Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

NORMATIVA – 037

"PROTOCOLO DE PREVENCION DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO A TRAVÉS DEL TAMIZAJE CON INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVVA) Y TRATAMIENTO CON CRIOTERAPIA"

Managua, Abril - 2010

N
WP
39
0137
2009

Nicaragua. Ministerio de Salud. Dirección General de extensión y Calidad. Protocolo de Prevención del Cáncer Cérvico Uterino a través del Tamizaje con inspección Visual con acido acético (IVAA) y Tratamiento con Crioterapia. MINSA. Managua, agosto 2009

45 p: ilus, N-037; Acuerdo Ministerial 170-2010 graf; tab (contiene anexos)

1.- PROTOCOLO (D:L) 2. -NORMAS
3.- NEOPLASIAS DEL CERVICO UTERINO ^prev
4.- NEOPLASIAS DEL CERVICO UTERINO ^diag
5.- NEOPLASIAS DEL CERVICO UTERINO ^terap
6.- CRIOTERAPIA^UTIL
7.-ACIDO ACETICO ^USO TERAPÉUTICO
8.- FACTORES DE RIESGO

Ficha Elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud
©MINSA 2009

Créditos

Dirección Superior del Ministerio de Salud

Dra. Sonia Castro	Ministra de Salud
Dr. Elías Guevara	Vice – Ministro de Salud
Dr. Enrique Beteta	Secretario General

Dirección General de Extensión y Calidad
Lic. Ana Cecilia Silva

Dirección General de Regulación

Lic. Luz María Torres	Directora General
Dra. Carolina Dávila Murillo	Directora de Regulación para la Salud
Dr. René Mendieta Alonso	Coordinador Departamento de Información Médica.
Dra. Melba Barrantes Monge	Departamento de Información Médica

Colaboradores

Dra. Yolanda Ramírez	Presidenta de la Asociación Nicaragüense de Oncología-ANICO
Dra. Patricia González	ICAS
Dr. Álvaro García	Director Docente Hospital Berta Calderón - Ginecoobstetra
Dra. Vivian Alvarado	PATH
Lic. Orlando B. Granera	MOVICANCER - NICARAGUA
Dra. Lesbia Altamirano	Responsable de ECNT-OPS
Dr. René Velásquez	Medico Patólogo HBCR
Dr. Roberto Ortega	Ginecólogo – oncólogo ANICO

Comité de Normas

Dra. Maribel Hernández	Directora de HBCR
Dr. Horacio Mendoza	Director Centro Nacional de Radioterapia

Validan documento; Personal de Salud de:
SILAIS MANAGUA,
SILAIS MATAGALPA,
SILAIS JINOTEGA
SILAIS CHINANDEGA.
CENTRO SALUD MORAZÁN

Primera Edición; Mayo 2010

Nicaragua
Tiraje de 00000 Ejemplares
Impresión y Diagramación:

UNIDA, NICARAGUA TRIUNFA!
Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!
2010: AÑO DE LA SOLIDARIDAD
Viva Nicaragua Libre!

ACUERDO MINISTERIAL
No. 170 - 2010

SONIA CASTRO GONZALEZ, Ministra de Salud, en uso de las facultades que me confiere la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 102 del tres de Junio de mil novecientos noventa y ocho, Decreto No. 25-2006 "Reformas y Adiciones al Decreto No. 71-98, Reglamento de la Ley No. 290, "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicado en "La Gaceta", Diario Oficial, Nos. 91 y 92 del once y doce de Mayo, respectivamente, del año dos mil seis, la Ley No. 423 "Ley General de Salud", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 91 del diecisiete de mayo del año dos mil dos, el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", publicado en "La Gaceta" Diario Oficial, Nos. 7 y 8 del diez y trece de Enero del año dos mil tres, respectivamente.

CONSIDERANDO:

I

Que la Constitución Política de la República de Nicaragua, en su arto. 59 partes conducentes, establece que: "**Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas servicios y acciones de salud**".

II

Que la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", en su arto. 26, incisos b), d) y e), establece que al Ministerio de Salud le corresponde: b)Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; d) Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma; y e) Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud."

III

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 1, **Objeto de la Ley,** establece que la misma tiene por objeto "tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales, y que para tal efecto regulará: a) Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud; y b) Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud".

IV

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su **Artículo 2, Órgano Competente,** establece que "El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación."

V

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su **Artículo 4, Rectoría,** señala que: "Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del Sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales"; y el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", en su Arto. 19, numeral 17, establece: "**Artículo 19.-** Para ejercer sus funciones, el MINSA desarrollará las siguientes actividades: **17.** Elaborar las políticas, planes, programas, proyectos nacionales y manuales en materia de salud pública en todos sus aspectos, promoción, protección de la salud, prevención y control de las enfermedades, financiamiento y aseguramiento."

PODER CIUDADANO
Nicaragua para con Voz!
Nicaragua en el Alba
CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
MINISTRA DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD
Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", Costado Oeste Colonia Primero de Mayo. Managua, Nicaragua.
Tel: PBX (505) 22894700.
Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni

UNIDA, NICARAGUA TRIUNFA!
Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!
2010: AÑO DE LA SOLIDARIDAD
Viva Nicaragua Libre!

VI

Que la Ley No. 423, "Ley General de Salud" en su Arto. 51, establece: "Arto. 51.- **Programas de Atención a Enfermedades de Alto Costo.-** *"Comprende el conjunto de acciones en salud que deben ser suministradas a las personas que sean sujeto de eventos especiales que comprometan en forma extraordinaria la economía del individuo y del Sector Salud"* y el Decreto No. 001-2003, Reglamento de la Ley General de Salud en su Arto. 218 establece: *"Corresponde al MINSA elaborar manuales para la prevención y atención de las enfermedades de alto costo, así como los mecanismos para su financiamiento"*.

VII

Que la Dirección General de Regulación Sanitaria, mediante comunicación del 7 de Junio del 2010, solicitó se elaborara Acuerdo Ministerial para la aprobación del Protocolo de Prevención del Cáncer Cérvico Uterino a través del Tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) y Tratamiento con Crioterapia" con el objeto de detectar lesiones precancerosas para ayudar a tomar las medidas de prevención ante el cáncer de cuello uterino.

Por tanto, esta Autoridad,

ACUERDA:

PRIMERO: Se aprueba el documento denominado ***"Protocolo de Prevención del Cáncer Cérvico Uterino a Través del Tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) y Tratamiento con Crioterapia"***, el cual forma parte integrante del presente Acuerdo Ministerial.

SEGUNDO: Se designa a la Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención para que dé a conocer el presente Acuerdo Ministerial y el referido documento a los directores de establecimientos de salud públicos y privados, donde se realice el procedimiento de detección de lesiones precancerosas a través del tamizaje con inspección visual con ácido acético y tratamiento con crioterapia, para ayudar a tomar las medidas de prevención ante el cáncer de cuello uterino.

