupo de trabajo al formular las recomendaciones, véanse las tablas de GRADE de los datos científicos a las recomendaciones presentadas en aquella publicación (Material adicional, secciones A y B).

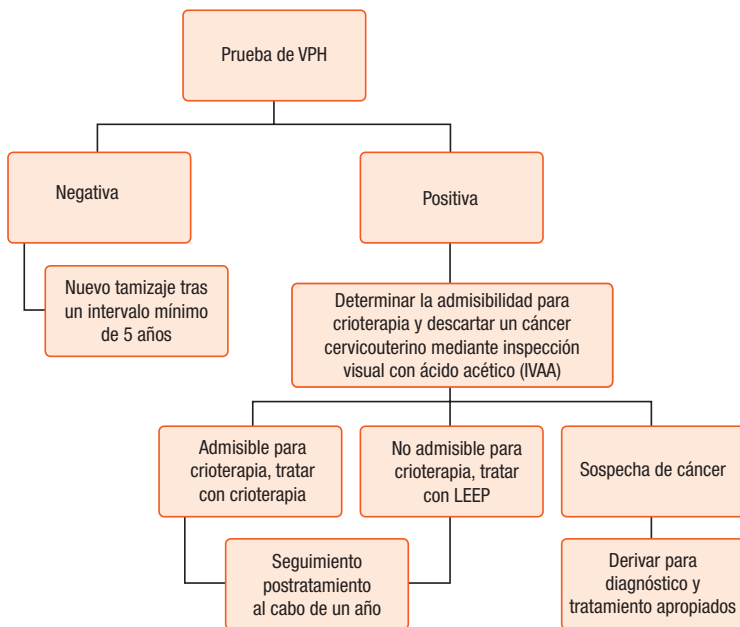


Diagrama de flujo de toma de decisiones

¹⁵ Las directrices y el material adicional se encuentran en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/es/

Tamizaje con una prueba de VPH y tratamiento con crioterapia, o con escisión electroquirúrgica por asa si la paciente no es apta para crioterapia

Si una prueba de detección de VPH da resultado positivo se dispensa tratamiento. Con esta estrategia se utiliza la inspección visual con ácido acético (IVAA) para determinar la **admisibilidad** para crioterapia.



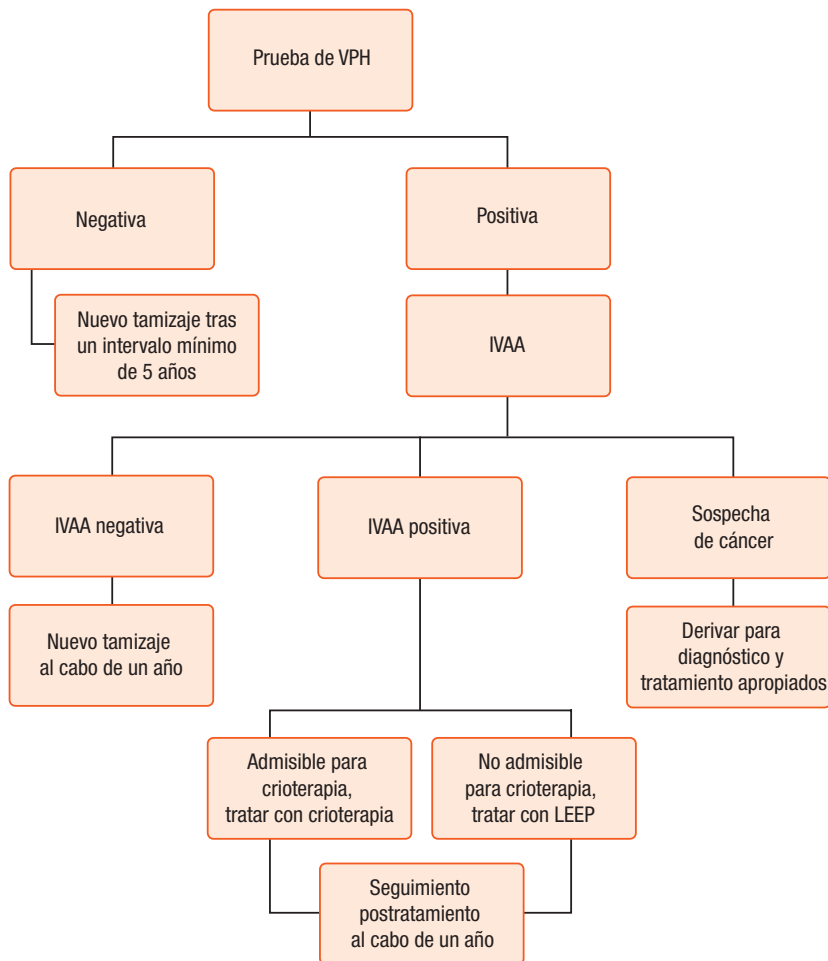
Nota: Véanse, en las recomendaciones sobre tamizaje y tratamiento formuladas en el capítulo 3 de las *Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino* (2013), una orientación más específica acerca de las estrategias recomendadas e información sobre los factores específicos por considerar al decidir sobre una estrategia.

A8

Anexo 8. Diagramas de flujo para estrategias de tamizaje y tratamiento (estado VIH negativo o desconocido)

Tamizaje con una prueba de detección de VPH seguida de IVAA y tratamiento con crioterapia, o con escisión electroquirúrgica por asa si la paciente no es apta para crioterapia

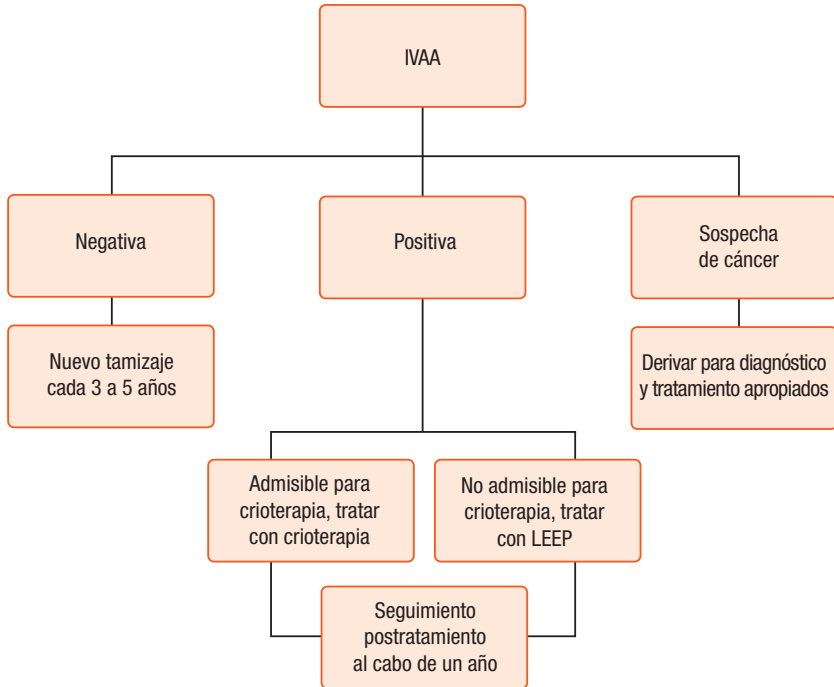
Si una prueba de detección de VPH da resultado positivo, se procede a la IVAA como segunda prueba de tamizaje para determinar si se ofrece tratamiento o no. Se proporciona tratamiento solo si TANTO la prueba del VPH como la IVAA son positivas.



