



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

PTO2: 2015

**PROTOCOLO PARA EL TAMIZAJE Y
TRATAMIENTO DE LESIONES PREMALIGNAS
PARA LA PREVENCIÓN DEL
CÁNCER CÉRVICOUTERINO**

Noviembre, 2015



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

AUTORIDADES

Dra. Edna Yolany Batres

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Dr. Francis Rafael Contreras

Sub-Secretario de Regulación

Dra. Sandra Maribel Pinel

Sub-Secretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Silvia Yolanda Nazar

Directora General de Normalización

Dra. Glady Paz Díaz

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

Dr. Billy Rolando González

Director General de Redes Integradas de Servicios de Salud

APROBACIÓN

Silvia Yolanda Nazar Hernández, Directora General de Normalización, mediante RESOLUCIÓN No. DGN-PT 002: 2015 del 19 de noviembre de 2015, me permito aprobar el Protocolo Sector Salud PTO2: 2015 “Protocolo para el Tamizaje y Tratamiento de Lesiones Premalignas para la Prevención del Cáncer Cérvicouterino”.

**PROTOCOLO
SECTOR SALUD**

PTO2: 2015

Protocolo para el tamizaje y tratamiento de
lesiones premalignas para la prevención del
cáncer cérvicouterino

Número de referencia

PTO2: 2015

ÍNDICE

<i>Página</i>	
1	1 INTRODUCCIÓN
3	2 JUSTIFICACIÓN
6	3 OBJETIVOS
7	4 ALCANCE: USUARIOS, POBLACIÓN DIANA
9	5 ACRÓNIMOS, SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS
10	6 TÉRMINOS Y DEFINICIONES
12	7 METODOLOGÍA
14	8 ASPECTOS GENERALES DEL CÁNCER CÉRVICOUTERINO
20	9 TAMIZAJE Y TRATAMIENTO
25	10 ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS
30	11 TRATAMIENTO
35	12 RECURSOS NECESARIOS
38	13 HERRAMIENTAS DE APLICABILIDAD DIAGRAMAS DE FLUJO/ALGORITMOS
40	14 BIBLIOGRAFÍA
44	15 ANEXOS
	15.1 RESUMEN EJECUTIVO
	15.2 SOLICITUD DE TAMIZAJE PARA CÁNCER CÉRVICOUTERINO
	15.3 HOJA DE RESULTADO DE TEST DE VPH
	15.4 HOJA DE RESULTADO DE IVAA
	15.5 CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA CRIOTERAPIA
	15.6 DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

1 INTRODUCCIÓN

El cáncer cérvicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero debido a la persistencia de serotipos oncogénicos del virus del papiloma humano y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precancerosas de lenta y progresiva evolución.

Para el cáncer cérvicouterino el factor de riesgo más importante es la infección del cuello uterino por el Virus Papiloma Humano o VPH, que se ha reportado con una prevalencia de 50% a 80% en mujeres sexualmente activas, convirtiéndose en la infección de transmisión sexual más común a nivel mundial, ya que en el 80% de mujeres y hombres sexualmente activos existe en algún momento de sus vidas.

De acuerdo a estimaciones de GLOBOCAN el Cáncer Cérvico Uterino (CACU) es uno de los principales padecimientos y la segunda causa de muerte por cáncer, a nivel mundial, en mujeres entre los 35 y 64 años, situación que se observa también en la población hondureña.

Por las estadísticas anteriores consideramos que siendo un problema de salud pública es necesario implementar un método diagnóstico-terapéutico mediante la elaboración de un PROTOCOLO PARA EL TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE LESIONES PREMALIGNAS PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICOUTERINO que tiene por objetivo disminuir la incidencia del cáncer cérvicouterino mediante la detección temprana de lesiones premalignas a través de acciones de tamizaje, diagnóstico temprano y tratamiento, disminuyendo así la morbimortalidad. Este protocolo es auspiciado por la colaboración de UICC, PATH, ASHONPLAFA y la Secretaría de Salud.

Este método consiste en la detección de la infección por VPH, mediante prueba de ADN del VPH y un segundo método de cribaje basado en la visualización de la lesión del cuello uterino mediante la Inspección Visual con Ácido Acético, IVAA y el tratamiento

inmediato utilizando criocauterización del cérvix, para lo cual se ha diseñado el presente protocolo.

La población Diana será la población femenina de veinticinco (25) a sesenta y cuatro (64) años de edad, que han tenido vida sexual y que asisten a la consulta ambulatoria en los diferentes establecimientos de salud, así como, las que sean visitadas en actividades de promoción de la salud en su lugar de residencia.

El documento fue presentado y discutido con el Consejo Consultivo Nacional del Cáncer, nombrado por la Secretaría de Salud, agregándose las sugerencias correspondientes. Posteriormente fue socializado en un grupo de especialistas en Oncología, Ginecología y Anatomía Patológica del Hospital San Felipe, Instituto Nacional Cardiopulmonar, IHSS, Hospital Militar, Liga Contra el Cáncer de San Pedro Sula, Secretaría de Salud y la Sociedad de Ginecología de Honduras, incorporando sus observaciones.

Se pretende que este Protocolo sea una guía de trabajo para los tomadores de decisiones en el Estado, instituciones privadas, expertos en el tema de cáncer, catedráticos de las Facultades de Medicina y Enfermería, otros profesionales del área de la salud responsables de la atención ambulatoria de la mujer, sociedad civil organizada, organismos nacionales e internacionales, grupos comunitarios y otros sectores afines.

2 JUSTIFICACIÓN

El cáncer es una enfermedad que representa un ingente problema de mortalidad y morbilidad a nivel mundial con un alto porcentaje muertes registradas principalmente en África, Asia, América Central y Sudamérica. Análisis de la OMS prevén que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones en 2012 a 22 millones en las próximas dos décadas¹.

El cáncer de cuello uterino sigue siendo un problema de salud pública en Latinoamérica, en el año 2008 más mujeres murieron debido a cáncer cervical que a mortalidad materna. En Honduras ese año se presentaron 230 casos de mortalidad materna, y 490 muertes debido a cáncer de cuello uterino².

Las muertes por cáncer cérvicouterino en toda la Región de las Américas representan un gran número de años de vida potencial perdidos. En 1995, murieron de cáncer cérvicouterino 6,065 mujeres entre los 35 y 64 años de edad en 16 países, lo cual ocasionó la pérdida de 183,487 años de vida potencial. Con base en los datos más recientes proporcionados a la OPS, entre 1996 y 2001, 74,855 mujeres de 13 países latinoamericanos murieron de cáncer cérvicouterino. De ellas, 50,032 tenían entre 25 y 64 años de edad, y su muerte prematura ocasionó más de 1.56 millones de años de vida potencial perdidos³.

En Honduras, el Hospital San Felipe Centro Nacional de Referencia para Pacientes con Cáncer, reporta durante el mismo periodo de 2012 el diagnostico de 1,395 tumores malignos, correspondiendo 998/71.5% a mujeres y 397/28.5% a hombres, con una relación mujer/hombre de 2.51. De las mujeres a quienes se les diagnosticó cáncer, el grupo de edad de 40 a 64 años alcanzó el 55%, siendo mayor el porcentaje en el segmento de 50 a 54 años, con un descenso posterior inversamente proporcional a la edad. El Cáncer de cérvix es el más frecuente de todos los tipos de cáncer atendidos

en la institución con 379/27.1% y el 38% de cáncer en la mujer, el estadio clínico al diagnóstico correspondió el 20.34% In situ, 37.9% local, 22.5% diseminado y un 19% no reportado⁴.

Para el cáncer cérvicouterino un factor de riesgo es la infección del cuello uterino por el Virus Papiloma Humano o VPH. En un metanálisis que incluyó 194 estudios con 1.016.719 mujeres con resultados citológicos normales, la prevalencia global estimada VPH fue del 11,7% con un intervalo de confianza del 95%, 11,6% -11,7% y para América Latina del 16,1%. La distribución de VPH-Edad específica encontrada presenta un primer pico en menores de 25 años y en las Américas y África, un rebrote a edades más avanzadas mayores de 45 años. Los 5 tipos de VPH más frecuentes son VPH-16 (3,2%), VPH-18 (1,4%), VPH-52 (0,9%), VPH-31 (0,8%), y el VPH-58 (0,7%). Para Centroamérica la prevalencia ajustada fue de 13.0% (12.6–13.5)⁵.

En los últimos 30 años se han introducido en algunos países en desarrollo, particularmente en América del Sur y Centroamérica, programas de cribado basados en la citología, sin embargo, en estos países no se ha alcanzado un impacto significativo manteniéndose tasas de mortalidad bastante elevadas⁶. Las principales limitaciones se asocian con bajo porcentaje de mujeres con Papanicolaou, PAP, anormal que son efectivamente seguidas y tratadas; sensibilidad de la prueba entre moderada y baja, lo que obliga a repeticiones frecuentes del tamizaje para reducir el porcentaje de falsos negativos y factores que en su conjunto han contribuido a la baja efectividad de la prevención basada en la citología⁷.

El impacto en los años perdidos de vida, además, del importante impacto en la economía familiar, social, nacional y la notable demanda de servicios de salud, con énfasis en los servicios especializados para tratamiento de lesiones avanzadas, hace imperativa la necesidad de mejorar el acceso y la calidad de la atención, siendo necesario un procedimiento de mejor costo/efectividad, mayor sensibilidad y especificidad y sobretodo de mejor aceptación por la mujer para aumentar la adherencia al seguimiento.

Este método consiste en la detección de la infección por VPH, mediante prueba de ADN

del VPH y un segundo método de cribaje basado en la visualización de la lesión del cuello uterino mediante la Inspección Visual con Ácido Acético, IVAA y el tratamiento inmediato utilizando criocauterización del cérvix, para lo cual se ha diseñado el presente protocolo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Disminuir la incidencia del cáncer cérvicouterino mediante la detección temprana de lesiones premalignas a través de acciones de promoción, tamizaje, diagnóstico temprano y tratamiento disminuyendo así la morbimortalidad.

3.2 Objetivos Específicos

1. Realizar la prueba para la detección del VPH a todas las mujeres mayores de 30 años y menores de 64.
2. Incorporar la autotoma de muestra de VPH a mujeres mayores de 30 años y menores de 64 con problemas de acceso a los servicios de salud.
3. Incorporar la autotoma de muestra de VPH a mujeres mayores de 30 años y menores de 64 que lo soliciten espontáneamente.
4. Realizar IVAA a todas las mujeres mayores de 30 años y menores de 64 años que resulten con prueba VPH positiva.
5. Realizar IVAA a todas las mujeres mayores de 25 años y menores de 30 años.
6. Realizar Tratamiento inmediato con crioterapia a toda paciente VPH positiva y/o que cumplan con los requisitos de acuerdo al IVAA.
7. Aumentar las referencias de toda paciente con lesiones no susceptibles a tratamiento con crioterapia al establecimiento de salud que corresponda.

4 ALCANCE

4.1 Usuarios

El presente material está dirigido a los profesionales de la salud que trabajan en la prevención del cáncer cérvicouterino:

- Médicos Especialistas en Ginecología y Oncología
- Médicos Generales
- Licenciadas en Enfermería
- Catedráticos de las Facultades de Medicina y Enfermería
- Otros profesionales del área de salud responsables de la atención ambulatoria de la mujer.

4.2 Población Diana

Población femenina de veinticinco (25) a sesenta y cuatro (64) años de edad, que han tenido vida sexual y que asisten a la consulta ambulatoria en los diferentes establecimientos de salud, así como, las que sean visitadas en actividades de promoción de la salud en su lugar de residencia.