TERCERO: El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su firma.

Comuníquese el presente, a cuantos corresponda conocer del mismo.

Dado en la ciudad de Managua, a los nueve días del mes de Junio del año dos mil diez.

MINISTRA DE SALUD

SONIA CASTRO GONZALEZ
MINISTRA DE SALUD

PODER CIUDADANO
Nicaragua Gana con Voz!
Nicaragua en el Alba
CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!

MINISTERIO DE SALUD
Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", Costado Oeste Colonia Primero de Mayo. Managua, Nicaragua. 2
Tel: PBX (505) 22894700.
Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni

INDICE

I. INTRODUCCIÓN 8

II. OBJETIVO 10

III. POBLACIÓN OBJETO 10

IV. ACTIVIDADES A REALIZAR 10

V. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS 11

VI. ASPECTOS CLÍNICOS 12

VII. LESIONES INTRAEPITELIALES DE CUELLO UTERINO 13

VIII. LA CRIOTERAPIA: 20

IX. FLUJOGRAMAS 23

X. REFERENCIAS 27

XI. ANEXOS 28

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud, como ente rector de salud en Nicaragua, a través de la Dirección General de Servicios de Salud, Presenta el "Protocolo de Prevención del Cáncer Cérvico Uterino, a través del Tamizaje con inspección Visual con Acido Acético (IVVA) y Tratamiento con Crioterapia" el cual retoma el compromiso del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional de disminuir la Mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino.

Este protocolo ha sido elaborado mediante el esfuerzo conjunto de diferentes profesionales representantes del Ministerio de Salud; de ONG, así como el acompañamiento técnico y financiero de la OPS.

El objetivo de este documento es proporcionar lineamientos técnicos a los trabajadores de la salud, así como, para que se apliquen los criterios establecidos en el presente protocolo para el Tamizaje con IVAA, como, para disponer de servicios eficaces y eficientes de Tamizaje, que aseguren la identificación temprana del Cáncer Cérvico Uterino.

Dra. Sonia Castro
Ministra de Salud

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial el cáncer del cuello uterino ocupa el cuarto lugar en la incidencia del cáncer ginecológico en los países desarrollados. Internacionalmente se reconoce que en los últimos 40 años, la reducción en la incidencia de cáncer cérvico uterino ha dado lugar a tasas inferiores a 10 casos por cada 100.000 mujeres.

El cáncer del cuello uterino sigue siendo el más frecuente en los países en desarrollo, cada año se registran 500,000 nuevos casos ce cáncer cervicouterino y 275,000 defunciones resultantes, frecuencia que diverge de la de los países desarrollados.

En muchos países en vías de desarrollo, gran parte de los cánceres Cerviño uterino se diagnostican en el estado avanzado, cuando el tratamiento ya es menos eficaz que en la fase que pudiera llamarse “el control de la enfermedad”.

La morbilidad resultante se debe en gran parte a que no existen servicios de tamizaje y de tratamiento, o que éstos sean insuficientes.

La presentación tardía y el acceso limitado a los servicios apropiados de tratamiento hacen que en las poblaciones de países en desarrollo, la tasa de supervivencia sea menor.

El cáncer Cerviño uterino tiene un aspecto social difícil de medir, pero muy fuerte: las mujeres con cáncer Cerviño uterino mueren cuando están activamente involucradas en mantener la familia.

Cuando el cáncer afecta a la mujer, en consecuencia afecta la unidad de su familia, el pronóstico y supervivencia de sus hijos, la comunidad pierde un miembro económicamente activo y por ende afecta activamente la economía del país.

Nicaragua tiene la tasa general de mortalidad por cáncer Cérvico uterino más alta de todos los países centroamericanos, producto de una compleja epidemiología del sub-desarrollo, siendo la primera causa de morbimortalidad en la mujer nicaragüense.

De todos los países de América Central y del Sur y del Caribe, Haití es el único que presenta una tasa normalizada según la edad superior a la de Nicaragua, llegando a casi 60 casos por 100,000 mujeres al año.

Estudios llevados a cabo por el Centro Nacional de Radioterapia en Managua estiman que el cáncer cérvico-uterino se sitúa en segundo lugar como causa de muerte dentro del total los casos de cáncer registrados en dicho centro por un período de 4 años, 1995 -1998, reportándose un total de 1,405 casos de cáncer cervicouterino, de los cuales el grupo más afectado es de mujeres entre las edades de 41 a 50 años. El 40.2% de estos casos corresponde o se encuentra en el estado clínico II del cáncer cérvico – uterino, y el 34.6% en el estado clínico III. En cuanto al tipo histopatológico, el cáncer epidermoide se presenta en mayor porcentaje (92%).

En Nicaragua, el Programa Nacional de Detección Oportuna (DOC), iniciado en 1980, no ha tenido el impacto esperado, debido a la baja cobertura asociada a la ausencia de mecanismos que permitan el control de calidad y el seguimiento de los casos.

El Ministerio de Salud nicaragüense ha documentado la escasez de médicos y personal de enfermería para atender a la población creciente (menos de cinco médicos y menos de cuatro enfermeras por 10,000 personas, en comparación con 2,3 médicos y 7,9 enfermeras por 1,000 personas en Estados Unidos en 2002).

De la población, que asciende a 5.483,447, más de 40% vive en regiones rurales, aumentando hasta el 60% en algunos departamentos.

En vista de estas limitaciones, es evidente que Nicaragua necesita un enfoque nuevo e innovador para frenar la alta mortalidad por el cáncer cervicouterino principalmente cuando la salud de la mujer es un compromiso de nación y convenios internacionales, no solo ante la conferencia del Cairo, sino también ante los objetivos de desarrollo del milenio (ODM).

La inspección visual con ácido acético comenzó a utilizarse alrededor de 1930 como parte de la colposcopia generando un incremento en los costos de esta estrategia, disminución de la cobertura, difícil acceso al servicio de colposcopia y pobre impacto en las tasas de morbimortalidad por cáncer del cuello uterino. Al mismo tiempo la citología cervicovaginal convencional surge como una estrategia de tamizaje más accesible y económica, logrando impactar drásticamente en la disminución del cáncer en algunas sociedades como estados unidos y suecia.

Se estableció que las pacientes con anormalidades citológicas requirieran en un segundo tiempo una colposcopia para confirmar el diagnostico, sin embargo en muchos países en desarrollo esta estrategia no ha logrado impactar en los indicadores de morbimortalidad, por ello, desde la década de los 80, se inició la exploración de nuevas alternativas de tamizaje de cuello uterino que permitiera aumentar la cobertura, disminuir los costos, facilitar el acceso de las usuarias a los servicios y lo más importante, disminuir la mortalidad.