Nota: Véanse, en las recomendaciones sobre tamizaje y tratamiento formuladas en el capítulo 3 de las *Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino* (2013), una orientación más específica acerca de las estrategias recomendadas e información sobre los factores específicos por considerar al decidir sobre una estrategia.¹⁶

¹⁶ Las directrices y el material adicional se encuentran en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/es/

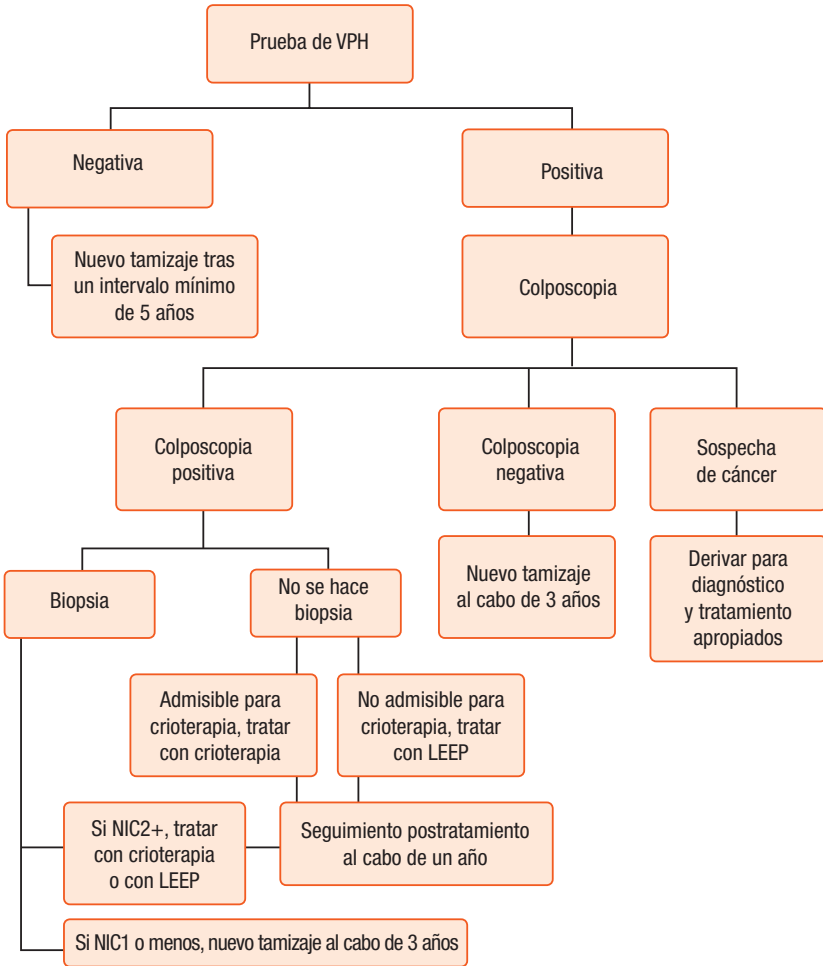
Tamizaje con IVAA y tratamiento con crioterapia, o con escisión electroquirúrgica por asa si la paciente no es apta para crioterapia



Nota: Véanse, en las recomendaciones sobre tamizaje y tratamiento formuladas en el capítulo 3 de las *Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino* (2013), una orientación más específica acerca de las estrategias recomendadas e información sobre los factores específicos por considerar al decidir sobre una estrategia.¹⁷

¹⁷ Las directrices y el material adicional se encuentran en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

Tamizaje con una prueba de VPH seguida de colposcopia (con o sin biopsia)¹⁸ y tratamiento con crioterapia, o con escisión electroquirúrgica por asa si la paciente no es apta para crioterapia

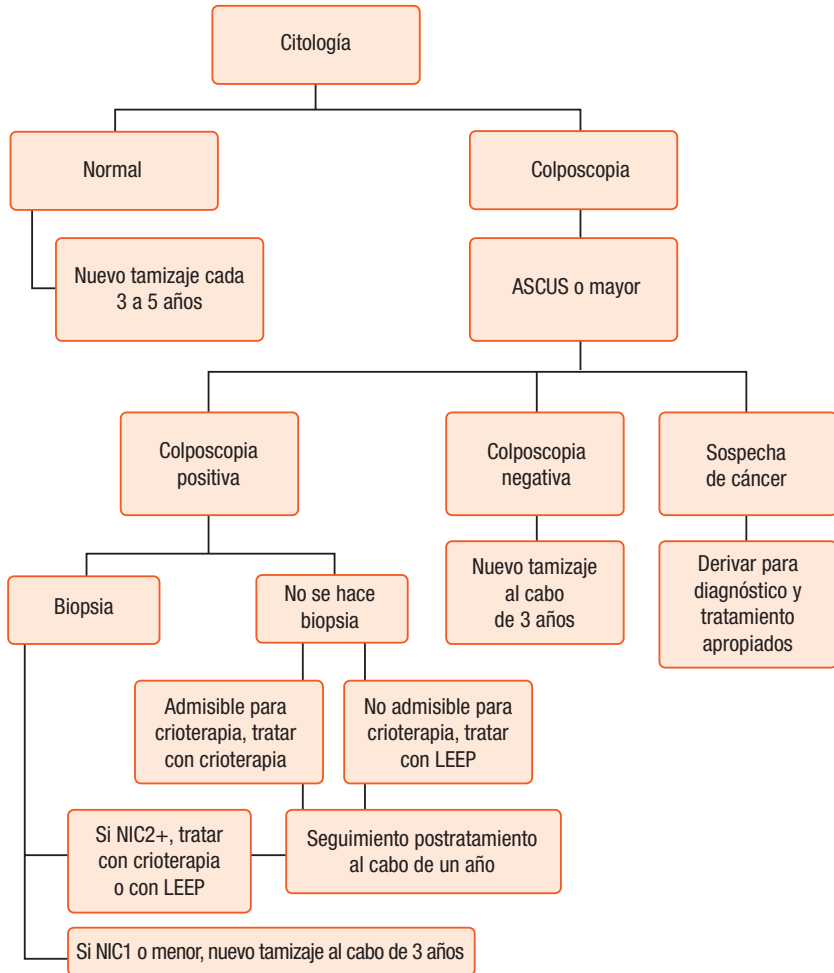


Nota: Véanse, en las recomendaciones sobre tamizaje y tratamiento formuladas en el capítulo 3 de las *Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino* (2013), una orientación más específica acerca de las estrategias recomendadas e información sobre los factores específicos por considerar al decidir sobre una estrategia¹⁹

¹⁸ A las mujeres con colposcopia positiva se les puede practicar biopsia para confirmación histológica o administrar tratamiento inmediato.

¹⁹ Las directrices y el material adicional se encuentran en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

Tamizaje con citología seguida de colposcopia (con o sin biopsia)²⁰ y tratamiento con crioterapia, o con escisión electroquirúrgica por asa si la paciente no es apta para crioterapia



Nota: Véanse, en las recomendaciones sobre tamizaje y tratamiento formuladas en el capítulo 3 de las *Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino* (2013), una orientación más específica acerca de las estrategias recomendadas e información sobre los factores específicos por considerar al decidir sobre una estrategia.²¹

²⁰ A las mujeres con colposcopia positiva se les puede practicar biopsia para confirmación histológica o administrar tratamiento inmediato.

²¹ Las directrices y el material adicional se encuentran en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

Anexo 9. Diagramas de flujo para estrategias de tamizaje y tratamiento (estado serológico VIH positivo o desconocido en áreas con alta endemicidad de infección por VIH)

Los siguientes diagramas de flujo describen los pasos de cada una de las estrategias de tamizaje y tratamiento disponibles. Los diagramas de flujo no indican qué estrategia se prefiere. Véanse las recomendaciones sobre tamizaje y tratamiento proporcionadas en el capítulo 3 de las *Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino* (2013),²² con orientación acerca de las estrategias recomendadas, y el diagrama de flujo para la toma de decisiones que figura en el anexo 7 de la presente guía. Para más información sobre los factores específicos considerados por el grupo de trabajo al formular las recomendaciones, véanse las tablas de GRADE de los datos científicos a las recomendaciones presentadas en aquella publicación (Material adicional, secciones A y B).

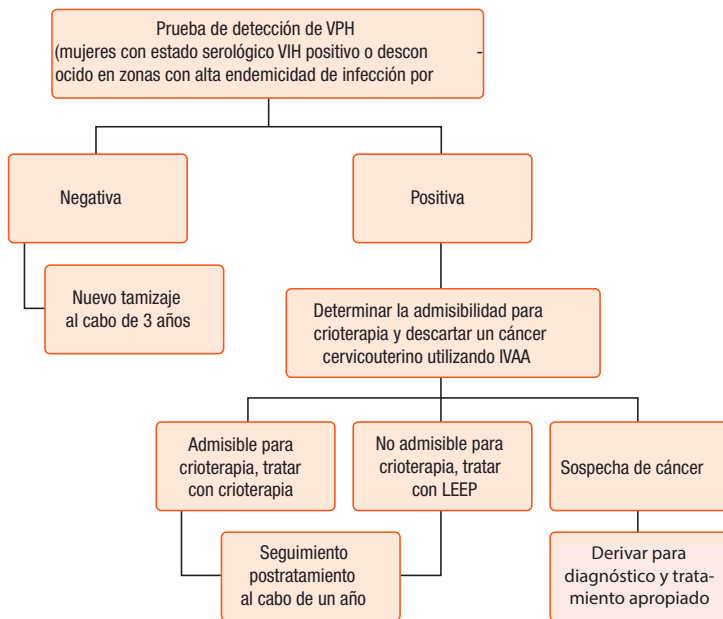
A9

Anexo 9. Diagramas de flujo para estrategias de tamizaje y tratamiento (estado serológico VIH positivo o desconocido en áreas con alta endemicidad de infección por VIH)