Se excluyen de este protocolo las mujeres:

- Menores de veinticinco (25) y mayores de sesenta y cuatro (64) años de edad.
- Sin inicio de vida sexual.
- Durante el embarazo o que sospechen de estarlo.
- Que presentan infección genital, durante su tratamiento.
- Con sangrado menstrual abundante.

- Que han tenido diagnóstico y/o tratamiento previo por lesión preinvasora y/o cáncer del cuello uterino.
- Que se les haya practicado histerectomía total.
- Pacientes con enfermedad mental severa.

Las mujeres no sujetas a este protocolo se captarán según lo establecido en el Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención y Control del Cáncer Cérvicouterino y Lineamientos para la Implementación del Procedimiento sobre la Nueva Técnica para la Toma de la muestra de Citología Cervical aprobados por la Secretaría de Salud.

5 ACRÓNIMOS, SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS

ADN	Ácido Desoxirribonucleico
ASCUS*	Células Escamosas Atípicas de Significado Incierto
ASHONPLAFA	Asociación Hondureña de Planificación Familiar
GLOBOCAN	Proyecto llevado a cabo por la IARC que tiene como objetivo proporcionar las estimaciones actuales de incidencia y mortalidad de los principales tipos de cáncer, a nivel nacional, para todos los países del mundo.
IARC	International Agency for Research on Cancer
ITS	Infección de transmisión Sexual
IVAA	Inspección Visual con Ácido Acético
LA	Latinoamérica
LIEBG	Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado.
LIEAG	Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado.
MSP	Magister en Salud Pública
NIC/CIN*	Neoplasia Intraepitelial Cervical
OMS/WHO*	Organización Mundial de la Salud
OPS/PAHO*	Organización Panamericana de la Salud
PAP	Test de Papanicolaou
PATH*	Programa para la Apropiaada Tecnología en Salud
SESAL	Secretaría de Salud
UICC	Unión Internacional Contra el Cáncer
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus Papiloma Humano
UNFPA*	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF*	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

* por sus siglas en inglés

6

TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Ácido acético: solución de vinagre diluida del 3 al 5%, que se aplica al cuello uterino para determinar más fácilmente la presencia de tejido cervical anormal.

Biopsia en cono: Procedimiento quirúrgico para extraer una muestra de tejido cérvicouterino en forma de cono para efectuar el análisis histopatológico.

Biopsia en sacabocados: método por el cual se extrae una muestra pequeña de tejido para el análisis histológico.

Carcinoma in situ, localizado o preinvasor: cambios celulares anaplásicos en el epitelio escamoso estratificado que no atraviesa la membrana basal y que puede evolucionar a cáncer invasor.

Carcinoma Invasor: células con cambios anaplásicos en el epitelio escamoso estratificado que atraviesan la membrana basal e infiltran estratos profundos del tejido.

Crioterapia: método de tratamiento ambulatorio que emplea temperaturas de -60°C a -89°C para congelar y destruir el tejido anormal.

Colposcopía: Exploración o examen visual del conducto vaginal y del cuello del útero mediante un aparato óptico que amplifica las imágenes: el colposcopio.

Cribado / Tamizaje: es un anglicismo utilizado para indicar una estrategia de selección aplicada sobre una población para detectar una enfermedad en individuos sin signos o síntomas de esa enfermedad.

Displasia del cuello uterino: desarrollo celular anormal del epitelio cervical. También definido como neoplasia intraepitelial cervical

Escisión electroquirúrgica con asa o LEEP, por sus siglas en inglés: Método ambulatorio de biopsia y tratamiento por ablación que se utiliza para eliminar toda la zona de transición mediante un electrodo delgado cargado con corriente alterna de bajo voltaje y alta frecuencia.

Especificidad: La proporción de los negativos verdaderos que son identificados como negativos.

IVAA o Inspección visual con ácido acético: observación a simple vista del cuello uterino después de la aplicación de una solución de ácido acético.

IVAA positivo: Lesiones acetoblancas que cumplen con los criterios establecidos de color blanco mate, bien circunscritas, con bordes bien definidos contiguos a la unión escamo-columnar, de desvanecimiento lento durante la observación posterior al minuto de aplicación del ácido acético al 3 – 5 %.

LIEAG: Lesión escamosa de alto grado, hallazgos compatibles con Neoplasia intraepitelial cervical grado moderada o II, severa o III.

LIEBG: Lesión escamosa de bajo grado, hallazgos compatibles con infección de VPH y Neoplasia intraepitelial cervical grado leve o I.

Sospecha clínica de Cáncer Cérvicouterino: Presencia de signos o síntomas patológicos que, a la colocación del espejulo o al aplicar el ácido acético, presenta una lesión cervical proliferativa y/o sangrante y/o friable, con o sin antecedentes de sangrado genital.

Sensibilidad: La proporción de los positivos verdaderos que son identificados como positivos.

Sistema de clasificación de Bethesda⁸: un sistema propuesto en 1988 por el Instituto Nacional del Cáncer de los EE.UU., que utiliza dos grados solamente para notificar afecciones precursoras de cáncer cérvicouterino: lesiones intraepiteliales escamosas bien diferenciadas de grado bajo (LIEBG), que abarcan la atipia celular y el NIC I; y las lesiones intraepiteliales escamosas de grado alto (LIEAG), que comprenden el NIC II, III y el CIS.

Serotipo: Categoría en la que se clasifican los microbios o los virus según su reacción en presencia de suero que contiene anticuerpos específicos.

Valor predictivo positivo: proporción de mujeres que tienen enfermedad entre aquellas cuyos resultados de las pruebas fueron positivos.

Zona de transición: zona ubicada en la superficie del cuello uterino, compuesta de epitelio glandular cilíndrico hasta el inicio de la pubertad, cuando es reemplazado gradualmente por epitelio escamoso, similar al recubrimiento de la vagina.

7 METODOLOGÍA

Este documento surge de una iniciativa de la Secretaría de Salud, UICC, PATH y ASHONPLAFA, para la implementación de un proyecto piloto de detección del ADN del VPH, seguido de tamizaje con IVAA y tratamiento inmediato de las lesiones accesibles, para aumentar el impacto en la detección y tratamiento de las lesiones precancerosas.

Para este fin se formó un grupo de trabajo integrado por especialistas de las organizaciones antes citadas el que elaboró un documento inicial mediante la revisión de Guías Nacionales de Argentina, Guatemala y El Salvador, protocolos y consensos internacionales publicados por OPS/OMS, PATH, American Cancer Society, IARC y nacionales por la Secretaría de Salud, Plan Nacional contra el Cáncer, Registro Hospitalario de Cáncer Hospital San Felipe y publicaciones que actualicen los consensos seleccionados de 2009 a 2015.

El documento fue presentado y discutido con el Consejo Consultivo Nacional del Cáncer, nombrado por la Secretaría de Salud, agregándose las sugerencias correspondientes. Posteriormente fue socializado en un grupo de especialistas en Oncología, Ginecología y Anatomía Patológica del Hospital San Felipe, Instituto Nacional Cardiopulmonar, IHSS, Hospital Militar, Liga Contra el Cáncer de San Pedro Sula, Secretaría de Salud y la Sociedad de Ginecología de Honduras, incorporando sus observaciones.

Se organizó un comité constituido por personal de la Secretaría de Salud el cual realizó observaciones las cuales fueron incluidas. Asimismo se realizó una reunión para dar a conocer y validar el documento donde participaron profesionales del Hospital General San Felipe, Hospital Escuela Universitario, Instituto Cardiopulmonar, Secretaría de Salud y de la Liga Hondureña Contra el Cáncer de San Pedro Sula.

Los instrumentos de recolección de datos fueron validados y durante la capacitación surgieron observaciones para ajustarlos.

Se generó un documento final que fue aprobado por la Dirección General de Normalización de la Secretaría de Salud, previo a su publicación.

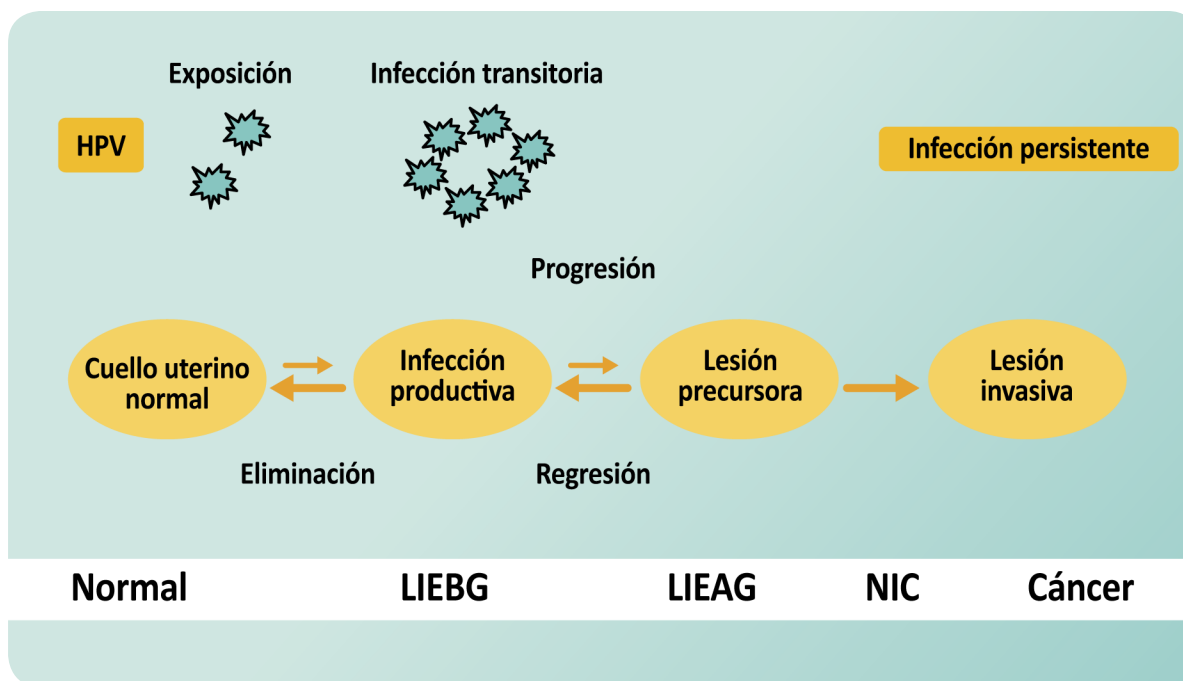
8

ASPECTOS GENERALES DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

8.1 Definición

El cáncer cérvicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero debido a la persistencia de serotipos oncogénicos del virus del papiloma humano y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precancerosas de lenta y progresiva evolución. La lesión precancerosa o premaligna se denomina Lesión Intraepitelial Escamosa que puede existir en cualquiera de los estadios siguientes: Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto o Bajo Grado.

Fig. No. 1: Evolución natural del cáncer cérvicouterino



Adaptado de: Cervix cancer screening. Lyon, IARC Press, 2005 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 10)⁹.

8.2 Diagnóstico de una Neoplasia Intraepitelial Cervicouterina (NIC)

El diagnóstico de una NIC se establece por examen histopatológico de una biopsia cervical con sacabocados o una muestra de escisión o cono. Se valora si una muestra

tisular cervical presenta NIC y en qué grado, en función de las características histológicas de diferenciación, maduración y estratificación de las células y de las anomalías de sus núcleos. Para clasificar la NIC se observa la proporción del espesor epitelial que presenta células maduras y diferenciadas. Los grados más avanzados de NIC suelen tener una mayor proporción de espesor epitelial con células indiferenciadas y solo una delgada capa superficial de células maduras diferenciadas⁹.