Dentro de la alternativa de tamizaje, se retomó la técnica de inspección visual con acido acético (IVAA), sin la colposcopía como una alternativa para ser utilizada en comunidades de bajos recursos y de difícil acceso, por ser un procedimiento relativamente simple de realizar que no requiere de alta tecnología y de infraestructura sofisticada para llevarla a cabo.

La inspección visual con ácido acético (IVAA) se considera ventajosa, en comparación con la citología, en cuanto a que permite la detección y tratamiento en una sola visita. La IVAA se propone como tamizaje del cáncer de cuello uterino en países y lugares que tienen programas de tamizaje con bajas coberturas, demora en la entrega de resultados, con escaso impacto en la mortalidad por cáncer y con pacientes de difícil seguimiento.

En el año 1999 se publicó el reporte del trabajo realizado por la Universidad de Harare (Zimbabwe) y la Corporación JHPIEGO, realizando se IVAA a 13,137 mujeres, concluyendo que, debido a la alta sensibilidad de la prueba, puede ser de utilidad para el tamizaje primario de lesiones intraepiteliales de cuello uterino.

En el Instituto de Enfermedades Neoplásicas de Lima – Perú, ha estudiado la IVAA como alternativa al PAP en el tamizaje de lesiones intraepiteliales de cuello uterino, la cual se realiza en forma rutinaria y sistemática debido al rendimiento observado en un estudio realizado en el Departamento de detección y Diagnóstico del INEN, donde detectó más del 85% de las lesiones de alto grado.

El presente protocolo se ha elaborado para el uso de los profesionales de la salud capacitados e involucrados en el tamizaje con la técnica de IVAA y Tratamiento Inmediato con crioterapia de lesiones pre-invasoras de cuello uterino, en mujeres de comunidades de difícil acceso a la atención en salud.

II. OBJETIVO

Detectar lesiones precancerosas lo que ayudará a determinar tratamiento para tomar las medidas de prevención ante el cáncer de cuello uterino.

III. POBLACIÓN OBJETO

Población Diana: Personal de salud capacitado de los establecimientos de servicios de salud del Ministerio de Salud.

Usuaria Beneficiaria: Mujeres adultas, de 30 a 50 años de edad, con vida sexual iniciada; Con énfasis en:

Mujeres que nunca han sido tamizada.
Mujeres que su último PAP fue de hace más de tres años.

IV. ACTIVIDADES A REALIZAR

Las actividades a realizar están relacionadas con el objetivo de brindar una atención temprana de las lesiones precancerosas del cuello uterino bajo la estrategia de “ver y tratar”.

Para lograr esto se garantizará:

Tamizar con la técnica de ácido acético a toda mujer entre los 30 y 50 años, en las unidades de salud priorizadas y en las comunidades priorizadas.

Hace diagnóstico clínico rápido y proporcionar tratamiento inmediato con crioterapia, según criterios y consentimiento informado de la usuaria.

Referir casos que ameriten tratamiento a nivel de mayor resolución.

Brindar consejería a las mujeres sobre el proceso de diagnóstico y tratamiento

V. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

Ácido acético: solución de vinagre al 3% a 5%, que se aplica al tejido del cuello uterino interactúa con las células enfermas, haciendo que las lesiones epiteliales adopten una tonalidad blanca para facilitar la identificación del tejido anormal**.**

Detección: descubrir lesiones citológicas y/o visuales del cuello uterino en relación con lesiones pre-malignas, en la población supuestamente sana.

Diagnóstico definitivo: es el que se logra mediante el estudio histológico de las lesiones de cuello uterino.

Displasia: Anomalía en el que se observa pérdida de la estructura celular, con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares.

Inspección visual con acido acético (IVAA): método de estudio visual con ácido acético, utilizado para la detección temprana de enfermedad neoplásica de cuello uterino.

Lesión escamosa intra-epitelial de alto grado: son las alteraciones del epitelio que incluye la displasia moderada, displasia severa y carcinoma In Situ. (LEI AG). Término usado por la nomenclatura del sistema Bethesda,

Lesión escamosa intra-epitelial de bajo grado: son las alteraciones del epitelio que incluye el Virus del papiloma humano y la displasia leve.(LEI BG). Término usado por la nomenclatura del sistema Bethesda,

Población de mayor riesgo: mujeres entre los 30 y 50 años.

Tamizaje: el tamizaje supone analizar a un grupo destinatario (en este contexto las mujeres) que tienen riesgo de padecer una enfermedad dada (en este caso, las lesiones precancerosas del cérvix). El objetivo del tamizaje es detectar y poder tratar a las personas en las que se ha identificado signos tempranos de la enfermedad, generalmente, por medio de una prueba barata, precisa y fiable que pueda aplicarse ampliamente. Hay varias pruebas de tamizaje del cáncer Cérvico uterino que están utilizando o estudiando en todo en mundo. La citología cervical se ha empleado en los 50 últimos años. La prueba de tamizaje más recientes son la prueba del ADN del VPH y las pruebas de tamizaje visuales. Cada una de estas pruebas tienen ventajas y desventajas, ninguna prueba de tamizaje es perfecta y se sopesarán minuciosamente las ventajas y desventajas en un ámbito concreto cuando se decida que prueba o pruebas se van a utilizar.

Técnica: Sistema, conjunto de procedimientos con un orden establecido que se sirve una ciencia o arte para conseguir resultados prácticos.

Tratamiento: Empleo de procedimiento médico – quirúrgico en el manejo de lesiones pre-malignas del cérvix.

Virus del papiloma humano: Agente patógeno de transmisión sexual, pertenece a la familia de los papovavirus, se conocen más de 70 tipos que infectan las células del tracto genital inferior, toma particular importancia en el cérvix ya que puede provocar cambios celulares paulatinos que se han asociado con la posibilidad del desarrollo del cáncer cervicouterino (VPH).

VI. ASPECTOS CLÍNICOS

A. Etiología:

Desde hace varias décadas las investigaciones se han abocado a la búsqueda de la causa del cáncer de cuello uterino, siendo cerca de hace diez años que se ha logrado determinar que la causa principal es infecciosa, estando relacionado con el Virus del Papiloma Humano (VPH), que se transmite por medio de las relaciones sexuales.

Actualmente no han ninguna cura para el VIRUS del Papiloma Humano ya que se integra al ADN de las células, permitiendo la inmortalización del virus en el genoma de la célula,. Una vez infectada, la persona lleva el virus por el resto de la vida, aún si se realiza exéresis de las verrugas o si se realiza histerectomía. Si bien no existe un tratamiento para el VPH, en la mayoría de los casos la infección se remite hasta alcanzar niveles indetectables.