²² Las directrices y el material adicional se encuentran en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/index.html

Tamizaje con una prueba de VPH y tratamiento con crioterapia, o con escisión electroquirúrgica por asa si la paciente no es apta para crioterapia

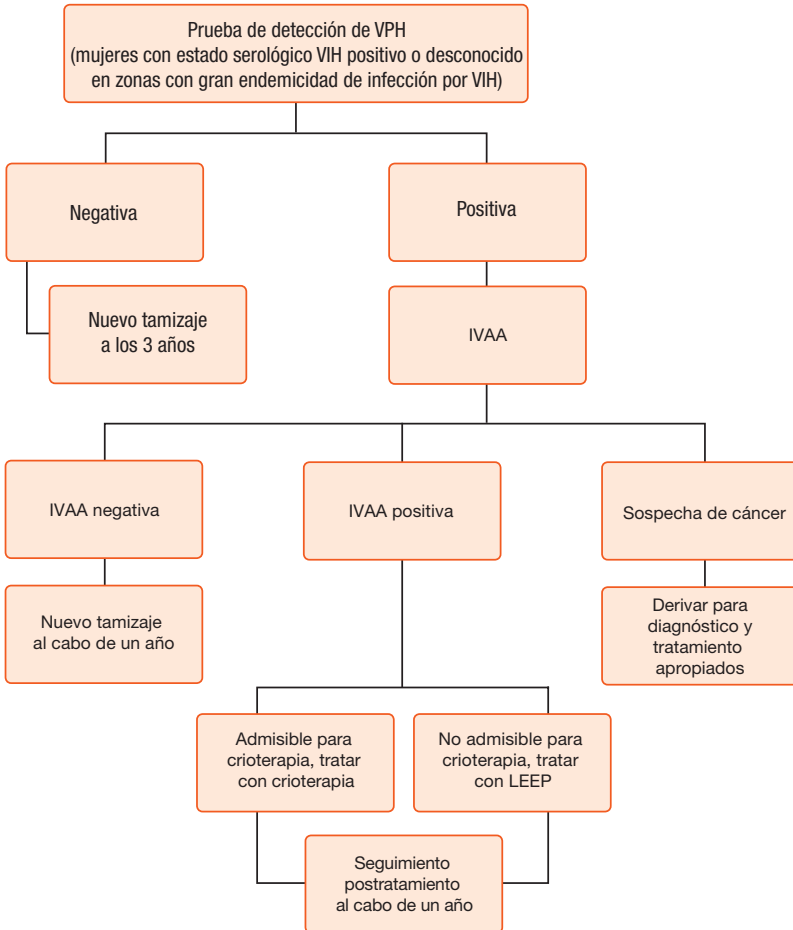
Si una prueba de detección de VPH da resultado positivo, se proporciona tratamiento. En esta estrategia se utiliza la inspección visual con ácido acético (IVAA) a fin de determinar la **admisibilidad** para crioterapia.



Nota: Véanse, en las recomendaciones sobre tamizaje y tratamiento formuladas en el capítulo 3 de las *Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino* (2013), una orientación más específica acerca de las estrategias recomendadas e información sobre los factores específicos por considerar al decidir sobre una estrategia.

Tamizaje con una prueba de VPH seguida de IVAA y tratamiento con crioterapia, o con escisión electroquirúrgica por asa si la paciente no es apta para crioterapia

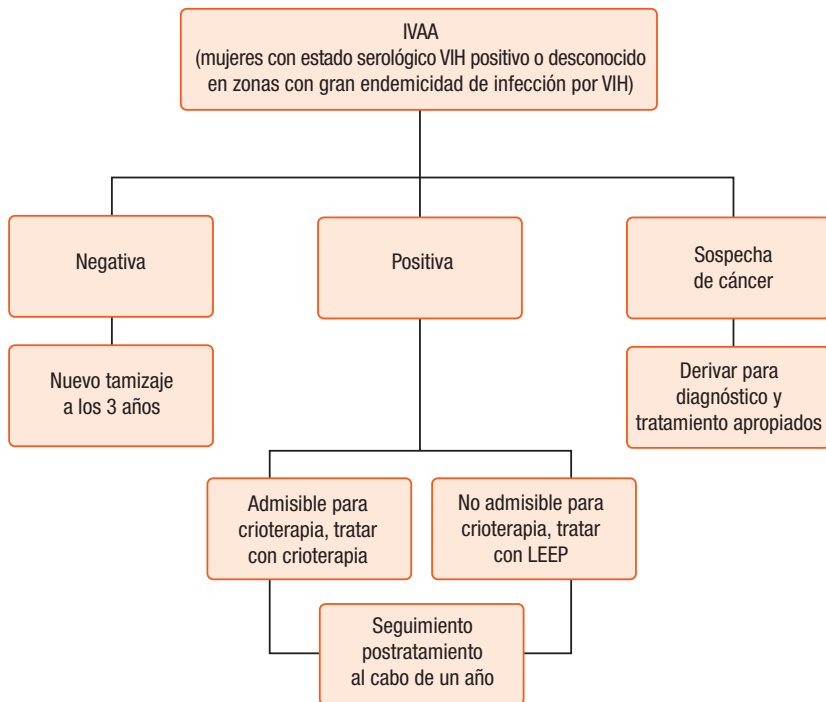
Si una prueba de detección de VPH da resultado positivo, se procede a una IVAA como segunda prueba de tamizaje para determinar si se ofrecerá tratamiento o no. Solo se proporciona tratamiento si TANTO la prueba de VPH como la IVAA son positivas.



Nota: Véanse en las recomendaciones sobre tamizaje y tratamiento formuladas en el capítulo 3 de las *Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino* (2013) una orientación más específica acerca de las estrategias recomendadas e información sobre los factores específicos por considerar al decidir sobre una estrategia.²³

²³ Las directrices y el material adicional se encuentran en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/index.html

Tamizaje con IVAA y tratamiento con crioterapia, o con escisión electroquirúrgica por asa si la paciente no es apta para crioterapia



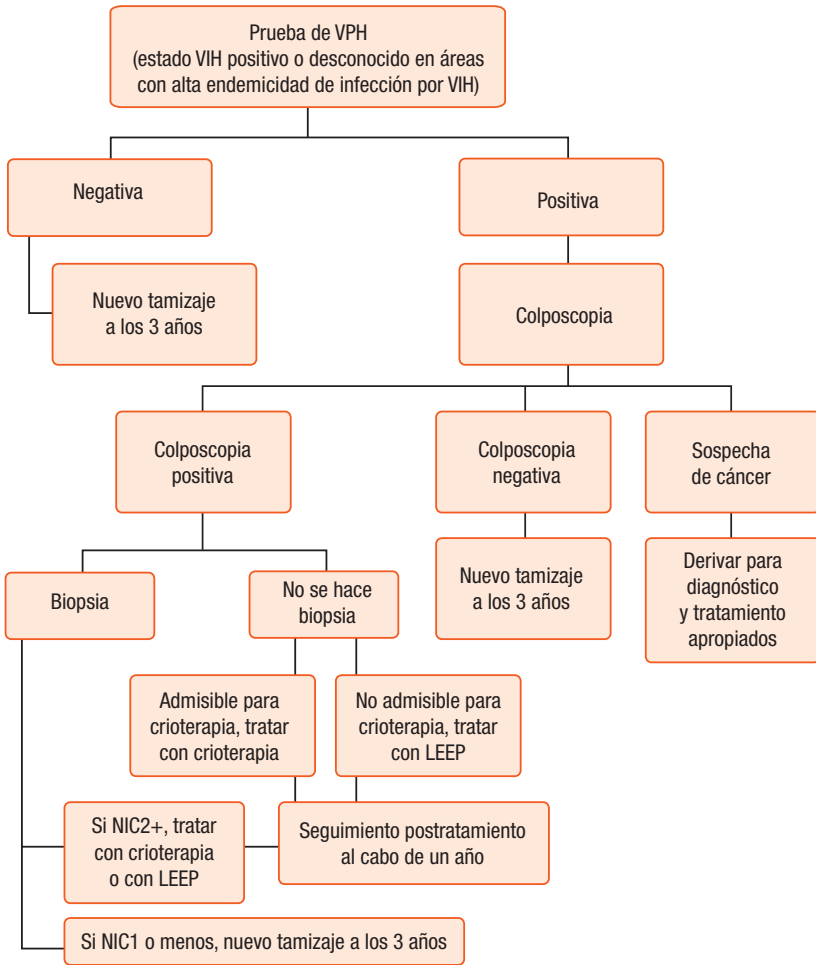
Nota: Véanse, en las recomendaciones sobre tamizaje y tratamiento formuladas en el capítulo 3 de las *Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino* (2013), una orientación más específica acerca de las estrategias recomendadas e información sobre los factores específicos por considerar al decidir sobre una estrategia.²⁴