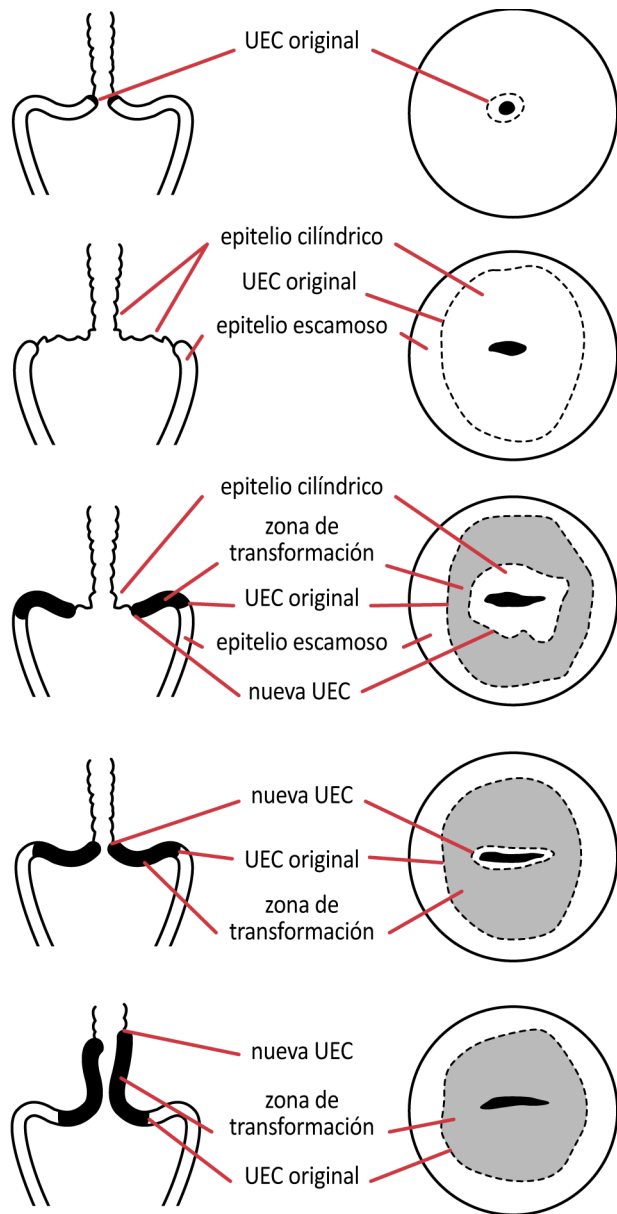
8.3 Anatomía del Aparato Reproductor Femenino

El útero está formado por dos zonas distintas en forma y en función: el cuerpo uterino y el cérvix o cuello uterino. El cuerpo, al que están unidas las trompas de Falopio, está separado del cérvix por el istmo uterino. El cérvix se comunica con el istmo en su extremo superior y con la vagina en el extremo inferior; el orificio cervical externo, mediante el cual el cérvix desemboca en la vagina, puede visualizarse mediante examen genital utilizando un espéculo. El cérvix consiste de dos porciones: una externa o exocervix, y una interna o endocervix, el cual recubre el orificio y el canal endocervical.

Entre ambas zonas se encuentra la unión escamocolumnar o zona de transición, la cual puede ser un área delgada o ancha en la superficie del cérvix; es en este lugar donde ocurren el 90% de los cambios anormales del cérvix, dando lugar a las lesiones premalignas.

Durante la adolescencia las células cervicales son más vulnerables a los cambios precancerosos producidos por los agentes etiológicos. Durante la edad reproductiva de la mujer, las células escamosas maduras, usualmente cubren casi la mitad del cérvix y la zona de transición usualmente es visible. Al llegar a la menopausia la zona de transición se traslada hacia el canal endocervical¹⁰.

Fig. No. 2: Reconocimiento de la Unión Escamo-Columnar



a. Desde el nacimiento a la prepubertad: La zona de unión escamoso-cilíndrica está presente en la niña desde que ésta nace y se encuentra en el orificio externo o cerca de éste.

b. Desde la menarquia a la edad reproductora precoz: En la pubertad, cuando los ovarios empiezan a segregar estrógeno, el cuello uterino crece de tamaño y las células cilíndricas del endocérnix y de la UEC original se vuelven visibles en el exocérnix.

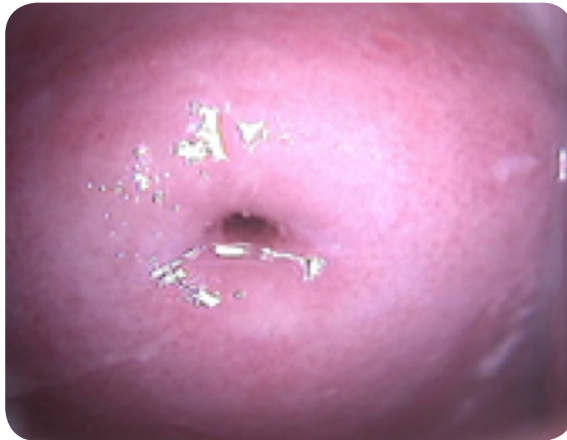
c. En las mujeres treintañeras: Bajo la influencia del estrógeno tiene lugar el proceso normal de maduración conocido como metaplasia escamosa, y tanto la UEC original como la nueva son visibles.

d. En las mujeres perimenopáusicas: Conforme envejecen las mujeres y disminuye la influencia del estrógeno al acercarse la menopausia, el cuello uterino se encoge y el epitelio cilíndrico y la zona de transformación retroceden desde el exocérnix hacia el interior del conducto cervicouterino.

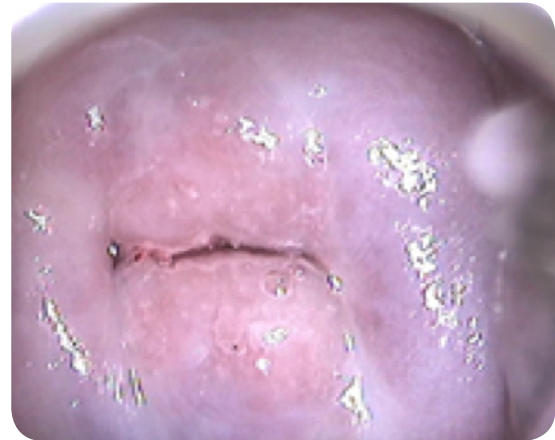
e. En las mujeres posmenopáusicas: Sin la estimulación del estrógeno, la UEC original sigue siendo visible durante el examen con espéculo, pero la nueva UEC y una porción variable del epitelio metaplásico de la zona de transformación se han retirado al interior del conducto cervicouterino.

Fuente: Sellors JW, Sankaranarayanan R. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. Manual para principiantes. Lyon, IARC Press, 2002¹¹.

Fig. No. 3: Imagen Macroscópica del Cérvix



Orificio cervical externo de nulípara



Orificio cervical externo de múltipara

Fuente: Colección privada de Clínica de Colposcopia y atención integral a la mujer. 2015¹².

8.4 Factores de riesgo

Los factores de riesgo del cáncer cérvicouterino¹³ están relacionados con características tanto del virus como del huésped y son:

1. Edad temprana en la primera relación sexual.
2. Mujer que ha tenido múltiples compañeros sexuales pasados y presentes
3. Un compañero que ha tenido múltiples compañeras sexuales pasadas o presentes.
4. Inmunosupresión o infección por VIH.
5. Exposición a ITS como Herpes virus, Chlamydia, etc.
6. Inhalar humo de tabaco, humo de leña u otro producto que contenga sustancias cancerígenas.

8.5 Etiología del cáncer cérvicouterino (CACU)

El CACU es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres entre los 35 y 64 años a nivel mundial. De acuerdo a estimaciones de GLOBOCAN 2012, en la población hondureña se diagnosticaron 7,431 casos nuevos de cáncer; correspondiendo 4,345 a mujeres y 3,086 a la población masculina; el cáncer cérvicouterino alcanza 991 casos o el 22.8% y la mortalidad 417 casos para un 15.7%¹⁴.

Para el cáncer cérvicouterino el factor de riesgo más importante es la infección del cuello uterino por el Virus Papiloma Humano o VPH, que se ha reportado con una prevalencia de 50% a 80% en mujeres sexualmente activas¹⁵, convirtiéndose en la infección de transmisión sexual más común a nivel mundial, ya que en el 80% de mujeres y hombres sexualmente activos existe en algún momento de sus vidas. A pesar de su alta prevalencia, el VPH rara vez provoca síntomas, por lo que muy pocas personas saben que están infectadas. El pico máximo para la adquisición del VPH tanto por hombres como por mujeres, es al poco tiempo de volverse sexualmente activos.

Las infecciones por el VPH generalmente se resuelven sin ninguna intervención a los pocos meses después de haberla adquirido y aproximadamente el 90% desaparecen en el lapso de dos años¹⁶.

Los 14 serotipos de VPH de alto riesgo oncogénico son: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68.

Se estima que sólo el 5% de las mujeres infectadas con alguno de estos tipos de VPH contraen infecciones persistentes, las cuales pueden generar las lesiones.

En la mujer, la infección por VPH puede producir alteraciones en el desarrollo de las células cervicales o displasia. Es bastante frecuente que tras meses de ocurrida la infección el VPH provoque displasias de bajo grado o lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIEBG). La mayoría de las lesiones de bajo grado remiten espontáneamente. Las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (LIEAG) son menos comunes y pueden surgir tanto por una progresión de las lesiones de bajo grado o directamente de la infección persistente por VPH. La mayoría de estas lesiones de alto grado remiten por sí solas y algunas progresan a carcinoma invasor.

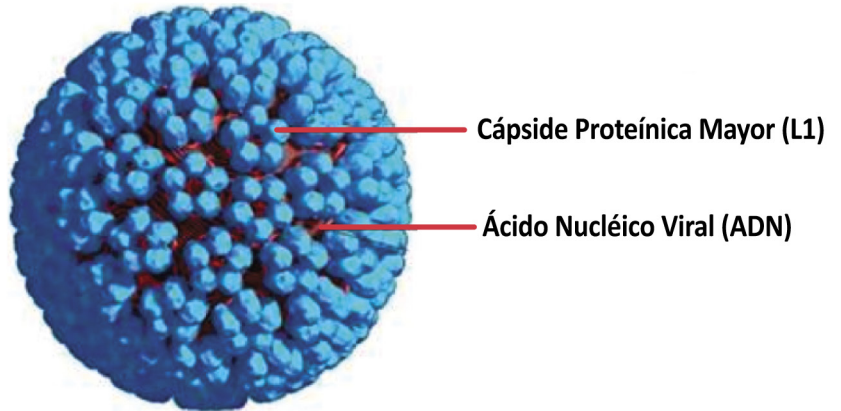
Fig. No. 4: Factores de Riesgo

Virus del Papiloma Humano

Clasificación Epidemiológica del VPH asociados a Cáncer de Cérvix.

Serotipos de VPH carcinogénicos de alto riesgo: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68.

Los serotipos 16 y 18 son causantes de aproximadamente el 70% de cánceres del cuello uterino.



Fuente: N Eng J Med 348.6 february 6, 2003. Muñoz et cols. Muñoz N y col. Int J cancer; 111:278-85¹⁷.

Es importante señalar que en la mayoría de los casos, sobre todo en las mujeres más jóvenes, las infecciones por VPH de alto riesgo oncogénico son transitorias y remiten solas sin producir ninguna displasia^{9, 18}.