Este virus tiene la propiedad de infectar las células del epitelio del cuello uterino, La zona de transformación del cuello uterino es más susceptible de sufrir este daño, debido a que, en esa zona reencuentra mayor actividad celular y mayor número de mitosis. Esto explica porque el cáncer de cuello uterino se origina, en la mayoría de casos, en esta zona.

B. Detección de Lesión Intra-epiteliales Pre-Invasoras:

i. **Vinculación entre tamizaje y tratamiento:** Independientemente de la prueba de tamizaje usada, el tamizaje se vinculará al tratamiento para garantizar la eficacia del programa. Esto puede hacerse usando la estrategia tradicional (tamizaje, diagnóstico, confirmación y tratamiento), la intermedia (tamizaje, diagnóstico y tratamiento con confirmación por biopsia posterior al tratamiento), o la estrategia de tamizar y tratar (el tratamiento se basas en los resultados de la prueba de tamizaje solo).

ii. **Tamizaje:** Se recomienda iniciarla a partir de la primera relación sexual en un periodo no menor de 6 meses posterior a la primera relación sexual de la

mujer, independientemente de la edad; sin embargo se debe hacer énfasis en tamizar con PAP a la mujer de 25 a 64 años y tamizar con IVAA a las de 30 a 50 años.

Para que los servicios de tamizaje tengan impacto en la incidencia del cáncer del cuello Uterino, es necesario evaluar al mayor número posible de mujeres. En forma ideal, los programas evaluarían al 80% de la población en riesgo. Luego, las mujeres con lesiones precancerosas identificables recibirán tratamiento antes de que las mismas progresen a cáncer.

Cuando la cobertura es amplia, no es necesario realizar evaluaciones anuales para que tenga impacto en la incidencia de la enfermedad. Por ejemplo, si todas las mujeres de 25- 64 años con una prueba de Papanicolaou negativa tuvieran que ser evaluadas cada 5 años (y hubiera que tratar a las que tienen displasia) la incidencia del cáncer de cuello uterino se reduciría aproximadamente en 84%. Evaluar a estas mujeres aún cada 10 años reduciría la incidencia en cerca del 64%.

VII. LESIONES INTRAEPITELIALES DE CUELLO UTERINO

Existe una amplia gama de lesiones del cérvix, las cuales pueden expresarse de la siguiente forma:

A. Clínica: son las que se observan a simple vista llamadas condilomas.

B. Subclínica: se evidencian solamente bajo la evaluación del médico/a con el uso del colposcopia.

C. Latente: es la forma que solo se evidencia mediante técnicas de hibridación del ADN en individuos con tejidos clínicamente e histológicamente normales.

La mayoría de casos de cáncer de cuello uterino han sido precedidos por una etapa larga, aproximadamente 10 a 15 años, durante la cual se ha presentado cambios en las células del epitelio del cuello uterino. Estos cambios, al inicio son muy leves, pero progresivamente se hacen más severos hasta llegar a Carcinoma In Situ y luego a Cáncer Invasor.

En las últimas décadas se han usado diferentes términos para identificar cada una de las etapas pre-invasoras, lo que ha producido cierta confusión. Por esto es importante tener en cuenta la correlación de términos.

TERMINOLOGIA DE 3 SISTEMAS DE NOMENCLATURA		
DISPLASIA	**NIC**	**BETHESDA**
Displasia leve	NIC 1 →	LEI Bajo grado
D. Moderada	NIC II →	LEI Alto grado
D. Severa →	NIC III →	
CIS		

D. Factores de Riesgo del CaCu:

El virus del papiloma humano (VPH), una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más comunes, es la causa primaria del cáncer cérvico uterino. La infección por el VPH es un precursor necesario, pero no suficiente, del cáncer Cérvico uterino. Algunas de las mujeres infectadas por algún tipo de VPH oncogénico nunca presentaran cáncer cérvico uterino. Esto sugiere que otros factores adicionales que actúan conjuntamente con el VPH influyen en el riesgo de aparición de la enfermedad y se les conoce como cofactores.

Las mujeres con coinfección por el VPH y otro agente de transmisión sexual, como Chlamydia trachomatis o virus-2 de herpes simple (HSV-2), tienen mayor probabilidad de presentar cáncer cérvico uterino que las mujeres sin coinfecciones.

La infección genital por VPH se considera una enfermedad de transmisión sexual en la mayoría de los casos, aunque se admite en un pequeño porcentaje la transmisión mediante Fómites (sustancias u objetos inanimados contaminados por la secreción conteniendo VPH, ejemplo: jabones, ropa íntima compartida, toallas, espéculos no esterilizados, etc.) es muy difícil prevenir la transmisión del VPH. Los métodos anticonceptivos de barrera sólo tienen una eficacia parcial, dado que el virus puede existir en la mayor parte del área ano genital (incluso en áreas que no son cubiertas por el condón masculino) y puede permanecer activo durante años.

Si bien existen más de 100 tipos del VPH que infectan el aparato genital, se han identificado 15 de ellos (tipo 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,68,73 y 82) como tipos oncogénicos de alto riego vinculados al cáncer cérvico uterino.

El tipo 16, el de mayor prevalecía, 50 a 60%, el 18, segundo en orden de prevalecía 10 a 12% de los casos de cáncer cérvico uterino.

Su incubación no se conoce el mecanismo exacto y el tiempo 4-6 semanas hasta 8 meses, el VPH entra a través de la superficie del epitelio, infecta las células básales y puede permanecer latente sin replicación durante semanas o años), solamente el virus productivo se asocia a cambios citológicos e histológicos.

Cofactores como la ***paridad***, el tabaquismo, la ***inmunosupresión*** particularmente la relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la infección por otras enfermedades de transmisión sexual y la desnutrición se han asociado, en grado variable, con la aparición de cáncer invasivo del cuello uterino.

En varios estudios las mujeres con tres o cuatro embarazos de término tenían un riego 2,6 veces más alto de aparición de cáncer cérvico uterino que aquellas que nunca habían dado a luz; las mujeres con siete partos o más, presentaron un riesgo 3,8 veces mayor

El tabaquismo parece estar firmemente asociado con la aparición de lesiones precancerosas cervicales y cáncer. Se encuentra entre los cofactores ambientales

más uniformemente identificados con la probabilidad de influir en el riego de padecer cáncer cérvico uterino; los estudios revelan que el riesgo para las fumadoras actuales al menos duplica el de las no fumadoras.

Otro posible cofactor: Anticonceptivos orales, podría aumentar hasta cuatro veces el riesgo de cáncer cérvico uterino en la mujeres infectadas con el VPH.

Aunque el comportamiento sexual de la mujer es relevante para considerarlo un factor de riesgo, se debe hacer énfasis en mujeres que aunque ellas tengan una sola pareja, si el hombre tiene una práctica sexual promiscua y/o tiene antecedentes de haber tenido una pareja portadora de cáncer cérvico uterino se considera una pareja sexual de riesgo.