²⁴ Las directrices y el material adicional se encuentran en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/index.html

Tamizaje con una prueba de VPH seguida de colposcopia (con o sin biopsia)²⁵ y tratamiento con crioterapia, o con escisión electroquirúrgica por asa si la paciente no es apta para crioterapia

A9

Anexo 9. Diagramas de flujo para estrategias de tamizaje y tratamiento (estado serológico VIH positivo o desconocido en áreas con alta endemicidad de infección por VIH)

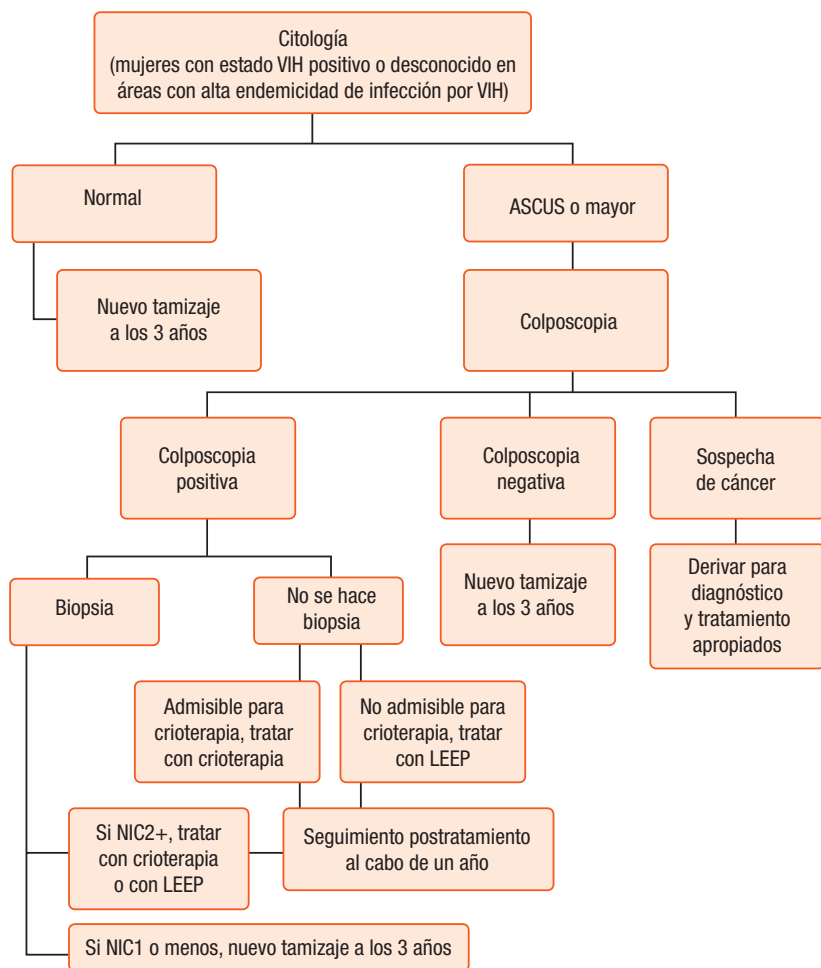


Nota: Véanse, en las recomendaciones sobre tamizaje y tratamiento formuladas en el capítulo 3 de las *Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino* (2013), una orientación más específica acerca de las estrategias recomendadas e información sobre los factores específicos por considerar al decidir sobre una estrategia.²⁶

²⁵ A las mujeres con colposcopia positiva se les puede practicar biopsia para confirmación histológica o administrar tratamiento inmediato.

²⁶ Las directrices y el material adicional se encuentran en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/index.html

Tamizaje con citología seguida de colposcopia (con o sin biopsia)²⁷ y tratamiento con crioterapia o con escisión electroquirúrgica por asa (si la paciente no es apta para crioterapia)



Nota: Véanse, en las recomendaciones sobre tamizaje y tratamiento formuladas en el capítulo 3 de las *Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino* (2013), una orientación más específica acerca de las estrategias recomendadas e información sobre los factores específicos por considerar al decidir sobre una estrategia.²⁸

²⁷ A las mujeres con colposcopia positiva se les puede practicar biopsia para confirmación histológica o administrar tratamiento inmediato.

²⁸ Las directrices y el material adicional se encuentran en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/index.html

Anexo 10. Tratamiento del cáncer cervicouterino por etapas de la FIGO

Consideraciones generales sobre el tratamiento del cáncer cervicouterino según la etapa:

Por etapas de la FIGO	Características de la paciente	Opciones por considerar	Observaciones o complicaciones potenciales
Nota: La clasificación de la FIGO se basa en el examen clínico.	Las lesiones visibles requieren biopsia para confirmar el diagnóstico. Análisis de sangre, incluido hemograma completo y estudio de las funciones renal y hepática, y posiblemente serología de VIH o de sífilis.	Para la estadificación se permiten palpación, inspección, colposcopia, raspados endocervicales, histeroscopia, cistoscopia, proctoscopia, pielografía intravenosa y radiografías de pulmones y esqueleto.	Se pueden utilizar TAC, IRM y TEP.
IA1 e IA2: El cáncer se limita estrictamente al cuello uterino. A1: ≤ 3 mm de profundidad; <7 mm de ancho A2: >3 mm, pero ≤ 5 mm de profundidad; <7 mm de ancho	No se observa ninguna lesión voluminosa: A1: desea preservar la fecundidad A1: la fecundidad no es un factor determinante A2: desea preservar la fecundidad A2: la fecundidad no es un factor determinante	Biopsia de cono para determinar la profundidad y el ancho A1: cono con márgenes negativos y seguimiento estrecho Histerectomía después de la maternidad A1: histerectomía A2: cono grande con márgenes negativos o traquelectomía radical con evaluación de nódulos A2: histerectomía radical modificada y disección de nódulos	Las biopsias de cono y la traquelectomía radical pueden aumentar el riesgo de prematuridad si se desea fecundidad. Lograda la maternidad, se considera una histerectomía o una histerectomía radical modificada como terapia final.
IB: El cáncer se limita clínicamente al cuello uterino, o hay lesión preclínica mayor que A2. IB1: ≤ 4 cm IB2: > 4 cm	Si los tumores tienen <2 cm con invasión cervical de $<50\%$ se puede considerar un tratamiento menos radical (histerectomía radical modificada), previa consulta con expertos.	Radioterapia con quimioterapia Histerectomía radical y disección de ganglios linfáticos pelvianos	La tasa de fístula ureteral es pequeña y similar en las dos modalidades de terapia. La radiación provoca insuficiencia ovárica en mujeres premenopáusicas.

A10

Por etapas de la FIGO	Características de la paciente	Opciones por considerar	Observaciones o complicaciones potenciales
<p>II: el cáncer se extiende más allá del útero, pero no a la pared pelviana ni al tercio inferior de la vagina</p> <p>IIA: los dos tercios superiores de la vagina, sin compromiso parametrial</p> <p>IIB: compromiso parametrial</p>	<p>Los cánceres IIA con extensión limitada a la parte superior de la vagina pueden ser candidatos a una histerectomía radical y disección de ganglios linfáticos de la pelvis, previa consulta con expertos</p>	<p>La radiación con quimioterapia es el tratamiento primario</p>	<p>Efectos vesicales e intestinales de corto y largo plazo colaterales a la radiación.</p>
<p>III: el cáncer se extiende a la pared lateral o al tercio inferior de la vagina.</p> <p>IIIA: tercio inferior de la vagina</p> <p>IIIB: pared lateral</p>	<p>Todas las pacientes con hidronefrosis o insuficiencia renal están en fase III, a menos que eso obedezca a otras causas</p>	<p>Radiación con quimioterapia es el tratamiento primario.</p>	
<p>IV: El cáncer se extiende más allá de la pelvis verdadera o compromete la mucosa de la vejiga o del recto.</p> <p>IVA: propagación a órganos adyacentes de la pelvis</p> <p>IVB: propagación a órganos distantes</p>	<p>Estas pacientes requieren tratamiento muy individualizado según la propagación exacta de la enfermedad.</p>	<p>Se pueden considerar radiación o quimioterapia, adaptadas a las características individuales de la enfermedad.</p>	<p>Las pacientes con IVB (metástasis ampliamente extendida) se pueden beneficiar de cuidados paliativos complementarios o exclusivos.</p>
<p>Recidiva después del tratamiento primario con cirugía</p>	<p>Determinadas en consulta con expertos</p>	<p>Si está localizada, se puede aplicar radioterapia o quimiorradiación.</p>	
<p>Recidiva después del tratamiento primario con radiación</p>	<p>Determinadas en consulta con expertos</p>	<p>Si está localizada, se puede considerar la exenteración.</p>	

Fuentes:

Barakat RR, Berchuck A, Markman M, Randall ME. Principles and practice of gynecologic oncology, 6th edition. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

Wiebe E, Denny L, Thomas G. Cancer of the cervix uteri. Int J Gynaecol Obstet. 2012;119 (Suppl 2):S100–9. doi:10.1016/S0020-7292(12)60023-X.