Estos tipos de VPH están además asociados a una variedad de lesiones malignas como el carcinoma invasor de la zona ano-genital: pene, ano, cuello uterino, vulva. Los subtipos 16 y 18 han sido identificados como los más prevalentes en el cáncer cervicouterino, alcanzando esta relación hasta un 66%.

El riesgo de desarrollar cáncer depende, además del subtipo, del estado inmunológico de la persona y de condiciones ambientales. En mujeres con sistemas inmunológicos normales, toma aproximadamente de 15 a 20 años el que se desarrolle cáncer cervicouterino. Sin embargo, puede tomar de 5 a 10 años el desarrollo del cáncer en las mujeres con sistemas inmunológicos debilitados, como es el caso de portadoras del VIH, aún si reciben tratamiento antirretroviral¹⁹.

9 TAMIZAJE Y TRATAMIENTO

9.1 Estrategias de “*Tamizaje y Tratamiento*” de las Lesiones Precancerosas del Cérvix

Por desgracia, la mayoría de las mujeres que viven en los países en desarrollo todavía carecen de acceso a programas de prevención de cáncer cérvicouterino. El resultado es que, a menudo, dicho cáncer se detecta cuando ya es demasiado tarde para curarlo.

En los últimos años ha crecido la evidencia científica acerca de la baja efectividad del tamizaje en población adolescente y adultas jóvenes²⁰.

En el Hospital San Felipe, durante 2010-2012 el porcentaje de cáncer de cérvix en menores de treinta años fue de 6.4% (78/1219), en algunos estudios la tasa de mortalidad por CACU en mujeres menores de 24 años es menor a 0.1x10,000, que corresponde a menos del 1%. En vista del impacto limitado en la reducción de la incidencia y mortalidad, tomando en cuenta esta evidencia, la reunión de expertos sobre tamizaje de cáncer de cuello de útero realizada por la IARC-OMS, en 2005, estableció como una de sus principales conclusiones que no se recomienda el tamizaje en mujeres de menos de 25 años⁹.

En el año 2009 se realizó una revisión y consenso acerca de la edad de inicio del tamizaje para definir una política sanitaria a incorporar en el Programa de Prevención de Cáncer Cérvicouterino del Reino Unido y a través del análisis de la totalidad de los casos de cáncer de mujeres de menos de 25 años se concluyó que el tamizaje en este grupo de edad no tiene impacto en la disminución del riesgo de CACU^{21, 22, 23}.

Basado en esta evidencia, el Programa de Prevención de Cáncer Cérvicouterino de Inglaterra acordó que no se debería bajar la edad de inicio a menos de 25 años^{24, 25}.

En estos grupos, la consulta ginecológica debería estar orientada a la consejería en

salud sexual, sin necesidad de su inclusión en el tamizaje cervical²⁶.

En la reunión de expertos llevada a cabo por la IARC en el año 2004, se concluyó que el tamizaje cada tres-cinco años permite reducir la incidencia de CACU en por lo menos un 80%, y que no hay evidencia de que el tamizaje anual en cualquier grupo de edad resulte en una mayor efectividad en la reducción de la incidencia o mortalidad por esta causa⁹.

9.1.1 Citología Cervicovaginal

La prueba de Papanicolaou se ha utilizado para tamizaje y así reducir la incidencia y mortalidad de cáncer cervical. Los programas de cribado basados en la citología se han introducido en los últimos 30 años en algunos países en desarrollo, particularmente en América del Sur y Centroamérica, sin embargo, en estos países no ha alcanzado un impacto significativo manteniéndose tasas de mortalidad bastante elevadas. Aunque la calidad de la recolección, la fijación, tinción de los frotis y la presentación de informes por los técnicos y citopatólogos bien entrenados es buena, su sensibilidad es sólo moderada. Los resultados de meta-análisis sugieren que el cribado citológico estima que la citología tiene una sensibilidad media de 58% y una especificidad media de 69%. Además, las estimaciones de la sensibilidad de la citología convencional por lesiones de alto grado varían mucho en los estudios individuales, tanto como 30% al 87% (media 47%). Errores en ambos, muestreo y detección, probablemente contribuyen a la baja a moderada sensibilidad de la citología³.

Además, se requiere personal altamente entrenado para una evaluación ginecológica y toma de muestra y para la lectura e interpretación de las láminas, capacidades que son escasas en nuestro país. Aunado a esto, el seguimiento de las pacientes se ve afectado por el tardío reporte del resultado y pobre respuesta a nivel local. Otro factor importante detectado es la poca concientización sobre la importancia de la prueba, condicionando un alto porcentaje de deserción de las pacientes.

9.1.2. Inspección Visual con Ácido Acético, IVAA

Aunque Ottaviano y La Torre publicaron los resultados de su estudio²⁷ que demostró que la IVAA, que permite una detección y tratamiento mucho más tempranos de

las lesiones precancerosas, encontramos que la sensibilidad de la IVAA ha variado ampliamente entre el 41 y el 79% en múltiples estudios en todo el mundo, mientras que la especificidad varió ampliamente entre el 49 y el 86%; estudios recientes han mostrado que en las neoplasias intraepiteliales cervicales (CIN2+), la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo positivo y negativo de la IVAA fueron 80, 82.6, 47.6 y 95.4% respectivamente, en comparación con la citología que mostró 60.5, 59.6, 22.4 y 88.7% para las células escamosas atípicas de significado incierto o grave (ASCUS+), 60.5, 64.6, 24.8 y 89.4% para las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LSIL+) y el 20.9, 96.0, 50.0 y 86.3% para lesiones escamosas de alto grado (HSIL+)²⁸.

Fig. No. 5: Importancia Clínica de las Lesiones Acetoblancas

Importancia Clínica de las Lesiones Acetoblancas



Áreas acetoblancas gruesas bien definidas, que aparecen en la ZT, y pueden proyectarse tanto al exocérnix como al endocérnix.

EPITELIOS ACETOBLANCOS SIN IMPORTANCIA



Lejos de UEC.



Áreas acetoblancas difusas sin contorno definidos.



La apariencia linear acetoblanca es insignificante.



Áreas circulares tenues en el endocérnix.

Fuente: Adaptado de Juego de Fichas Visuales. Jhpiego corporation.2007²⁹.

9.1.3 Detección del ADN del Virus Papiloma Humano, ADN/VPH

Un método más actual consiste en la identificación de los tipos de virus del papiloma humano asociados con el cáncer cérvicouterino en una muestra de células tomadas del cuello uterino o de la vagina mediante varias pruebas existentes en el comercio que identifican el ADN del VPH.

Además, desde hace poco menos de una década se ha introducido la técnica de autotoma de muestra para VPH, la cual es bastante aceptada, con proporciones considerables de aceptación por las mujeres tamizadas, desde un 81% en Nicaragua y 86% en Argentina, hasta 99.5% en Uganda. La Aceptabilidad es similar en poblaciones tanto urbanas como rurales³⁰.

La autotoma brinda ciertas ventajas a las mujeres, como la disminución del pudor y del miedo y es una opción para las mujeres con poca accesibilidad geográfica a los servicios de salud. Al sistema de salud, le permite incrementar la cobertura ya que no requiere de personal especializado, utiliza escasos insumos, se puede hacer en las comunidades, aún en las más alejadas y permite una tasa de detección de lesiones precancerosas superior a la del Papanicolaou³¹.

En un estudio realizado en Honduras, en 2009, para detectar la prevalencia del VPH en mujeres con citología cervicovaginal normal se demostró una prevalencia global del 51%; la mayor incidencia de los serotipos asociados al cáncer cérvicouterino se observó en mujeres menores de 35 años, que representa un 15%³².

El impacto en los años de vida perdidos, además, el importante impacto en la economía familiar, social, nacional y la notable demanda de servicios de salud, con énfasis en los servicios especializados para tratamiento de lesiones avanzadas, hace imperativa la necesidad de mejorar el acceso y la calidad de la atención, para lo que se propone el tamizaje inicial de pacientes con la técnica de tamizar y tratar con la prueba rápida de detección del VPH, seguido de segundo tamizaje con IVAA a los casos positivos y finalmente tratamiento ablativo.

En las estrategias de “tamizaje y tratamiento”, la crioterapia es el tratamiento de primera elección para las mujeres que sean elegibles; es decir, que cumplan los requisitos necesarios para la administración de este tratamiento. En las mujeres evaluadas como no elegibles para crioterapia, la escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) es el tratamiento alternativo. Se recomienda no utilizar la conización con bisturí en una estrategia de “tamizaje y tratamiento”.

10 ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS

10.1 Tamizaje

10.1.1 Autotoma de muestra para VPH³²

- El Técnico en Salud Ambiental visita las candidatas a tamizaje y después de explicar la importancia y el mecanismo del procedimiento, le entrega el kit de toma de muestra.
- Para la toma de la muestra se utiliza un cepillo especialmente diseñado y un pequeño tubo colector que contiene un medio líquido.
- La toma de la muestra se realiza en un lugar con privacidad.
- La mujer busca una posición cómoda, puede ser en cuclillas, parada, con una pierna subida a una silla, recostada en su cama con piernas flexionadas o con la ayuda o asistencia del compañero de hogar.
- Con manos limpias coloca el tubo destapado en posición vertical, para no derramar el líquido.
- Toma el cepillo y lo introduce suavemente en vagina, hasta que tope.
- Gira el cepillo tres veces, lo saca de vagina con la muestra de células del cuello del útero.
- La punta del cepillo se introduce en el tubo, se parte el bastoncillo por la muesca y a continuación coloca la tapa del tubo cerrándolo firmemente.
- Entrega el tubo al Técnico en Salud Ambiental, que ha llenado el formulario correspondiente, para ser enviado al laboratorio de VPH donde es analizada para establecer la presencia o ausencia de ADN de 13 tipos de VPH de alto riesgo oncogénico.

Fig. No. 6: Pasos de la Autotoma de muestra para test de VPH

1



Elige un lugar de tu casa donde con tranquilidad y privacidad puedas tomar la muestra.

2



- Lave sus manos
- Destape el frasco y con cuidado colóquelo en una superficie firme para que el líquido no se derrame. Coloque el tapón hacia arriba.

3



Quítese su ropa interior y busque una posición cómoda, puede ser en cuclillas, parada o acostada sobre una cama.

4



- Tome el cepillo e introdúzcalo suavemente en la vagina hasta que tope.
- Gire el cepillo 3 veces y sáquelo de la vagina.

5





- Introduzca el cepillo dentro del tubo.
- Quiébrelo por la parte marcada.
- Coloque el tapón.

6



Entréguelo al personal de salud para que lo lleve a analizar al laboratorio de VPH.

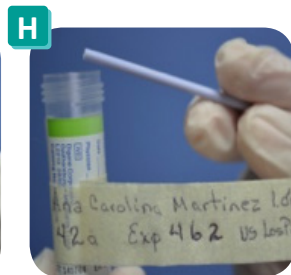
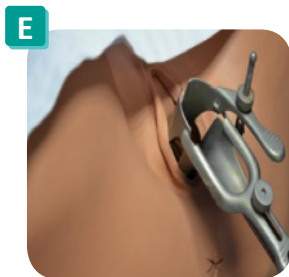
Fuente: Unidad de Gestión de la Información. Secretaría de Salud. 2015³³.