E. Inspección visual con Acido Acético (IVAA):

La técnica del IVAA no debe ser aplicada a mujeres que:

- Están siendo tratadas por Lesión Intraepitelial cervical o cáncer de cérvix.
- Han tenido una histerectomía total
- No han iniciado vida sexual.
- Presentan sangrado al momento de la consulta.
- Embarazadas y puérperas.

La IVAA es un método de tamizaje de lesiones intra-epiteliales de cuello uterino que consiste en el examen directo del cérvix luego de la aplicación de ácido acético del 5% (vinagre). La ventaja de este método es que se logran resultados inmediatos y no se requieren equipos especiales, ya que todos los implementos necesarios pueden ser accesibles a cualquier centro de salud de nuestro país.

Cuando el epitelio atípico entra en contacto con el acido acético, se torna de color blanquecino durante algunos minutos, volviendo luego a su color original. Este fenómeno se puede reproducir cada vez que se aplica vinagre, debido a que el vinagre deshidrata las células y coagula proteínas nucleares, lo que en el caso del epitelio displásico, hace que los núcleos celulares agrandados se conglomeren impidiendo el paso de la luz, notándose color blanco.

F. Materiales para la IVAA: mesa de examen ginecológico, lámpara de mano o frontal o de cuello de cisne (luz blanca); torundas de algodón, gasa, acido acético del 3% al 5% espéculos vaginales, guantes, pinza de ojo, casos cilíndricos o cuadrados, solución de cloro al 5% para descontaminar instrumentos, papelería correspondiente.

Para lograr resultado de la IVAA, debe ser realizado sólo por personal de salud que haya recibido capacitación en la técnica.

El personal de salud capacitado antes de aplicar el acido acético debe visualizar la unión escamocolumnar en su totalidad si no es visible debe optar por el PAP.

Es básico que el personal capacitado, inmediatamente que aplique el acido acético observe ***continuamente durante unos 2 minutos*** el cuello del cerviz, para que valore si se pinta de inmediato y si tarda en quitarse, ya que esto es indicativo de una LIE de bajo grado o alto grado.

G. Detección de Lesiones del CERVIX:

La inspección visual con ácido acético se basa en la propiedad que tienen las lesiones intraepiteliales de cuello uterino de tornarse de color blanquecino al entrar en contacto con el acido acético. Sin embargo, hay que tener presente que existen cuadros benignos en los cuales también pueden dar epitelio aceto-blanco pudiendo causar confusión al examinador. Si hay duda deberá de referir de inmediato a nivel de mayor resolución

H. Interpretación de Resultados de IVAA:

Es Resultado Negativo cuando:

- No se observa mancha blanca en la unión escamocolumnar.
- Presenta Mancha Blanca tenue de bordes mal definidos, o tipo moteado.
- Línea blanca tenue en la unión escamo – columnar.
- Epitelio acetoblanco lejos de la zona de transformación o que desaparece rápidamente.

I. Es Resultado Positivo cuando:

- Mancha blanca de bordes bien definidos localizada en o cerca de la unión escamo columnar (ver figura de página 21).
- Las manchas que después de aplicado el acido acético se tiñen rápidamente y persisten por varios minutos sugiere lesiones graves (LIEAG).

J. Altamente sospechoso de Cáncer Invasor:

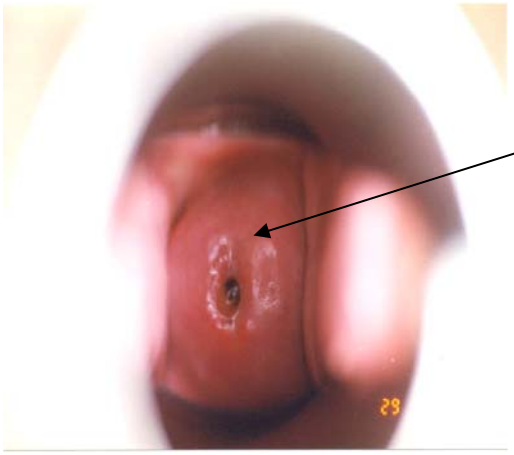
No es posible determinar si se encuentra en alguna de las tres categorías anteriores. Por lo cual deberá referir.

K. Resultado Indeterminado cuando:

No es posible determinar si se encuentra en alguna de las tres categorías anteriores, por lo cual deberá referir.

	Mancha blanca lejos de la Zona de Transformación, no es significativo.
	Epitelio aceto-blanco poco preciso, lejos de la zona de transformación, no es significativo.
	Líneas blanquecinas tenues, no es significativo.
	Epitelio aceto-blanco lineal, no es significativo.
	Reacción aceto – blanca en el epitelio glandular, no es significativo.
	Epitelio blanco grueso y bien definido, en la zona de transformación o unión escamocolumnar, si es significativo, se considera POSITIVO.

Cuello Uterino Normal de Nulípara



Epitelio escamoso

Orificio externo circular

Unión escamo columnar cerca del orificio

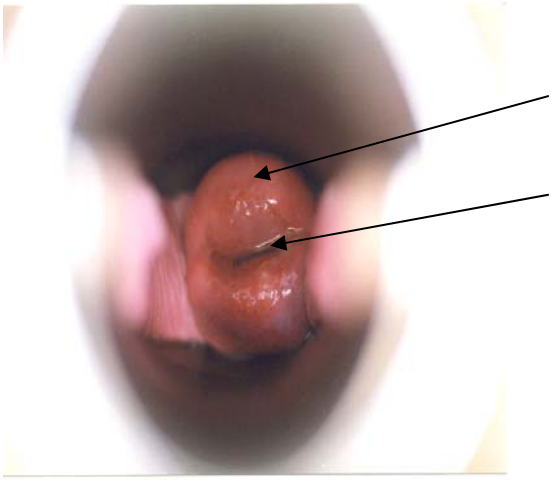
L. Algunas consideraciones a tomar en cuenta que son normales:

Epitelio escamoso

Orificio externo horizontal

Epitelio columnar

i. Metaplasma Escamosa: Es un proceso fisiológico mediante el cual, las células del epitelio columnar son reemplazadas paulatinamente por epitelio escamoso. Este proceso se ve incrementado en casos de infección, cervicitis, presencia de DIU, etc. Luego de la aplicación de ácido acético al 3-5% toma una coloración blanca tenue.