Anexo 11. Modelos de documentos²⁹

A11

Anexo 11. Modelos de documentos

Formulario modelo 11.1: Carta modelo dirigida a una paciente cuya prueba de tamizaje ha dado un resultado anormal y ella no ha regresado para recibir el resultado o el tratamiento en el momento previsto

Fecha: _____

Estimada _____ [nombre de la paciente],

Le escribimos para recordarle que la esperamos en _____ [centro de salud u hospital] para abordar los resultados de la prueba de tamizaje [O dispensarle tratamiento después de los resultados positivos de la prueba] que le practicamos el _____ [fecha de la prueba de tamizaje]. La esperábamos la semana pasada, pero como no se ha presentado le enviamos este recordatorio.

Su prueba de tamizaje mostró algunos cambios anormales en el cuello uterino (la entrada de la matriz) que requieren otra visita para _____ [diagnóstico o tratamiento ulterior]. *(Si la anomalía encontrada en la prueba de Papanicolaou no es cáncer invasor, se puede agregar: Los cambios no son indicativos de cáncer, pero si no se tratan pueden convertirse en cáncer en el futuro.)*

Solicitamos que venga cuanto antes dentro de las próximas dos semanas para que podamos suministrarle información, aclarar sus dudas y planificar con usted las consultas posteriores.

Si desea formularnos alguna pregunta, puede contactarnos en _____.

Atentamente,

_____ [firma del dispensador]

²⁹ Fuente: Adaptado de Cervical Health Implementation Project (CHIP), University of Cape Town, University of the Witwatersrand, EngenderHealth. Implementing cervical screening in South Africa, volume I: a guide for programme managers. South Africa: CHIP, National Department of Health; 2004 (http://www.westerncape.gov.za/text/2006/1/chp_manual_vol_1.pdf).

Formulario modelo 11.2: Modelo de tarjeta que se puede utilizar como parte de un sistema de localización de las pacientes que necesitan una nueva prueba de tamizaje

A11

Anexo 11. Modelos de documentos

Tamizaje cervicouterino

Tarjeta de localización: Recordatorio a pacientes sobre prueba de tamizaje

Nombre: _____

Número de la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Dirección profesional: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de la prueba de tamizaje practicada: _____

Resultado de la prueba de tamizaje: _____

Fecha en que se citó a la paciente para que regresara: _____

Seguimiento:

Fecha de la nueva prueba de tamizaje:

Medidas adoptadas si la cliente no regresó:

Nota enviada el (fecha): _____

Otra medida: _____

Notas:

Formulario modelo 11.3: Modelo de tarjeta que se puede utilizar como parte de un sistema de localización de las pacientes derivadas para evaluación diagnóstica ulterior

A11

Anexo 11. Modelos de documentos

Tamizaje cervicouterino

Tarjeta de localización: Derivación de la paciente

Nombre: _____

Número de la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Dirección profesional: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de la prueba de tamizaje practicada: _____

Resultado de la prueba de tamizaje: _____

Derivada a: _____ [nombre del sitio al que se la derivó]

Fecha de la cita de derivación: _____

Registro de seguimiento:

Fecha en que se comunicó a la paciente la cita de derivación: _____

Resultado de la derivación: _____

A14

Anexo 14. Pathology reporting for cervical carcinoma

Formulario modelo 11.4: Carta modelo en que se informa al consultorio remitente de una paciente sobre el resultado de su evaluación diagnóstica

A11

Anexo 11. Modelos de documentos

A: _____ [nombre del consultorio que la ha derivado]

Nombre de la paciente: _____ Número de la paciente: _____

De: _____ [nombre del sitio al que se la ha derivado]

La paciente fue vista en nuestro establecimiento en (fecha): _____

Pruebas diagnósticas _____ realizadas en (fecha): _____

Diagnóstico definitivo: _____

Tratamiento dispensado _____

Seguimiento recomendado: _____

Gracias por su derivación. Sírvase contactarnos si necesita más información.

Atentamente,

Nombre

Firma

Fecha

Anexo 12. Tratamiento de las infecciones cervicouterinas y de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)³⁰

Tratamiento de las infecciones cervicouterinas

En caso de infección cervicouterina, se debe tratar a la mujer y a su pareja y aconsejarlos sobre el uso de condones.

Tratamiento para gonorrea sin complicaciones y para clamidiasis		
Cobertura	Primera elección Elegir un medicamento de cada uno de los recuadros que aparecen abajo (en total son dos medicamentos)	Situación especial: embarazo, madre lactante, o edad menor que 16 años Elegir un medicamento de cada uno de los recuadros que aparecen abajo (en total son dos medicamentos)
Gonorrea*	ceftriaxona* 250 mg por vía intramuscular como dosis única cefixima 400 mg por vía oral como dosis única	cefixima 400 mg por vía oral como dosis única ceftriaxona 250 mg por vía intramuscular como dosis única
Clamidiasis	azitromicina 1 g por vía oral como dosis única doxiciclina^a 100 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días	eritromicina^b 500 mg por vía oral 4 veces al día durante 7 días azitromicina 1 g por vía oral como dosis única amoxicilina 500 mg por vía oral 3 veces al día durante 7 días

* La información presentada en el cuadro refleja las recomendaciones formuladas en el 2011 por la OMS para el tratamiento de las infecciones cervicouterinas. Esas recomendaciones se están actualizando debido a un alto nivel de resistencia de *Neisseria gonorrhoea* a las quinolonas, y la reciente aparición de un descenso de la sensibilidad a la cefixima y la ceftriaxona (cefalosporinas de amplio espectro). Los países deben considerar los perfiles de resistencia de *N. gonorrhoea* a los antimicrobianos y seguir las directrices nacionales.

- En el embarazo y la lactancia se deben evitar los siguientes medicamentos: doxiciclina, tetraciclina, ciprofloxacino, norfloxacino y ofloxacino.
- El estolato de eritromicina está contraindicado en el embarazo debido a la hepatotoxicidad relacionada con el medicamento; se debe usar exclusivamente eritromicina base o etilsuccinato de eritromicina.

³⁰ Fuente: Management of sexually transmitted infections: regional guidelines. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2011 (<http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/9789290224105/en/>).

Tratamiento ambulatorio de la EPI

En caso de EPI, tratar a la pareja de la mujer por gonorrea y clamidiasis e impartir a ambos orientación sobre el uso de condones.

Tratamiento con una dosis única para gonorrea MÁS tratamiento con dosis múltiples para clamidiasis MÁS tratamiento con dosis múltiples para infecciones por anaerobios	
Cobertura	Elegir un medicamento de cada recuadro (tres medicamentos en total)
Gonorrea*	ceftriaxona^a 250 mg por vía intramuscular como dosis única cefotitina 2 g por vía intramuscular como dosis única
Clamidiasis	doxiciclina^b 100 mg por vía oral dos veces al día durante 14 días eritromicina^c 500 mg por vía oral 4 veces al día durante 14 días
Anaerobios	metronidazol^d 400 a 500 mg por vía oral dos veces al día durante 14 días

* La información presentada en el cuadro refleja las recomendaciones formuladas en el 2011 por la OMS para el tratamiento de las infecciones cervicouterinas. Esas recomendaciones se están actualizando debido a un alto nivel de resistencia de *Neisseria gonorrhoea* a las quinolonas, y la reciente aparición de un descenso de la sensibilidad a la cefixima y la ceftriaxona (cefalosporinas de amplio espectro). Los países deben considerar los perfiles de resistencia de *N. gonorrhoea* a los antimicrobianos y seguir las directrices nacionales.