10.1.2 Toma de muestra

- Para la toma de la muestra se utiliza un cepillo especialmente diseñado y un pequeño tubo colector que contiene un medio líquido.
- La toma de la muestra es similar a la del Pap: la mujer se recuesta en una camilla y un profesional de la salud mediante visualización con espéculo, extrae con el cepillo una muestra de células del cuello del útero.
- Si la paciente ha tenido relaciones sexuales durante las últimas veinticuatro horas, retirar el exceso de secreción en vagina.
- Preparación: Retire el exceso de mucosidad el orificio externo del cuello uterino y de los alrededores del exocérnix con una torunda de algodón.

- Introduzca el cepillo entre 1 y 1,5 cm en el orificio externo del cuello uterino hasta que las cerdas exteriores del cepillo toquen el exocérvix. Hágalo girar tres veces por completo en sentido contrario a las agujas del reloj. No introduzca completamente el cepillo en el canal cervical. Retire el cepillo del canal. Evite que las cerdas toquen la parte exterior del tubo o cualquier otro objeto.
- Introduzca la punta del cepillo en el fondo del tubo de transporte. Parta el bastoncillo en la marca del borde, dejando la punta del cepillo dentro del tubo.
- Vuelva a colocar la tapa en el tubo, ajustándola firmemente.
- Envíe la muestra al laboratorio de VPH donde es analizada para establecer la presencia o ausencia de ADN de 13 tipos de VPH de alto riesgo oncogénico.
- Es fundamental que todas las mujeres reciban los resultados de su prueba, sean éstos negativos o positivos. Recibir el resultado de la prueba de VPH es un derecho de todas las mujeres.

Fig. No. 7: Instrucciones para la recolección de la muestras cervical para prueba del ADN del VPH



A. Pregunte a la mujer si ya recibió la consejería y si existen dudas sobre la prueba del Virus Papiloma Humano (VPH).

B. Revise si cuenta con todos los materiales para la recolección de la muestra:

1. Guantes
2. Especulo
3. Tubo colector con medio líquido
4. Cepillo endocervical (Consérvelo en el Kit hasta paso F)
5. Hisopos con algodón

C. Llene la boleta de solicitud de tamizaje.

D. Rotule el tubo colector colocando cinta de maskin tape que debe contener:

1. Nombre completo
2. Edad
3. Número de expediente
4. Unidad de salud
5. Abra el tubo colector y colóquelo en una superficie firme

E. Explique a la paciente como deberá colocarse en la camilla:

1. Coloque el especulo
2. Retire el exceso de mucosidad con el hisopo

F. Pasos para recolección de la muestra:

1. Extraiga el cepillo, sin tocar las cerdas con las manos, introduzca el cepillo entre 1 a 1.5 cm en el orificio externo del cérvix hasta que las cerdas exteriores del cepillo toquen el exocervix.
2. Hágalo girar 3 veces en sentido contrario a las agujas del reloj, no introduzca completamente el cepillo en el canal cervical.
3. Retire el cepillo sin que toque las paredes de la vagina.

G. Introduzca el cepillo hasta el fondo del tubo colector

H. En el borde del tubo quiebren la varilla en la marca, dejando la punta del cepillo dentro del tubo.

I. Vuelva a colocar la tapa en el tubo colector, cerciórese que quede bien cerrado.

J. Coloque el tubo colector en la gradilla contenida en el termo para su transporte.

Fuente: Unidad de Gestión de la Información. Secretaría de Salud. 2015³³.

10.1.3 IVAA³⁴

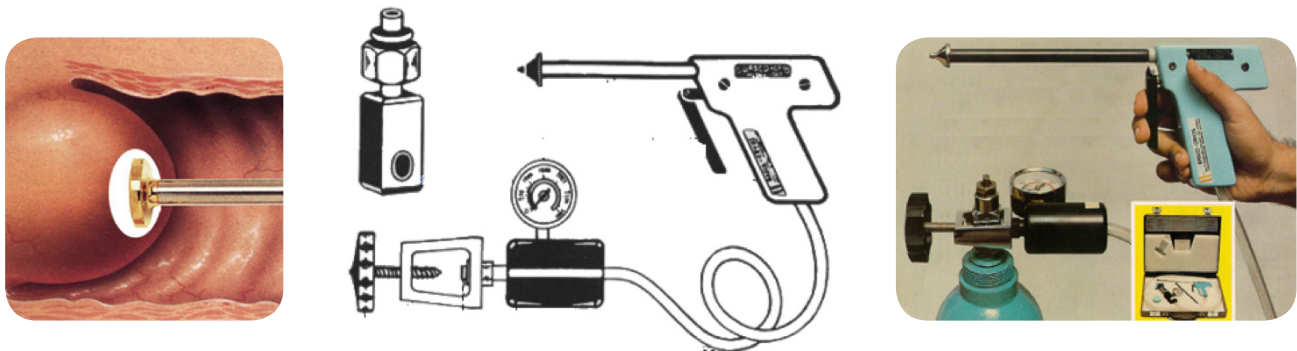
- Explique el procedimiento, la forma en que se realiza y el significado de un resultado positivo.
- Cerciórese de que la mujer lo ha entendido y obtenga el consentimiento informado.
- Practique un examen con espéculo.
- Ajuste la fuente de luz blanca a fin de visualizar cuello uterino de la mejor forma posible.
- Use un hisopo de algodón para eliminar cualquier exudado, sangre o mucosidad del cuello uterino.
- Identifique la unión escamosa-cilíndrica y la región adyacente.
- Aplique un algodón impregnado de solución de ácido acético sobre el cuello del útero; ejerza presión moderada y aguarde uno o dos minutos para que se produzca el cambio de color. Observe si ha variado el aspecto del cuello uterino. Preste especial atención a las anomalías que estén cerca de la zona de transición.
- Examine atentamente la unión escamoso-cilíndrica y cerciórese de que puede verla por completo. Anote si el cuello uterino sangra con facilidad. Busque placas sobresalientes y engrosadas o epitelio acetoblanco. Elimine la sangre o las partículas residuales generadas durante el examen.
- Utilice un hisopo fresco para eliminar los restos de solución de ácido acético del cuello del útero y la vagina.
- Si está en presencia de IVAA positivo central, no multicéntrico y no mayor a 2 mm alrededor de la criosonda, proceda a ablación con crioterapia
- Si está en presencia de IVAA positivo que no cumple con los requisitos anteriores o de IVAA dudoso, refiérala al centro de salud de mayor complejidad.
- Retire delicadamente el espéculo.

11 TRATAMIENTO

11.1 Crioterapia

- Explique el procedimiento y por qué es importante el tratamiento adicional como se solicitó. Compruebe que la mujer lo haya entendido y obtenga el consentimiento informado.
- Muéstrela el material de crioterapia y explíquele cómo lo utilizará para congelar las zonas anómalas del cuello uterino.
- Prepare a la paciente para la exploración ginecológica y efectúe un examen con espéculo.
- Si no hay signos de infección, proceda con la crioterapia.
- Si hay signos de infección cérvicouterina, proporcione tratamiento. Un mes después, puede proceder con la crioterapia o dar cita a la paciente para que vuelva cuando la infección sane.
- Evalúe, mediante el IVAA, que toda la lesión esté en el exocérvix, sin invadir la vagina ni el endocérvix.
- Cerciórese que pueda cubrir adecuadamente la lesión con la mayor criosonda disponible de 2.5 cm, de la cual la lesión no sobrepasa más de 2 mm.
- Cerciórese que no haya NIC confirmada por biopsia o colposcopia y que no se evidencie cáncer invasor.
- Cerciórese que no haya descarga menstrual ni próxima a la misma en un período de 8 días.
- Cerciórese que la mujer no esté embarazada, y que hayan transcurrido al menos tres meses desde el último parto.
- Cerciórese que no se evidencie enfermedad pélvica inflamatoria.
- Pase un hisopo de algodón embebido en solución salina por el cuello del útero y aguarde unos minutos.

- Aplique ácido acético para demarcar la anomalía y aguarde nuevamente unos minutos.
- Dígale a la mujer que puede sentir un malestar o dolor de tipo cólico ligero en el momento en que usted congele su cuello uterino.
- Limpie la superficie de la criosonda con solución salina para maximizar la eficacia.
- Aplique la punta de la criosonda en el centro del orificio del útero y asegúrese de que la sonda cubra adecuadamente la lesión. Si la lesión sobrepasa en más de 2 mm el borde de la sonda, interrumpa el procedimiento. Explique a la mujer el motivo de la interrupción y entréguele referencia a Establecimiento de Salud de mayor complejidad.
- Asegúrese de que la pared vaginal no entre en contacto con la criosonda, pues de lo contrario podría causar una lesión por congelación en la vagina.
- Regule el temporizador y suelte el gatillo de gas para enfriar la sonda.
- Observará la formación de hielo en la punta de la criosonda y la superficie del exocérvix. La congelación es adecuada cuando el área congelada sobrepasa en 4 o 5 mm el borde de la criosonda.
- Deje transcurrir dos ciclos de congelación y una descongelación en este orden: primero 3 minutos de congelación, seguido por 5 minutos de descongelación, y luego otros 3 minutos de congelación.
- En cuanto finalice la segunda congelación, aguarde un momento hasta que la sonda se descongele antes de retirarla del cuello. Si la retira antes de que se descongele por completo arrancará tejido del cuello uterino.
- Gire delicadamente la sonda sobre el cuello para retirarla. La zona congelada aparecerá de color blanco.
- No introduzca gasa en la vagina.
- Quite el espéculo.
- Dos a seis semanas después de la crioterapia realice una exploración ginecológica para verificar la curación.
- A los doce meses, efectúe una nueva prueba de IVAA.

Fig. No. 8: Crioterapia

Fuente: OMS: Control integral del cáncer cervicouterino: Guía de prácticas esenciales. ISBN 978-92-4-354700-8. Clasificación NLM: WP 480³⁵.

11.2 Recomendaciones post-tratamiento

- Suministre una toalla higiénica.
- Explíquese a las mujeres que entre 8 a 10 días después de la crioterapia pueden presentar dolor abdominal bajo, tipo cólico, leve exudado vaginal acuoso o ligeramente sanguinolento.
- Indíquese a la mujer que se abstenga de practicar el coito y que no use tampones vaginales durante cuatro semanas hasta que el exudado se haya detenido completamente. Ello se hace para evitar la infección.
- Proporciónese preservativos para que los utilice en caso de que no pueda abstenerse de practicar el coito como se le indicó. Enséñese a utilizarlos.
- Limpie y desinfecte la criosonda y descontamine el crioaplicador, la tubería, el manómetro y el tanque de gas:
 - a. descontamine la unidad de crioterapia, la manguera y el regulador limpiándolos con alcohol;
 - b. lave la punta de la criosonda y la manguera de plástico con agua y jabón hasta que estén visiblemente limpias;
 - c. enjuague la punta de la criosonda y la manguera de plástico con abundante agua limpia;

d. someta a desinfección extrema la punta criogénica por medio de uno de los métodos siguientes:

- empacadas individualmente en un sobre deben esterilizarse usando el autoclave Prevacuum con 3 pulsos pre-condicionantes. La temperatura mínima es de 132 grados C (270 grados F). La duración mínima del ciclo es de 4 minutos. El tiempo mínimo de secado son 30 minutos.
- hervor en agua durante 20 minutos, o
- vapor durante 20 minutos, o
- inmersión en solución desinfectante como alcohol al 96° durante 20 minutos y enjuague posterior en agua hervida.

e. someta a desinfección extrema la manguera de plástico por medio de uno de los métodos siguientes:

- hervor en agua durante 20 minutos, o
- vapor durante 20 minutos, o
- inmersión en solución desinfectante como alcohol al 96° durante 20 minutos y enjuague posterior en agua hervida.

f. 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;

g. utilice un capuchón de goma para sellar la parte hueca de la criosonda durante el proceso, y seque a fondo la criosonda antes de volver a utilizarla.