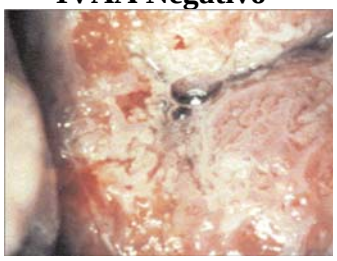


IVAA Negativo

Metaplasma inmadura

IVAA Negativo

Pólipo

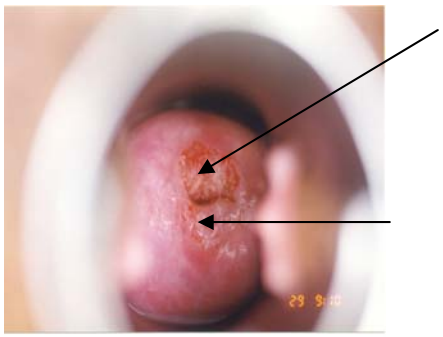


Epitelio Escamoso Normal; ecrtopión

ii. Metaplasma inmadura:

Ectropion: se caracteriza por la presencia de epitelio columnar en la superficie del ectocérvix. También se le llama ectopia. Este proceso se estimula por agentes como los anticonceptivos orales.

Epitelio Columnar



Epitelio Escamoso

iii. Algunas alteraciones del cuello uterino:

Cervicitis: La apariencia es roja, carnosa. Algunas infecciones del tracto reproductivo, como la Tricomonas vaginales pueden producir apariencia de fresa, con áreas rojas alternadas con áreas rosadas.

M. Tratamiento de las Lesiones Intra-epiteliales de Cuello Uterino:

Una vez que se detecta la presencia de lesión intraepitelial de cuello uterino, la paciente debe recibir tratamiento para erradicar el epitelio anormal e impedir que progrese hacia lesión mayor.

Las opciones terapéuticas son múltiples, desde los métodos que conservación de la fertilidad hasta la histerectomía. Todos ellos se basan en la eliminación de la zona de transformación, donde asienta la enfermedad intraepitelial.

<u>Los métodos se dividen en dos grupos:</u>

Métodos Ablativos: (Destruyen la zona de transformación)

1. Crioterapia.
2. Electrofulguración.
3. Fulguración con Láser.

Métodos de Resección: (Extraen la zona de transformación)

1. Cono frío.
2. Resección electro quirúrgica con Asa de Alambre (Cono LEEP).
3. Cono láser.
4. Histerectomía.

Es muy importante dejar claro que si se encuentra alguna sospecha de cáncer invasor de cuello uterino, la paciente **NO** debe ser tratada mediante estos métodos, debiendo ser referida inmediatamente a un centro especializado para su debido manejo (radioterapia o cirugía radical).

VIII. LA CRIOTERAPIA:

Es el tratamiento que se le realizará a la usuaria por personal capacitado, una vez que presente IVAA positivo y reúna los criterios para esto; la crioterapia es:

- Altamente efectiva: En lesiones pequeñas y moderadas.
- No causa subsecuente daño al cérvix.
- Se usa equipo simple, relativamente de bajo costo.
- Puede ser realizado por médicos generales capacitados.
- Es un tratamiento rápido, no requiere anestesia ni electricidad.
- Puede ser utilizado el mismo día del diagnóstico clínico.

Pero:

- Es menos efectivo / no práctico si la lesión es grande (por lo que se debe referir).
- Necesita tanque de CO_2.
- Causa mucho flujo que molesta a la mujer.

A. Insumos para la realización de la crioterapia:

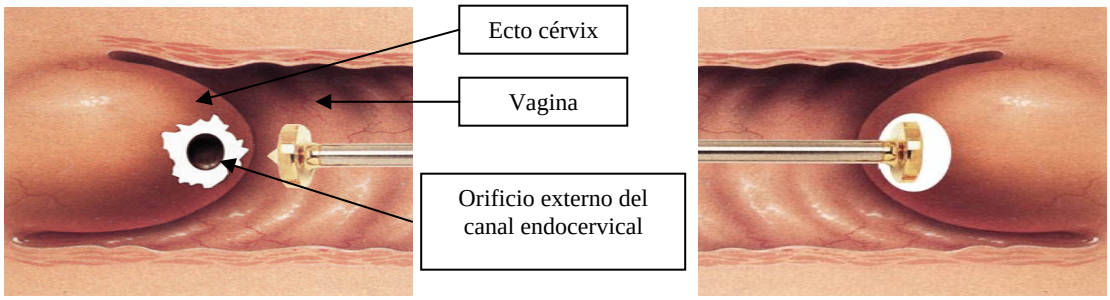
Equipo para crio (tipo pistola), con variedad de forma de puntas de crio que se adapten correctamente a las diferentes formas del cervix y la lesión; tanque de 100kg con gas de óxido nitroso (N20) y oxido de carbono (CO2) de uso hospitalario y sus anexos; torundas, guantes, espátulas de madera; casos de acero.

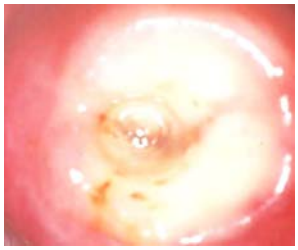
B. Criterios para crioterapia:

1. Mujer con tamizaje positivo para Lesión intra-epitelial cervical.
2. La lesión no debe exceder el 75% de la superficie del cuello uterino.
3. La lesión debe ser cubierta en su totalidad por la criosonda con no más allá de 2mm de sus bordes.
4. Los bordes de la lesión deben de ser totalmente visibles, sin ninguna extensión adentro del endocervix o dentro de la pared vaginal.

C. Recomendaciones importantes en crioterapia:

1. La presión de gas debe estar por encima de 40gramos / centímetro cuadrado.
2. Respetar los tiempos recomendados en la aplicación de la crioterapia, tres minutos de congelamiento, cinco de descongelamiento, y tres de congelamiento; o sea el esquema 3-5-3.





Cérvix inmediatamente después de la crioterapia

Cérvix dos semanas después de la crioterpaia

Cérvix tres meses después de la crioterapia

D. Efectos colaterales y complicaciones de la crioterapia:

La crioterapia, como cualquier otro tratamiento, no esta libre de efectos colaterales no deseados y complicaciones, los cuales son:

- Flujo Vaginal o leucorrea: la cual puede durar entre 4 y 6 semanas, debe ser acuoso y sin mal olor, si cambia sus características hacia purulenta y mal oliente se considera infección y se deberá recibir tratamiento inmediato.

- Dolor: es tipo cólico de regla y se produce durante la aplicación y algunas horas después, habitualmente cede con anti-inflamatorios.
- Si el dolor es pélvico y acompañado de fiebre debe sospecharse de Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) y recibir tratamiento inmediato.

- Sangrado: es raro y puede ser tipo acuoso, si aumenta significativamente, debe realizarse evaluación del cérvix usando un espéculo vaginal, con el objetivo de confirmar que el sangrado es de lecho de la crioterapia, en cuyo caso se puede manejar con taponamiento vaginal. Este taponamiento vaginal se debe cambiar diariamente y es recomendable añadir antibiótico. En los casos que no cede el sangrado a pesar del taponamiento, se debe referir al centro especializado más cercano.