- Se puede considerar un aumento de la dosis según el perfil de resistencia de *N. gonorrhoeae* en el país (verificar las directrices nacionales)
- La doxiciclina está contraindicada en las mujeres embarazadas y las madres lactantes. La EPI es poco común en el embarazo.
- El estolato de eritromicina está contraindicado en el embarazo debido a la hepatotoxicidad relacionada con el medicamento; se debe usar exclusivamente eritromicina base o etilsuccinato de eritromicina.
- Advertir a las pacientes que toman metronidazol que se abstengan de ingerir alcohol.

Nota: Se debe considerar seriamente la hospitalización de las pacientes con EPI aguda si:

- no se puede descartar una emergencia quirúrgica, como apendicitis o embarazo ectópico
- se sospecha la presencia de absceso pelviano
- hay una enfermedad grave que excluye el tratamiento ambulatorio
- la paciente está embarazada
- la paciente es una adolescente
- la paciente no puede seguir o no puede tolerar un régimen ambulatorio
- la paciente no ha logrado responder al tratamiento ambulatorio.

Anexo 13. Cómo preparar la solución de Monsel

A13

Anexo 13. Cómo preparar la solución de Monsel

¿Qué es la solución de Monsel?

La solución de Monsel es un compuesto espeso, pegajoso, de acción rápida que se utiliza para cubrir las zonas hemorrágicas del cuello uterino a fin de contener el sangrado. Puede ser útil después de la crioterapia, la biopsia con sacabocados y la escisión electroquirúrgica con asa (LEEP). Como es un producto cáustico, puede lesionar tejidos si se deja demasiado tiempo; después de su aplicación no se deben aplicar tapones vaginales.

Ingredientes	Cantidad
1. Sulfato férrico básico	15 g
2. Sulfato ferroso en polvo	unos granos
3. Agua estéril para disolver	10 ml
4. Glicerolado de almidón (véase más abajo su preparación)	12 g

Preparación:

Tenga cuidado, porque la reacción es exotérmica (despide calor).

1. Colocar unos granos de sulfato ferroso en 10 ml de agua estéril dentro de un vaso de precipitados de vidrio. Agitar.
2. Disolver el sulfato férrico en la solución revolviendo con una varilla de vidrio. La solución se debe volver clara como el cristal.
3. Pesar el glicerolado de almidón (véanse más abajo las instrucciones para prepararlo) en un mortero de vidrio. Mezclar bien.
4. Agregar lentamente la solución de sulfato férrico al glicerolado de almidón, mezclando constantemente hasta obtener una mezcla homogénea.
5. Transvasar a un frasco de vidrio ámbar de 25 ml.

Nota: en la mayoría de los establecimientos sanitarios se prefiere dejar flojo el tapón del frasco para que la mezcla se evapore hasta tomar una consistencia pastosa y pegajosa parecida a la de la mostaza. Este proceso puede tardar entre 2 y 3 semanas, según las condiciones ambientales. Luego puede ajustarse el tapón para conservar la mezcla. Si fuera necesario fluidificar la pasta, se puede añadir un poco de agua estéril a la mezcla.

Etiqueta: Solución de Monsel
 Conservar en un lugar fresco
 Para uso externo exclusivo
 Caduca el: [día/mes/año] (un año a partir de fecha de preparación)

Cómo preparar glicerolado de almidón

Ingredientes	Cantidad
1. Almidón	30 g
2. Agua estéril para mezclar	30 ml
3. Glicerol (glicerina)	390 g

Preparación:

1. En un crisol de porcelana, disolver el almidón en el agua estéril.
2. Agregar el glicerol. Agitar bien.
3. Calentar el crisol y su contenido sobre un mechero de Bunsen. Mezclar constantemente con una espátula hasta que la masa adopte una consistencia espesa e hinchada.

Etiqueta: Glicerolado de almidón

Conservar en un lugar fresco

Para uso externo exclusivo

Caduca el : [día/mes/año] (un año después de la fecha de preparación)

Nota: No calentar demasiado, de lo contrario la mezcla se volverá amarilla.

Anexo 14. Notificación de la presencia de carcinoma cervicouterino

A14

Anexo 14. Notificación de la presencia de carcinoma cervicouterino

Histerectomía radical por carcinoma cervicouterino

1. Procesamiento de las muestras:

- Pintar las superficies anterior y posterior del cuello uterino con marcadores de diferentes colores.
- Medir el manguito vaginal anterior y posterior antes de la disección.
- Una sección horizontal del cuello uterino por encima de la zona de transformación es muy útil para evaluar los márgenes de la escisión. Los bloques se deben extender hasta la línea de escisión marcada. Registrar los números de las cassettes para encontrar los lados y otras partes pertinentes.
- Se requieren secciones parasagitales y coroneales del exocérnix y del manguito vaginal.
- Se deben presentar los ganglios linfáticos.

2. Registrar:

- Tipo y grado del tumor (diferenciación)
- Tamaño del tumor en tres dimensiones
- Sitio dominante de aparición
- Profundidad de la invasión y distancia respecto de las líneas de escisión anterior, posterior, izquierda y derecha del parametrio
- Largo del manguito vaginal, y si en los fondos de saco hay tumor invasor o NIC
- Presencia o ausencia de invasión de espacios vasculares
- Número de ganglios linfáticos examinados a cada lado, y número de los comprometidos por metástasis.

Formulario modelo 14.1: Formulario de notificación de histerectomía radical

A14

Anexo 14. Notificación de la presencia de carcinoma cervicouterino

Resumen:

- Tipo de tumor: _____
- Diferenciación: _____
- Situación dominante: _____

- Tamaño (dimensiones máximas): _____ x _____ x _____ mm

- Profundidad máxima de la invasión: _____ mm Situación: _____

- Distancia respecto de las líneas de la escisión:

Anterior _____ mm Posterior _____ mm

Izquierda _____ mm Derecha _____ mm

- Manguito vaginal Anterior _____ mm Posterior _____ mm

- Invasión linfática o vascular:

Ganglios linfáticos (número positivo de metástasis o número examinado):

Íliaco externo izquierdo _____ Íliaco externo derecho _____

Íliaco interno izquierdo _____ Íliaco interno derecho _____

Obturador izquierdo _____ Obturador derecho _____

Otros (especificar) _____

Glosario

G

Glosario

Nota: Las definiciones presentadas en este glosario se refieren a las palabras de la manera utilizada en esta guía. Las definiciones de los diccionarios pueden ser más generales y más amplias.

acetoblanca: área del epitelio cervicouterino que se torna blanca cuando se aplica ácido acético

adenocarcinoma: cáncer con características similares a glándulas; por ejemplo cáncer que surge en el epitelio cilíndrico del conducto cervical

anatomía patológica: el estudio de las enfermedades y su efecto sobre los tejidos corporales

anexos (uterinos): tejidos y órganos situados a los lados del útero; incluyen las trompas de Falopio, los ovarios y los ligamentos

biopsia: extracción de muestras pequeñas de tejido anormal para su examen microscópico con fines diagnósticos

braquiterapia: (o radioterapia interna, o por implante): un tipo de radioterapia en la cual el material radiactivo, sellado en agujas, semillas, alambres o catéteres, se coloca directamente en un tumor o en sus proximidades¹

carcinoma in situ (CIS): fase preinvasora del cáncer que afecta a todo el espesor de la capa de revestimiento, o epitelio, de un órgano (por ejemplo, del cuello uterino) pero no penetra en la membrana basal

citología: el estudio de la estructura de las células con un microscopio; los resultados anormales se confirman generalmente por biopsia

citopatólogo, citotecnólogo, citólogo: personas capacitadas en el examen microscópico de frotis para determinar la presencia o ausencia de células anormales

cobertura: proporción del total de las personas destinatarias que acude a un servicio determinado en un tiempo especificado

cofactor: un factor que contribuye al efecto, o que potencia el efecto, de un agente que causa un cambio; no suele ser activo por sí solo

coilocitosis: trastorno de ciertas células caracterizado por la presencia de vacuolas alrededor del núcleo celular

¹ Crédito: adaptado del Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer, de los Institutos Nacionales de la Salud de los EE. UU. (NCI Dictionary of Cancer Terms).