11.3 Complicaciones

- Observe si el cuello uterino sangra. Si así fuera, aplique presión moderada con un hisopo por unos minutos.
- En algunos casos, la paciente puede tener una reacción vasovagal, con aumento del ritmo cardíaco y caída de la tensión arterial. Si esto sucede, interrumpa el tratamiento de inmediato y eleve las piernas de la paciente lo más que pueda.

- Póngala al corriente de las complicaciones posibles y pídale que regrese de inmediato si la mujer nota:

- a. fiebre alta de más de 38 °C de temperatura o escalofríos violentos;
- b. dolor agudo en la parte inferior del abdomen;
- c. exudado fétido o purulento;
- d. hemorragia de más de dos días de duración o hemorragia con coágulos.



12 RECURSOS NECESARIOS

La toma de muestra para **VPH** puede ser realizada ambulatoriamente o en cualquier establecimiento de salud que cuente con:

Equipo

- Mesa de examen ginecológico.
- Fuente de luz adecuada, preferiblemente fluorescente blanca, como una lámpara de examen o una linterna.
- Espéculo bivalvo de Graves.
- Gradilla para colocar la muestra.
- Bandeja o recipiente para los instrumentos.

Suministros

- Kit para toma de muestra para prueba de detección de VPH.
- Hisopos grandes de algodón.
- Guantes nuevos no estériles, para examen.
- Bajalenguas de madera nuevo.
- Maskintape para rotular muestras.
- Solución de cloro al 0,5% para descontaminar los espéculos.
- Formulario para registrar los hallazgos y solicitar prueba al laboratorio.
- Bandeja o recipiente para los instrumentos.

La **IVAA** puede ser realizada en cualquier establecimiento de salud que cuente con:

Equipo

- Mesa de examen ginecológico.
- Fuente de luz adecuada, preferiblemente fluorescente blanca, como una lámpara de examen o una linterna.
- Espéculo bivalvo de Graves.
- Bandeja o recipiente para los instrumentos.

Suministros

- Hisopos grandes de algodón.
- Guantes nuevos no estériles, para examen.
- Bajalenguas de madera nuevo.
- Solución de ácido acético diluido al 3%-5% o vinagre blanco sin diluir.
- Solución de cloro al 0,5% para descontaminar los espéculos.
- Formulario para registrar los hallazgos.

La **crioterapia** puede ser realizada en cualquier establecimiento de salud que cuente con:

Equipo

- Mesa de examen ginecológico.
- Fuente de luz adecuada, preferiblemente fluorescente blanca, como una lámpara examen o una linterna.
- Espéculo bivalvo de Graves.
- Bandeja o recipiente para los instrumentos.
- Aparato de crioterapia.
- Suministro regular de dióxido de carbono comprimido u óxido nitroso.
- Cronómetro con segundero.

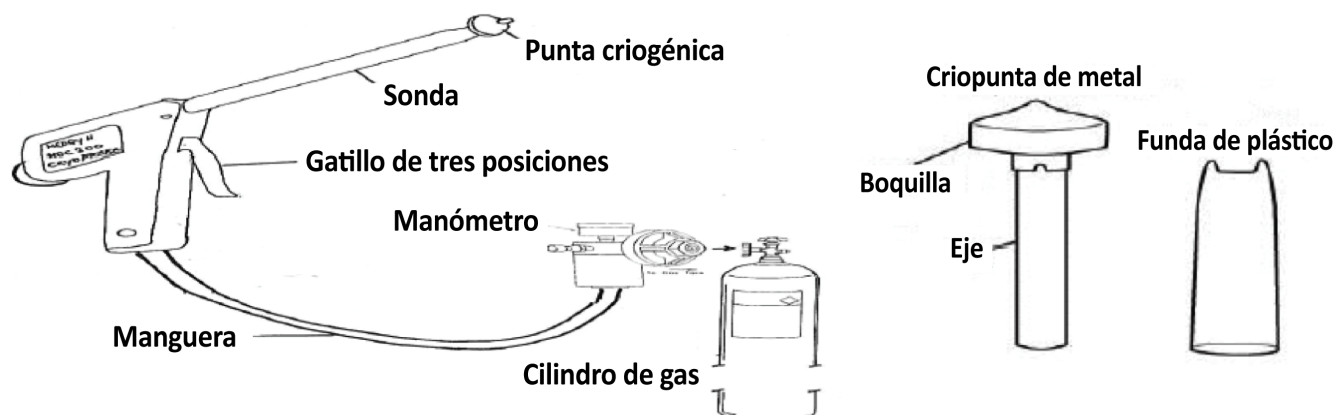
El equipo debe contar con

- Tanque para óxido nitroso o dióxido de carbono.
- Un manómetro de presión específico a cada tipo de gas.
- Un tubo flexible que conecta el manómetro a la pistola de crioterapia.
- Una pistola de crioterapia con mango y gatillo.
- Criopuntas metálicas diseñadas para entrar en contacto con el cuello uterino.

Suministros

- Hisopos grandes de algodón.
- Guantes nuevos no estériles, para examen.
- Bajalenguas de madera nuevo.
- Condones para protección de la vagina colocándolo en el espéculo, si es necesario.
- Solución de cloro al 0,5% para descontaminar los espéculos.
- Formulario para registrar el procedimiento.

Fig. No. 9: Componentes del equipo de crioterapia



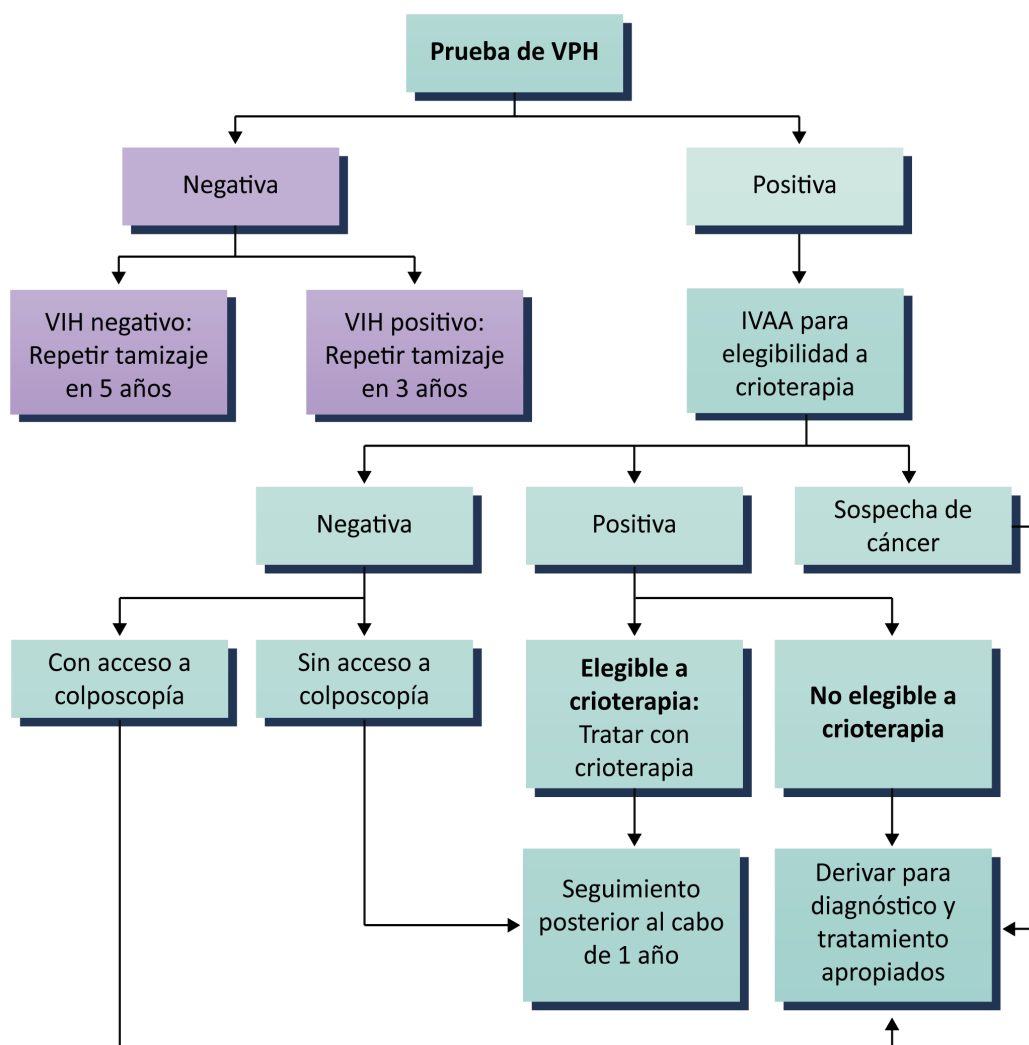
Fuente: Sellors JW, Sankaranarayanan R. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. Manual para principiantes. Lyon, IARC Press, 2002¹¹.

13 HERRAMIENTAS DE APLICABILIDAD, DIAGRAMAS DE FLUJO/ALGORITMOS

13.1 Tamizaje con una prueba de detección de VPH seguida de IVAA y tratamiento para mujeres de 30 a 64 años de edad

Si una prueba de detección de VPH da resultado positivo, se procederá a la prueba de IVAA como segunda prueba de tamizaje para determinar si es candidata a tratamiento con crioterapia. Las mujeres no elegibles para crioterapia serán remitidas a un nivel superior de atención para diagnóstico y tratamiento.

Fig. No. 10: Flujograma para prueba de VPH

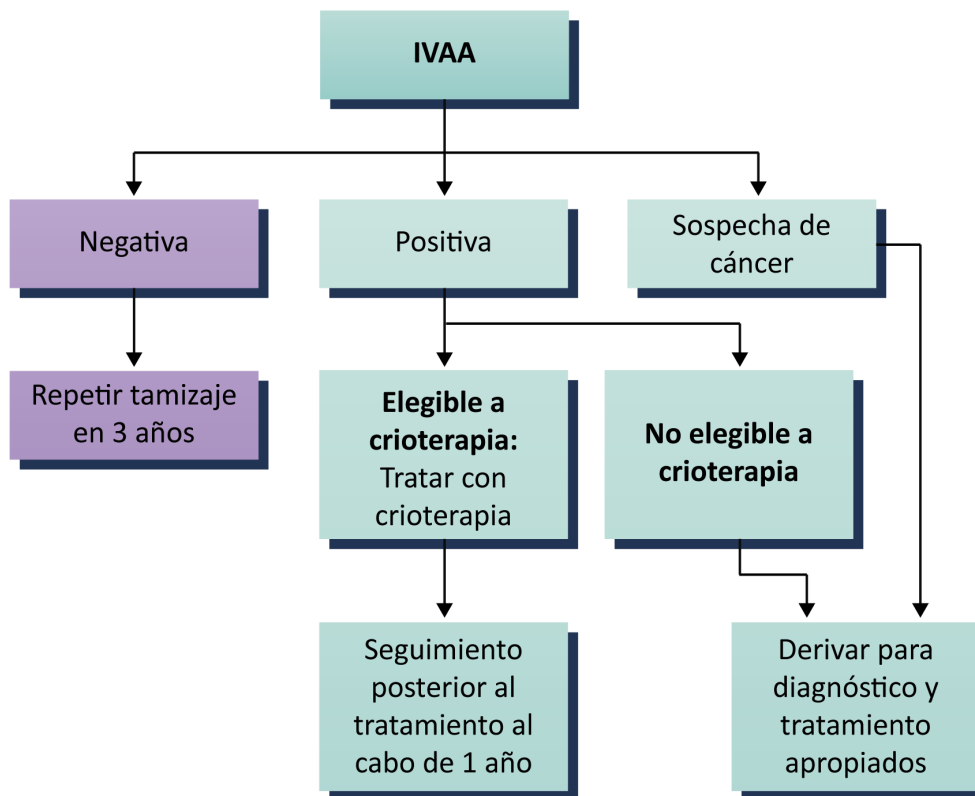


Fuente: Adaptado de Directrices de la OMS sobre detección y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cérvicouterino¹⁹.