- Estenosis del canal endocervical, es raro, se puede manejar mediante el uso de dilatadores.

- Quemadura de la pared vaginal: se produce con más frecuencia en pacientes con vagina redundante, se aconseja tener especial cuidado de que la punta del aplicador no toque las paredes vaginales.

E. Referencia

Si se presenta alguna de los signos de alerta abajo enumerados, la paciente debe ser evaluada a la brevedad ante la posibilidad de enfermedad inflamatoria pélvica, necesitando ser referida a nivel de mayor resolución para su tratamiento inmediato

Signos de Alerta para referir
1. Leucorrea mal oliente. 2. Dolor pélvico. 3. Fiebre. 4. Sangrado.

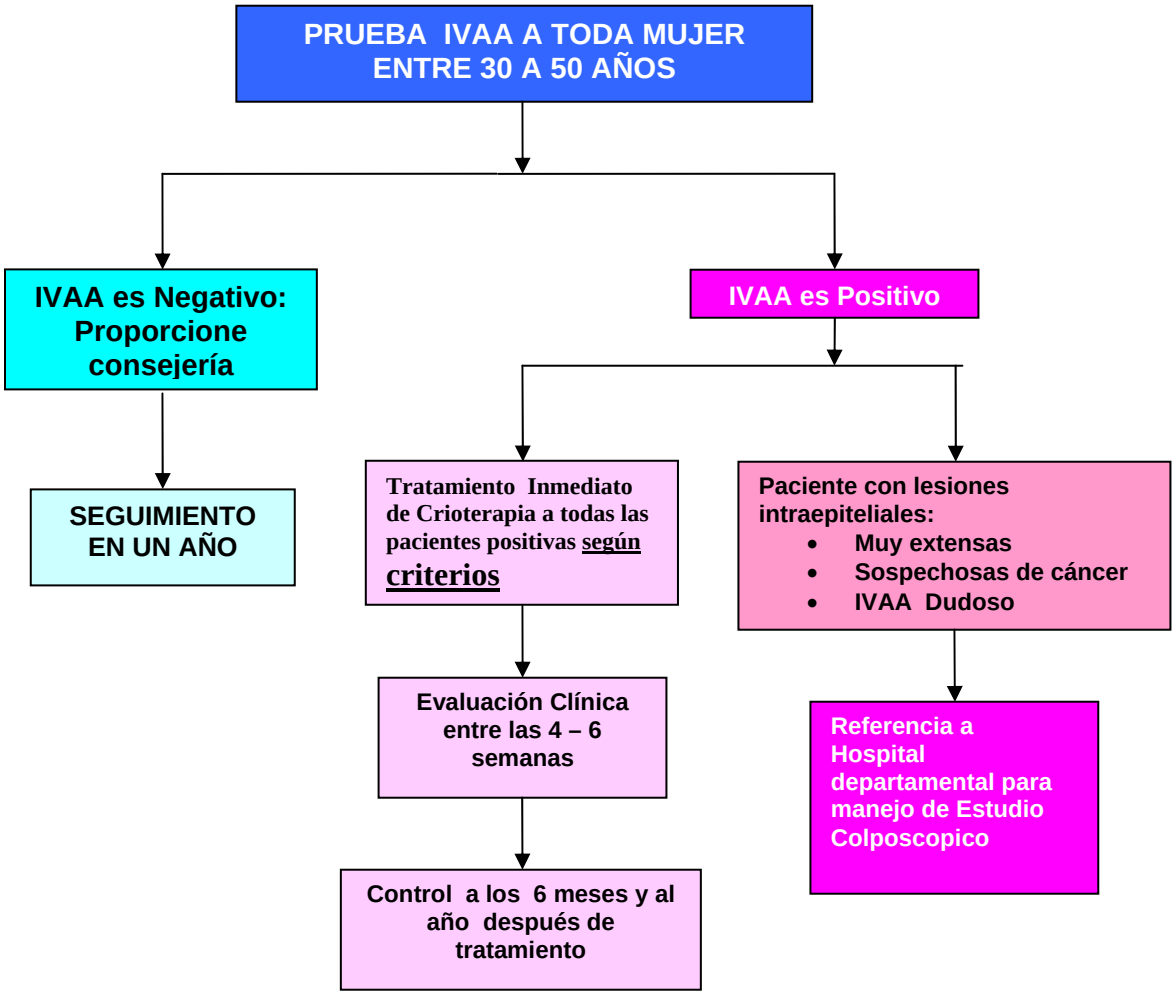
El criterio de alta posterior al procedimiento por la Crioterapia es realizar al año de tratamiento un PAP y una Colposcopía y que esta esté negativa.

F. Instrucciones para pacientes después de crioterapia del cuello uterino:

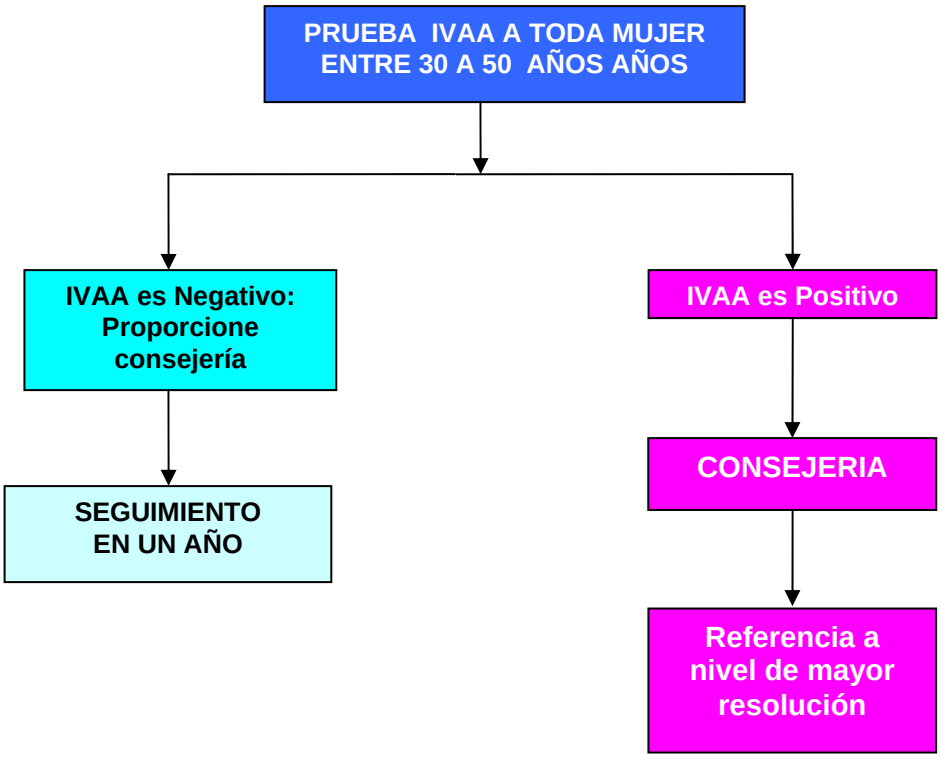
- Después del tratamiento casi todas las mujeres presentan un flujo vaginal espeso por 14 a 28 días.
- Algunas usuarias pueden tener un ligero sangrado o dolor tipo cólico.
- No deberá colocarse nada en la vagina, ni usar duchas vaginales en los siguientes 28 días.
- No deberá tener relaciones sexuales por un mes y si es posible que la pareja use condón o preservativo por tres meses. (Durante el período de curación esta más susceptible de contraer enfermedades transmisibles sexualmente).
- Si el flujo se hace maloliente y/o se acompaña de dolor tipo cólico, por favor visite el centro de salud de su comunidad.
- Regrese a consulta en 4 semanas para control.
- Evaluar el uso de cicatrizante (no debe hacerse una rutina).
- Cualquier duda que tenga háganosla saber, que gustosamente le proporcionaremos información necesaria.
- Acuda a control en la fecha programada.