- colposcopia:** examen del cuello uterino, la vagina y la vulva con un instrumento que emite una luz intensa y magnifica el campo, permitiendo examinar las características de la capa epitelial (la superficie) y de los vasos sanguíneos que la rodean
- condilomas:** (o verrugas genitoanales): estructuras similares a verrugas, causadas por tipos de VPH de bajo riesgo; también se observan en la sífilis crónica
- conización con bisturí frío (CKC):** la extracción de una zona en forma de cono del cuello uterino, incluidas porciones de la parte externa (exocérviX) y de la parte interna (endocérviX) del cuello uterino; generalmente se realiza en un hospital; la cantidad de tejido extirpado dependerá del tamaño de la lesión y de la probabilidad de encontrar un cáncer invasor
- crioterapia:** aplicación de un disco metálico extremadamente enfriado (criosonda) sobre el cuello uterino, y congelación de las áreas anormales (junto con áreas normales) cubiertas por la criosonda, la crioterapia elimina las áreas precancerosas del cuello uterino por congelación (es decir, es un método ablativo)
- criterio de referencia:** una prueba considerada de la más alta sensibilidad y especificidad; se utiliza como medida para comparar las demás pruebas similares
- cáncer cervicouterino microinvasor:** cáncer confinado estrictamente al cuello uterino, de no más de 5 mm de profundidad y 7 mm de ancho; solo se puede diagnosticar por microscopía
- células atípicas:** células observadas en un frotis de Papanicolaou que sugieren una anomalía, pero no son concluyentes
- displasia:** células que parecen anormales al microscopio, pero no son cancerosas²
- educación sanitaria:** un intercambio de información cuya finalidad es aumentar la concientización y los conocimientos sobre cómo mantenerse saludables y prevenir enfermedades, incluida información acerca de los recursos disponibles y los beneficios de tener acceso a los servicios
- efectividad:** el poder de un tratamiento determinado para producir un efecto deseado
- eficacia:** cuán bien funciona un tratamiento para reducir una condición perjudicial en una población destinataria
- eficaz en función de los costos:** califica una actividad o procedimiento que produce, sobre una enfermedad o una afección, un efecto beneficioso adecuado con relación a sus costos (en dinero, equipo o tiempo)

² Crédito: adaptado del Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer, de los Institutos Nacionales de la Salud de los EE. UU. (NCI Dictionary of Cancer Terms).

eficiencia: los efectos o resultados logrados con relación al esfuerzo dedicado, en cuanto a dinero, recursos y tiempo

epidemiología: el estudio de la distribución y los determinantes de los estados o eventos relacionados con la salud (incluida la enfermedad), y la aplicación de ese estudio al control de las enfermedades y otros problemas de salud

epitelio: recubrimiento que comprende una o más capas de células; generalmente protege el órgano que recubre

escisión electroquirúrgica con asa (LEEP): remoción de las áreas anormales del cuello uterino y de toda la zona de transformación utilizando un asa de alambre delgado accionada por una unidad electroquirúrgica; el asa corta y coagula al mismo tiempo, después de lo cual se utiliza un electrodo de bola para completar la coagulación

especificidad: entre las personas que no tienen una afección, proporción de las que una prueba identifica correctamente como tales (negativos verdaderos)

estudio piloto: proyecto experimental que se realiza en una población reducida; generalmente su finalidad es suministrar información sobre desempeño, pero no necesariamente sobre resultados (que se deben estudiar en una población más grande)

evaluación: estimación sistemática y objetiva de la relevancia, la adecuación, el progreso, la eficiencia, la eficacia y las repercusiones de un procedimiento con relación a objetivos y teniendo en cuenta los recursos y establecimientos desplegados

exofítico: se refiere a la tendencia al crecimiento hacia afuera

exploración por tomografía computadorizada (TC), o tomografía axial computadorizada (TAC): una técnica de formación de imágenes radiográficas que genera una visión tridimensional de órganos y tejidos internos; se puede utilizar para diagnosticar enfermedades, planificar un tratamiento o determinar la eficacia de un tratamiento³

extensión: actividades desplegadas fuera de las paredes del establecimiento de salud para llegar a las poblaciones destinatarias con objeto de aumentar el conocimiento de problemas de salud específicos y mejorar el acceso a los servicios de salud

falso negativo: se calcula a partir de la sensibilidad de una prueba; las personas que reciben resultados negativos falsos de una prueba no recibirán el tratamiento que necesitan (porque su estado positivo no fue detectado)

³ Crédito: adaptado del Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer, de los Institutos Nacionales de la Salud de los EE. UU. (NCI Dictionary of Cancer Terms).

falso positivo: se calcula a partir de la especificidad de una prueba; las personas que reciben resultados positivos falsos de una prueba recibirán un tratamiento innecesario

fiabilidad o reproducibilidad: grado en que el tratamiento o la prueba da los mismos resultados cuando se repite muchas veces

fungoso: describe una forma de crecimiento tumoral irregular hacia el exterior

fístula: comunicación anómala entre una víscera hueca y otra. En el cáncer cervicouterino se pueden formar fístulas entre la vagina y el recto, ya sea como resultado de la extensión del cáncer o como una complicación tardía de la radioterapia

histerectomía: cirugía para extirpar el útero, y a veces el cuello uterino (si se extirpan el útero y el cuello uterino, se llama histerectomía total; si se extirpa solo el útero, se denomina histerectomía parcial)⁴

histerotomía: procedimiento quirúrgico para practicar un orificio en el útero

histología: el estudio de la estructura microscópica de los tejidos; un examen histológico emplea secciones finas coloreadas de tejido para determinar la presencia o ausencia de enfermedades

histopatología: el estudio de los cambios causado en los tejidos por las enfermedades; un examen histopatológico emplea los mismos métodos que un examen histológico, pero se realiza en muestras de biopsias de tejido anormal

imagenología por resonancia magnética (IRM): un procedimiento que utiliza ondas de radio y un imán muy potente conectado a una computadora para crear imágenes detalladas de zonas internas del cuerpo (esas imágenes son mejores que las obtenidas mediante tomografía computarizada o mediante radiografías); dichas imágenes pueden mostrar la diferencia entre tejido normal y tejido enfermo⁵

induración: endurecimiento de un tejido, en particular de la piel, causado por edema, inflamación o infiltración neoplásica⁶

infiltración: invasión hacia adentro

inmunocompetente: tener la capacidad de producir una respuesta inmunitaria⁷ normal

⁴ Crédito: adaptado del Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer, de los Institutos Nacionales de la Salud de los EE. UU. (NCI Dictionary of Cancer Terms).

⁵ Crédito: adaptado del Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer, de los Institutos Nacionales de la Salud de los EE. UU. (NCI Dictionary of Cancer Terms).

⁶ Crédito: definición del Mosby's Medical Dictionary, 8th edition, Elsevier, 2009, cited in The Free Dictionary online (medical.dictionary.thefreedictionary.com)

⁷ Crédito: adaptado del Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer, de los Institutos Nacionales

inmunodeprimido (o inmunocomprometido): tener un debilitamiento del sistema inmunitario, es decir una capacidad reducida para resistir ataques de gérmenes y otras sustancias extrañas, como se observa en las personas con VIH

laparoscopia: procedimiento que utiliza un laparoscopio (instrumento delgado similar a un tubo, dotado de una fuente de luz y una lente), que se inserta por la pared abdominal para examinar el interior del abdomen

laparotomía: incisión quirúrgica que se practica en el abdomen

legrado endocervical (LEC): algunas células superficiales del conducto endocervical se raspan suavemente con un instrumento delgado especial o espátula; es un procedimiento sencillo que lleva unos pocos minutos

lesión de grado alto: expresión utilizada en la clasificación de Bethesda para calificar las anomalías cervicouterinas que tienen una probabilidad alta de progresar hacia un cáncer si no se tratan. Incluye NIC2 y NIC3

lesión intraepitelial escamosa (o SIL, por sus siglas en inglés): lesión precancerosa o anomalía de las células escamosas del revestimiento del cuello uterino. La clasificación de Bethesda distingue entre SIL de bajo grado (LSIL, por sus siglas en inglés) y SIL de alto grado (HSIL, por sus siglas en inglés). Esta clasificación se debe usar solo para notificar resultados de pruebas citológicas

membrana basal: capa delgada de tejido situada por debajo del epitelio

menarquia: edad a la cual una joven tiene su primera menstruación

metaplasia: transformación de una clase de tejido en otra, por ejemplo epitelio escamoso en epitelio cilíndrico

metástasis: aparición de un tumor muy similar al tumor de origen o primario en un órgano distante

monitoreo: vigilancia continua de una actividad para ayudar en su supervisión y asegurarse de que proceda de acuerdo con lo planificado; comprende la especificación de métodos para medir actividades, el aprovechamiento de recursos y la respuesta a servicios en comparación con criterios acordados

movilización comunitaria: proceso consistente en atraer a la comunidad y generar su apoyo para todos los necesitados de servicios de salud; esto da lugar a un sentido de pertenencia y participación sostenible de la comunidad

negativo verdadero: se calcula en función de la especificidad de una prueba; quienes reciben resultados negativos verdaderos de una prueba no necesitan tratamiento y no recibirán tratamiento