13.2 Tamizaje con IVAA y Tratamiento a mujeres de 25 años a 30 años

Si la paciente es menor de 30 años se procederá a la prueba de IVAA determinando si es candidata a tratamiento. Se administrará tratamiento con crioterapia solo si es positiva la prueba de IVAA. Las mujeres no elegibles para crioterapia serán remitidas a un nivel superior de atención para diagnóstico y tratamiento.

Fig. No. 11: Flujoograma para prueba de IVAA



Fuente: Adaptado de Directrices de la OMS sobre detección y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cérvicouterino¹⁹.

14 BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. Nota descriptiva N°297. Febrero de 2015. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>).
2. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Geneva: WHO; 2010.
3. Lewis, M. J. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS: ©2004 ISBN 92 75 32531 6.
4. Informe del Registro Hospitalario de Cáncer Hospital San Felipe 2010-2012. Unidad de Gestión de la Información. Secretaría de Estado en el Despacho de Salud. <http://www.salud.gob.hn>.
5. Bruni L, Diaz M, Castellsague X, Ferrer E, Bosch X, Sanjose S. Cervical Human Papillomavirus Prevalence in 5 Continents: Meta-Analysis of 1 Million Women with Normal Cytological Findings. *The Journal of Infectious Diseases* 2010; 202(12):1789–1799 DOI: 10.1086/657321.
6. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. Rengaswamy S., Atul Madhukar B., Rajamanickam R. *Bull World Health Organ* vol.79 n.10 Geneva Jan. 2001. ISSN 0042-9686. <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862001001000009>.
7. Sankaranarayanan R, Atul Budukh M, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79:954-962.
8. Solomon D, David D, Kurman R. The 20001 Bethesda System: terminology for reporting result of cervical cytology. *JAMA* 2002; 287: 2114-2119.
9. IARC. (2005) IARC Handbooks of Cancer Prevention, Volume 10, Cervix Cancer Screening, IARC Press, Lyon.
10. Cervical Citology”, Eurocitology. (<http://www.eurocitology.eu/static/eurocitology/esp/cervical/LP1ContentAcont.html>.)

11. Sellors JW, Sankaranarayanan R. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. Manual para principiantes. Lyon, IARC Press, 2002.
12. Colección privada de Clínica de Colposcopia y atención integral a la mujer. 2015.
13. WHO-Fact sheet N°380. (www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs380/en/). (Reviewed March 2015).
14. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2010. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/>.
15. Planificador de Acción para la Prevención del Cáncer del Cuello Uterino. www.rho.org/aps/learn-basics.htm.
16. Kumar V. et al: "Cervix premalignant and malignant neoplasias". En: Saunders (Elsevier). Robins & Cotran Pathologic Basis of Disease. 8th edition ISBN 978-1-4160-3121-5.
17. N Eng J Med 348.6 february 6, 2003. Muñoz et cols. Muñoz N y col. Int J cancer.
18. Moscicki AB, Schiffman M, Kjaer S, Villa LL. (2006) Updating the natural history of VPH and anogenital cancer. Vaccine. 24 Suppl 3:S3/42-51.
19. WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. © World Health Organization, 2013 ISBN 978-92-75-31833-1.
20. Abriata G. Ponencia presentada en el III Seminario Internacional "Nuevas tecnologías para la prevención del Cáncer Cervico-uterino" del Instituto Nacional del Cáncer y el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervico-uterino, Jujuy, Argentina, 2011.
21. Moscicki A et al. Risks for Incident Human Papillomavirus Infection and Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion Development in Young Females. JAMA, 2001, 285 (23): 2995-3002.
22. Sasieni P, Castanon A, Parkin D. How many cervical cancers are prevented by treatment of screen-detected disease in young women? Int J Cancer, 2009, 124 (2): 461-464.
23. Sasieni P, Adams J, Cuzick J. Benefits of cervical screening at different ages: evidence from the UK audit of screening histories. British Journal of Cancer, 2003, 89: 88-93.
24. Cervical Screening Programme, England: 2008-2009. The NHS Cancer Screening Programmes. Disponible en: http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/cervscreen0809/Cervical_%20Screening_Programme_Report_2008_09_%28revised%29.pdf 45.

25. Sawaya G M D. Cervical-Cancer Screening – New guidelines and the balance between benefits and harms. *N Engl J Med*, 2009, 363 (26):2503-2505.
26. Saraiya M, Martinez G, Glaser K, et al *Obstet Gynecol*. 2009 Dec;114(6):1213-9. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181be3db4.
27. Inspección visual del cuello uterino con ácido acético (IVAA): reseña crítica y artículos seleccionados. Washington, D.C.: OPS, © 2003. ISBN 92 75 32444 1.
28. Sahasrabuddhe VV, Bhosale RA, Kavatkar AN, Nagwanshi CA, Joshi SN, Jenkins CA, Shepherd BE, Kelkar RS, Sahay S, Risbud AR, Vermund SH, Mehendale SM. Comparison of visual inspection with acetic acid and cervical cytology to detect high-grade cervical neoplasia among HIV-infected women in India. *Int J Cancer*. 2012 Jan1;130(1):234-40. doi: 10.1002/ijc.25971. Epub 2011 Apr 20. PubMed PMID: 21387289; PubMed Central PMCID: PMC3516675.
29. Adaptado de: Juego de Fichas Visuales. Jhpiego corporation. 2007.
30. OPS. Epidemiología del Cáncer cervicouterino en las Américas, 2014. Materiales de abogacía de la OPS/OMS sobre cáncer cervicouterino.
31. Effect of self-collection of HPV DNA offered by community health workers at home visits on uptake of screening for cervical cancer (the EMA study): a population based cluster randomised trial. Arrossi S., Thouyaret L., Herrero R., Campanera A., Magdaleno A., Cuberli M, Barletta P., Laudi R., Orellana L., The EMA Study team. *The Lancet Glob Health*, Volume 3, No. 2, e85–e94, February 2015.
32. Human papillomavirus infection in honduran women with normal cytology. N. Táborá, J. M. J. E. Bakkers, W. G. V. Quint, L. F. A. G. Massuger, J. A. Matute, W. J. G. Melchers, A. Ferrera. *Cancer Causes Control*. 2009 November; 20(9): 1663–1670. Published online 2009 August 15. doi: 10.1007/s10552-009-9414-z. PMCID: PMC2767515.
33. Fuente: Unidad de Gestión de la Enfermedad. Secretaría de salud. 2015.
34. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. ISBN 978 92 4 354700 8 (Clasificación NLM: WP 480).
35. OMS: Control integral del cáncer cervicouterino: Guía de prácticas esenciales. ISBN 978-92-4-354700-8. Clasificación NLM: WP 480.

36. Monitoreo de los programas nacionales para la prevención y el control del cáncer: control de calidad y garantía de calidad para programas basados en inspección visual con ácido acético (IVAA). ISBN 978 92 4 350526 8 (Clasificación NLM: WP 480) Organización Mundial de la Salud, 2013.

15 ANEXOS

15.1 Resumen Ejecutivo

El cáncer cérvicouterino (CACU), a escala mundial, mata a cerca de 266.000 mujeres al año, con más del 85 por ciento de esas muertes en países de bajos recursos. En Honduras, el cáncer cervico uterino cobra más vidas al año que las causas relacionadas con la maternidad.

Afortunadamente, en la última década ha habido varios avances en la lucha contra el cáncer cervico uterino, una de estos es la introducción de vacunas para prevenir infecciones con los dos tipos más comunes del virus del papiloma humano. Sin embargo, todavía existe la necesidad de realizar pruebas de detección de la etapa precancerosa y de cáncer en mujeres de 30 años de edad o más que tienen, o han tenido, vida sexual activa y no puedan beneficiarse de las vacunas de VPH actuales.

El Papanicolaou (pap) y los métodos de inspección visual (IVAA) no pueden abordar plenamente esta necesidad debido a su alcance limitado en las mujeres de áreas con limitada infraestructura de salud. Por lo anterior la Secretaria de Salud y PATH una organización sin fines de lucro de Washington, Estados Unidos han convenido en firmar un convenio para implementar una estrategia de prueba para detección del ADN del Virus del Papiloma Humano.

Mediante este convenio la Secretaría de Salud (SESAL) ha definido un proyecto piloto en tres regiones departamentales: Francisco Morazán, El Paraíso y Copan, elegidas bajo criterios de selección determinados. El proyecto contempla un diagnostico situacional para posteriormente planificar las actividades detalladas dentro de las cuales se considera la capacitación de personas de salud en la inspección visual con ácido acético (IVAA) y crioterapia.

Con la capacitación se pretende la creación de un grupo de capacitadores para ampliar

la cobertura del tamizaje mediante esta técnica.


La Capacitación del personal será en la toma de muestra para la detección del ADN del VPH y en el manejo de un sistema de información que permita recabar datos que evalúen las actividades de tamizaje; asimismo se pretende estructurar un equipo de microbiólogos y técnicos de laboratorio los cuales serán capacitados por expertos internacionales en la nueva técnica para detectar el ADN del VPH (careHPV) con el uso de una nueva tecnología y equipo facilitado por QIAGEN que es la compañía productora de la prueba.

Se ha considerado la implementación de estrategias de educación, comunicación y movilización comunitarias adecuadas para la zonas seleccionadas del proyecto donde se promoverá la técnica de la auto toma de muestra; técnica probada en diferentes países de la región entre ellos, Argentina, Nicaragua, El Salvador entre otros.

Durante la ejecución del proyecto se contempla una fase piloto de 10,000 pruebas de ADN del VPH y una fase de expansión de 100, 000 pruebas para completar 110,000 pruebas de tamizaje a realizarse en 18 meses.

Cómo valor agregado al presente proyecto la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) ha patrocinado la elaboración de un **Protocolo para Tamizaje de Lesiones Pre-Cancerosas de Cuello Uterino** en el que, se incluye los algoritmos que serán utilizados durante la realización de las actividades de tamizaje.