neoplasia: proceso de formación de tumores o bultos nuevos, a veces malignos

neoplasia intraepitelial cervicouterina (NIC): una afección precancerosa que afecta a la capa de células que reviste (epitelio) el cuello uterino. Puede diagnosticarse utilizando un microscopio. La afección se califica como NIC1, NIC 2 o NIC 3, según el espesor que tenga el epitelio anormal (un tercio, dos tercios o todo el espesor)

oncógeno (u oncogénico): tener potencial o capacidad de causar el crecimiento de células cancerosas o tumores

opioide: un tipo de medicamento empleado para aliviar el dolor fuerte, por ejemplo morfina

orientación: asesoramiento o consejo (generalmente de una persona a otra) de alguien versado con miras a facilitar la toma de decisiones personales; se realiza en general de forma privada y confidencial

parametrio: área situada entre el útero y la pared pelviana

peritoneo: lámina delgada y continua de tejido que recubre las paredes y los órganos del abdomen

persistente: se refiere a las lesiones o enfermedades que no desaparecen al cabo de cierto tiempo

pielografía intravenosa (PIV): examen de radiografías de las vías urinarias (riñones, vejiga y uréteres [los conductos que transportan la orina desde los riñones hasta la vejiga]), que se hacen visibles mediante la inyección de un medio de contraste a base de yodo en una vena de un brazo

positivo verdadero: se calcula en función de la sensibilidad de una prueba; quienes reciben resultados positivos verdaderos de una prueba recibirán el tratamiento que necesitan

prevención primaria: medidas encaminadas a evitar la exposición a las principales causas de una enfermedad; en el caso del cáncer cervicouterino es la prevención de la infección por VPH

prevención secundaria: nivel de la medicina preventiva que se centra en el diagnóstico precoz, el uso de servicios de derivación y el inicio rápido del tratamiento para detener el avance de procesos de enfermedad o de una discapacidad inhabilitante⁸

⁸ Crédito: definición del Mosby's Medical Dictionary, 8th edition, Elsevier, 2009, cited in The Free Dictionary online

prevención terciaria: nivel de la medicina preventiva que apunta a la rehabilitación y el retorno de un paciente a un estado de máxima utilidad con un riesgo mínimo de reaparición de un trastorno físico o mental⁹

pronóstico: previsión de los resultados del tratamiento basada en la experiencia de muchos casos de la misma etapa de la enfermedad tratada de la misma manera

radioterapia: se envían rayos invisibles (radiación hiperenergética) sobre el cáncer y las zonas circundantes afectadas; los rayos penetran en el cuerpo y destruyen las células cancerosas de manera que el cáncer sea eliminado total o parcialmente; las células cancerosas destruidas se eliminan del cuerpo

radioterapia externa (o telerradioterapia): un tipo de radioterapia que emplea un aparato para enfocar rayos de alta energía hacia el cáncer desde el exterior del cuerpo¹⁰

recidiva (de lesiones, de una enfermedad): reaparición de un trastorno que había desaparecido con el tratamiento

recuento de linfocitos CD4: Los CD4 (conglomerado de diferenciación 4) son glucoproteínas encontradas en la superficie de ciertos glóbulos blancos (linfocitos T); el recuento de estos linfocitos indica la fase de la infección por VIH o del sida en un paciente

regresión: desaparición o mengua de una anomalía

sensibilidad: entre las personas que tienen una afección, proporción de las que una prueba identifica correctamente como tales (positivos verdaderos).

síncope: desmayo

tamizaje: intervención de salud pública dirigida a una población asintomática destinataria; no tiene por objeto diagnosticar una enfermedad, sino identificar a las personas con mayor probabilidad de tener la enfermedad misma o un precursor de esta

tamizaje negativo: resultado de un procedimiento de tamizaje que no muestra ninguna anomalía

tamizaje positivo: resultado de un procedimiento de tamizaje que muestra una anomalía

⁹ Crédito: definición del Mosby's Medical Dictionary, 8th edition, Elsevier, 2009, cited in The Free Dictionary online

¹⁰ Crédito: adaptado del Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer, de los Institutos Nacionales de la Salud de los EE. UU. (NCI Dictionary of Cancer Terms).

tasa de curación: porcentaje de un grupo de personas con una enfermedad o afección que se cura mediante un tratamiento específico

tasa de incidencia: número de casos nuevos de una enfermedad en una población definida y un tiempo especificado; por ejemplo, si se producen 500 casos nuevos de cáncer cervicouterino por año en un país con 5 millones de mujeres, la tasa «bruta» (es decir, no normalizada por la edad) de incidencia de dicho cáncer es de 100 por 1 000 000 por año o de 10 por 100 000 por año

tasa de morbilidad: proporción de la población que sufre de una enfermedad particular en un tiempo especificado, a menudo expresada como número de casos por 100 000 habitantes por año

tasa de mortalidad: proporción de la población que muere de una enfermedad particular en un tiempo especificado, a menudo expresada como número de defunciones por 100 000 habitantes por año

tasa de prevalencia: proporción de las personas de una población definida que padecen una afección o enfermedad en un momento determinado

tasa de supervivencia: proporción del total de personas con una afección que siguen vivos después de un cierto tiempo

telerradioterapia: véase “radioterapia externa”

terapia coadyuvante: tratamiento empleado junto con el primario para ayudar a este (véase también: tratamiento primario)

tipos de VPH de alto riesgo (o tipos de VPH oncogénicos): tipos de virus del papiloma humano (VPH) reconocidos como causantes de cáncer cervicouterino (también llamados tipos de VPH oncogénos)

traquelectomía: remoción quirúrgica del cuello uterino, sin remoción del fondo uterino

tratamiento primario (o terapia primaria): primer tratamiento que se intenta generalmente para curar una enfermedad o trastorno

tratamiento secundario (o terapia secundaria): un tratamiento que se puede administrar después de haber utilizado otro (el tratamiento primario)

tratamiento sindrómico: un método de tratamiento de las infecciones basado en el conocimiento de las principales causas de los síntomas presentes; por ejemplo, las infecciones cervicouterina pueden ser tratadas con antibióticos contra la gonorrea y contra la clamidiasis sin necesidad de realizar pruebas para diagnosticar cuál de los dos agentes patógenos está presente

ulceración: corrosión de tejido y formación de una depresión poco profunda; describe algunos tipos de cáncer.

unión escamoso-cilíndrica (UEC): la confluencia entre el epitelio cilíndrico y el epitelio escamoso en el cuello uterino es la unión escamoso-cilíndrica; forma parte de la zona¹¹ de transformación (véase también: zona de transformación)

vacuna bivalente: una vacuna que actúa estimulando una respuesta inmunitaria contra dos antígenos diferentes; por ejemplo, Cervarix es una vacuna bivalente que ayuda a proteger el cuerpo contra la infección por los tipos 16 y 18 de VPH, que causan la mayoría de los casos de cáncer cervicouterino¹²

vacuna tetravalente: vacuna que actúa estimulando una respuesta inmunitaria contra cuatro antígenos diferentes; por ejemplo, Gardasil es una vacuna tetravalente que ayuda a proteger el cuerpo contra la infección por los tipos 6, 11, 16 y 18 de VPH¹³

valor predictivo de un resultado negativo (de una prueba): probabilidad de no tener la enfermedad si el resultado de la prueba es negativo

valor predictivo de un resultado positivo (de una prueba): probabilidad de tener la enfermedad si el resultado de la prueba es positivo

zona de transformación: la zona de transformación cervicouterina es una entidad dinámica formada durante la pubertad; es el área donde el epitelio glandular es reemplazado por epitelio¹⁴ escamoso (véase también: unión escamoso-cilíndrica)

¹¹ Crédito: Mukonoweshuro P, Oriowolo A, Smith M. Audit of the histological definition of cervical transformation zone. *J Clin Pathol.* 2005;58(6):671

¹² Crédito: adaptado del Diccionario de cáncer (<http://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?expand=C>) del Instituto Nacional del Cáncer, de los Institutos Nacionales de la Salud de los EE. UU. (NCI Dictionary of Cancer Terms: www.cancer.gov/dictionary).

¹³ Crédito: adaptado del Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer, de los Institutos Nacionales de la Salud de los EE. UU. (NCI Dictionary of Cancer Terms).

¹⁴ Crédito: Mukonoweshuro P, et al. (2005)

Para más información se pueden poner en contacto con:

Departamento de Salud Reproductiva e Investigación

Organización Mundial de la Salud

Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27, Suiza

Correo electrónico: reproductivehealth@who.int

www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978 92 75 31879 9



9 789275 318799