15.2 Solicitud de Tamizaje para Cáncer Cérvicouterino

SECRETARÍA DE SALUD SOLICITUD DE TAMIZAJE PARA CÁNCER CÉRVICOUTERINO UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN							
							
CCU1 Febrero 2015							
FECHA RECEPCIÓN DE LA BOLETA: (DEPTO. ESTADÍSTICA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
TIPO DE ES: HOSPITAL <input type="checkbox"/> TIPO 2 <input type="checkbox"/> TIPO 1 <input type="checkbox"/> OTRO: _____ NOMBRE DE ESTAB DE SALUD: _____							
DEPARTAMENTO: _____ MUNICIPIO: _____ REGIÓN SANITARIA N°: _____							
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		TARJETA DE IDENTIDAD			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO					
EDAD	DIRECCIÓN EXACTA			NÚMERO DE EXPEDIENTE			
TELÉFONO				FECHA DE NACIMIENTO			
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS: EMBARAZO ACTUAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EDAD INICIO VIDA SEXUAL: <input type="text"/> NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN SU VIDA: <input type="text"/>							
Se ha realizado alguna prueba de tamizaje: NUNCA <input type="checkbox"/>							
Qué tipo de tamizaje se ha realizado: VPH <input type="checkbox"/> CITOLOGÍA <input type="checkbox"/> IVAA <input type="checkbox"/> ÚLTIMO TAMIZAJE EN AÑOS (Seleccione →): <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5+ <input type="text"/>							
Motivo del tamizaje que se realizó: CONTROL <input type="checkbox"/> POST TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> NO CONSIGNADO <input type="checkbox"/>							
VACUNAS VPH SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CÚAL: GARDASIL <input type="checkbox"/> CERVARIX <input type="checkbox"/> DOSIS <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/>							
ANTECEDENTES DE PATOLOGÍA CERVICAL: <input type="text"/> NO <input type="text"/> TIPO DE TRATAMIENTO:							
CONDILOMAS	<input type="checkbox"/>	TÓPICO	<input type="checkbox"/>	CONZACIÓN	<input type="checkbox"/>	CRITERAPIA	<input type="checkbox"/>
DISPLASIA (NIC)	<input type="checkbox"/>	RADIACIÓN	<input type="checkbox"/>	QUIMIOTERAPIA	<input type="checkbox"/>	HAT (Histerectomía abdominal total)	<input type="checkbox"/>
CÁNCER	<input type="checkbox"/>						

INFORME DE TAMIZAJE PARA CÁNCER CÉRVICOUTERINO

EXÁMENES CLÍNICOS

FECHA DE TAMIZAJE:

TEST VPH: PERSONAL DE SALUD
 AUTOTOMA CITOLOGÍA IVAA

ATENDIDA POR: _____

IVAA DIAGNÓSTICO: NEGATIVO POSITIVO SOSPECHA DE CÁNCER

CITOLOGÍA

LABORATORIO: _____ FECHA DE DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO:

DIAGNÓSTICO: NEGATIVO POSITIVO SOSPECHOSO NO ÚTIL

DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO: _____

CALIDAD DE TAMIZAJE: ADECUADO INADECUADO

 CITOTECNÓLOGO

 SUPERVISOR

 PATÓLOGO/MÉDICO CITÓLOGO

TEST VPH

LABORATORIO: _____ FECHA DE DIAGNÓSTICO VPH:

DIAGNÓSTICO VPH: NEGATIVO POSITIVO SEROTIPOS: _____ INVALIDADA

OBSERVACIONES: _____

MICROBIÓLOGO: _____

15.3 Hoja de Resultado de Test de VPH

SECRETARÍA DE SALUD BOLETA DE RESULTADO PRUEBA VPH PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER DE CÉRVIX



ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ REGIÓN N°: _____

NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE: _____

FECHA DE TOMA DE PRUEBA: _____

RESULTADO VPH:

NEGATIVO

No se ha identificado Virus Papiloma Humano en su cérvix.

La cita para su próxima prueba es en el año: _____


POSITIVO

• No significa que usted tiene cáncer.

Indica que en su cérvix existe la presencia del Virus Papiloma Humano, por lo tanto debe realizarse la prueba de IVAA, para identificar si existe una lesión que necesite tratamiento.

NOMBRE DEL RESPONSABLE: _____ SU CITA PARA IVAA ES: _____

15.4 Hoja de Resultado de IVAA

SECRETARÍA DE SALUD BOLETA DE RESULTADO PRUEBA IVAA PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER DE CÉRVIX		 <small>GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS</small> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>				
ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____	REGIÓN N°: _____					
NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE: _____						
FECHA DE TOMA DE PRUEBA: _____						
RESULTADO IVAA:						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"> NEGATIVO <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> No se ha identificado lesión en su cérvix. La cita para su próxima prueba es en el año: _____ </td> </tr> </table>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	No se ha identificado lesión en su cérvix. La cita para su próxima prueba es en el año: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"> POSITIVO <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> • <i>No significa que usted tiene cáncer.</i> Indica que en su cérvix existe la presencia de una lesión, por lo que necesita tratamiento. </td> </tr> </table>		POSITIVO <input type="checkbox"/>	• <i>No significa que usted tiene cáncer.</i> Indica que en su cérvix existe la presencia de una lesión, por lo que necesita tratamiento.
NEGATIVO <input type="checkbox"/>						
No se ha identificado lesión en su cérvix. La cita para su próxima prueba es en el año: _____						
POSITIVO <input type="checkbox"/>						
• <i>No significa que usted tiene cáncer.</i> Indica que en su cérvix existe la presencia de una lesión, por lo que necesita tratamiento.						
NOMBRE DEL RESPONSABLE: _____		CITA CRIOTERAPIA ES: _____				
		REFERENCIA A: _____				

15.5 Carta de Consentimiento para Crioterapia³⁸

La mujer debe dar su consentimiento antes de someterse a una prueba de detección y tratamiento del cáncer cérvicouterino y éste debe ser «informado», entendiéndose por ello que ella ha comprendido lo que ha de suceder, incluidos los riesgos y las complicaciones de seguir adelante o no seguir adelante con el procedimiento y que autoriza dicho procedimiento. Le tiene que quedar claro que no se tomarán medidas punitivas de ningún tipo si rechaza el procedimiento.

Cuando solicite el consentimiento informado:

- Proporcione a la mujer toda la información necesaria y pídale que dé su consentimiento por escrito antes de emprender cualquier examen o procedimiento. No es ético solicitar el consentimiento informado de forma retroactiva.
- Si cabe la posibilidad de que deba contactarse a la mujer en el domicilio o el trabajo, por ejemplo, para proporcionarle los resultados analíticos o recordarle que tiene una cita pendiente, obtenga su consentimiento para hacerlo.
- Los miembros de la familia deben participar en la conversación solamente si la mujer ha dado su permiso explícito.

- Reduzca la terminología médica a su mínima expresión y explique cualquier tecnicismo que no tenga un equivalente local.
- No confunda a la mujer con explicaciones innecesarias, pero aborde todas las cuestiones importantes.
- Sumínístrele toda la información necesaria acerca de la prueba, el procedimiento o el tratamiento que usted recomienda y cualesquiera opciones disponibles. Incluya la información siguiente:
 - Propósito del procedimiento;
 - Beneficios posibles;
 - Riesgos de hacer o no hacer lo que usted indica;
 - Efectos secundarios y complicaciones posibles y cómo proceder llegado el caso de que se manifiesten;
 - Tiempo de recuperación;
 - Posibilidad de éxito o de fracaso.
- Dé tiempo a la mujer para que asimile lo que usted le ha dicho, luego, permítale que formule preguntas. Una vez que ha contestado a todas sus preguntas, solicítele oficialmente su consentimiento.
- Puede ser culturalmente importante que participen otras personas en el proceso de toma de decisiones, por ejemplo la pareja de la mujer; no obstante, asegúrese de que se respetan los deseos de la mujer.
- Deje constancia por escrito, ya sea en un formulario de consentimiento o en la historia clínica de la paciente, de que:
 - Usted confirma que la paciente comprendió la información, y que
 - La decisión de la paciente de someterse a la prueba o terapia o rechazarla fue voluntaria.



CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA CRIOTERAPIA

Se me ha explicado y comprendo que:

Me han detectado una lesión en el cérvix que está relacionada con el desarrollo del cáncer. Esta lesión puede ser tratada inmediatamente usando un método de congelación llamado crioterapia.

Este tratamiento consiste en la aplicación de frío sobre la lesión que me han detectado en el cérvix para congelar y destruir las células anormales.

Durante el tratamiento, puedo sentir un cólico leve en la parte baja del abdomen, y puedo tener una sensación de frío en la vagina. El cólico desaparecerá rápidamente en 15 a 30 minutos. En los siguientes días puedo presentar cólicos leves parecidos a los cólicos menstruales. Algunas mujeres pueden tener un ligero sangrado.

Después del tratamiento, las células anormales destruidas se desprenderán presentándose un flujo vaginal acuoso por 15 días a un mes. Durante este periodo, no debo colocarme nada en la vagina (ni hacerme lavados o usar tampones).

No deberé tener relaciones sexuales en los siguientes 30 días. No deberé tener relaciones sexuales mientras tenga descenso.

Existe el riesgo (10%) de que la crioterapia, aún cuando se haya aplicado correctamente, no sea efectiva, esto se detectará en los controles posteriores.

Existe una posibilidad que las lesiones de mi cérvix no sean precursoras del cáncer, en cuyo caso, la crioterapia habrá sido innecesaria, si no quiero recibir la crioterapia sin confirmación de mi lesión, podría esperar los resultados de otros exámenes como la biopsia.

Si tengo preguntas con respecto a este programa podré hacerlas al personal de salud quienes me la contestarán.

Yo, _____ con Id N° _____
luego de haber leído y entendido este documento, acepto en forma voluntaria, sin ninguna presión u obligación.

FIRMA DE LA PACIENTE

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FIRMA DEL TESTIGO

Lugar: _____

Fecha: ____ de _____ de _____

15.6 Declaración de Conflicto de Interés

Los participantes en la elaboración y revisión de este protocolo declaramos no tener conflictos de interés, por no aceptar o permitir:

- Relación comercial con cualquier entidad corporativa que hace o vende productos relacionados con el VPH.
- Apoyo para acudir a reuniones y congresos.
- Honorarios como ponente en una reunión organizada por la industria.
- Financiación de programas educativos o actividades de formación.
- Apoyo y financiación de una investigación.
- Empleo como consultante para una compañía farmacéutica.
- Acciones o intereses económicos en una compañía farmacéutica.

COORDINADOR Y CONSULTOR

Dr. Pedro Guillermo Zelaya
Oncólogo

COMITÉ TÉCNICO SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE NORMALIZACIÓN

Dra. Rosa María Duarte
Médico MSP

Dra. Rosa María Rivas
Médico MSP

SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN

Dra. Jacqueline Figueroa
Médico MSP

Dra. María Isabel Degrández
Médico

COMITÉ TÉCNICO ASHONPLAFA

Dr. Manuel A. Sandoval
Ginecólogo Oncólogo

Dra. María Suyapa López
Médico MSP

Dra. Mary Jane Calix
Médico MSP

REVISORES EXTERNOS

CONSEJO CONSULTIVO NACIONAL DE CÁNCER

Dr. Ricardo E. Bulnes
Oncólogo

Dr. Ricardo Ochoa A.
Ginecólogo

Dr. José Manuel Claros
Ginecólogo

Lic. Annabelle Ferrera
Microbióloga

Dra. Sobeyda Karina López
Ginecóloga

Lic. Marco Antonio Suazo
Economista

OTROS PARTICIPANTES

Dr. Elmer Turcios
Ginecólogo Oncólogo, Hospital General San Felipe

Dr. Heriberto Rodríguez
Ginecólogo, Hospital General San Felipe

Dra. Maura Carolina Bustillo
Ginecóloga, Hospital Escuela Universitario

Dra. Yeri Suyapa Jiménez
Patólogo, Hospital Escuela Universitario

Dra. Silvia M. Portillo
Patólogo, Hospital INCP

Dra. Vera Desireé Acosta
DGVMN SESAL

Dr. Miguel Aguiluz Fajardo
Ginecólogo, Liga Contra el Cáncer SPS

AGRADECIMIENTOS

La Secretaría de Salud reconoce y agradece a las instituciones que a través de su personal se constituyeron en el equipo técnico en la elaboración de este documento, contribuyendo con sus conocimientos y valiosas aportaciones.

Asimismo a las instituciones que realizaron la revisión del mismo.

Este protocolo será revisado y actualizado en un período de 3 a 5 años.