IX. FLUJOGRAMAS

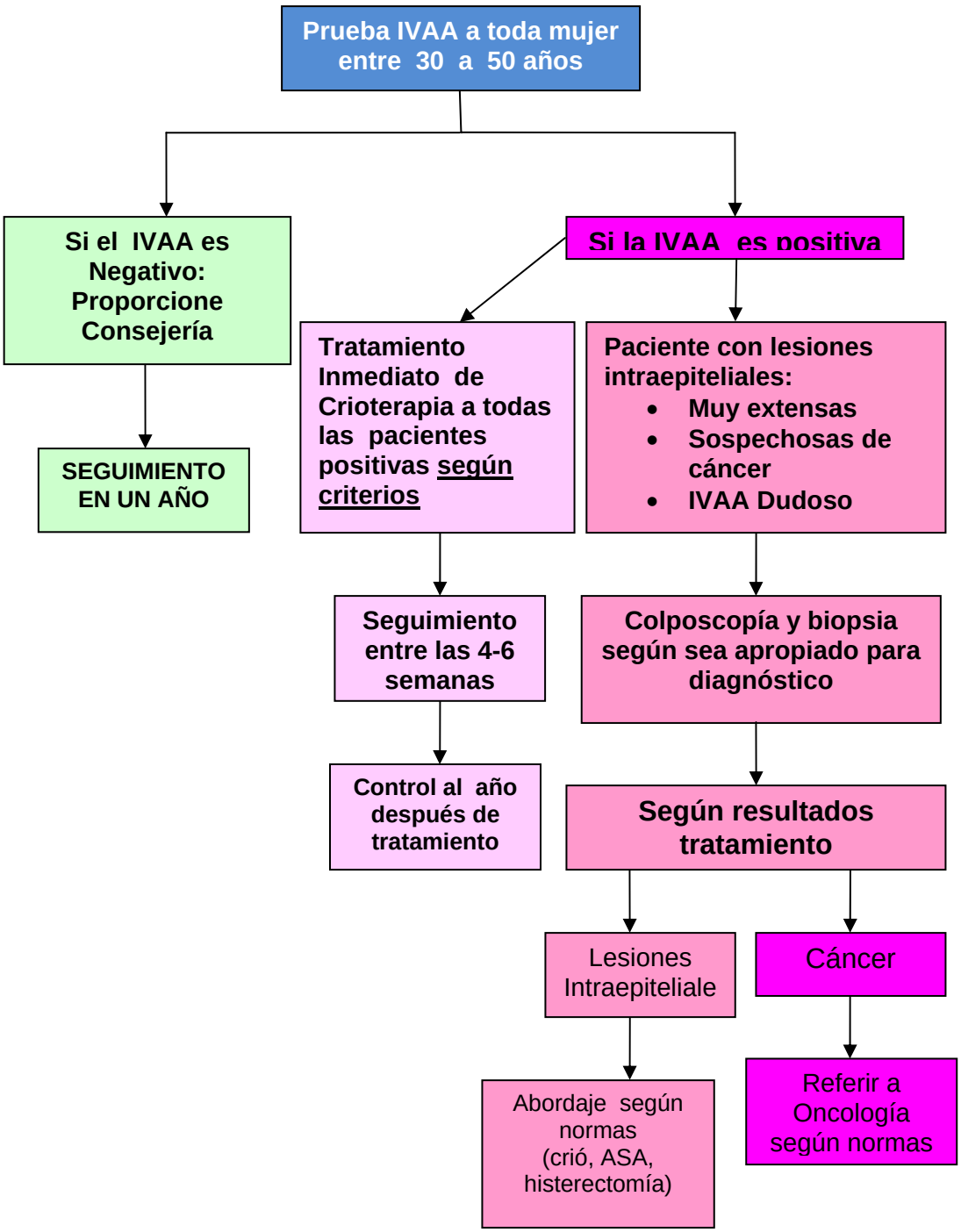
FLUJOGRAMA DE MANEJO PARA TAMIZAJE CON IVAA Y TRATAMIENTO INMEDIATO DE CRIOTERAPIA (VER Y TRATAR)



FLUJOGRAMA DE MANEJO PARA TAMIZAJE CON IVAA
Enfermería



FLUJOGRAMA DE MANEJO PARA TAMIZAJE CON IVAA Y TRATAMIENTO INMEDIATO DE CRIOTERAPÍA
Especialistas


Prueba IVAA a toda mujer entre 30 a 50 años
Si el IVAA es Negativo: Proporcione Consejería
SEGUIMIENTO EN UN AÑO
Si la IVAA es positiva
Tratamiento Inmediato de Crioterapia a todas las pacientes positivas según criterios
Paciente con lesiones intraepiteliales:
Muy extensas
Sospechosas de cáncer
IVAA Dudoso
Seguimiento entre las 4-6 semanas
Control al año después de tratamiento
Colposcopía y biopsia según sea apropiado para diagnóstico
Según resultados tratamiento
Lesiones Intraepiteliale
Cáncer
Abordaje según normas (crió, ASA, histerectomía)
Referir a Oncología según normas

X. REFERENCIAS

1. Acuerdo de la XXIII reunión del sector de salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD) consideración #4.

2. Bishop a, Sherris J, and Tsu VT. Cervical Dyplasia Treatment in Developing Countries: a Situation anlysis. Seattle: PATH, July 1995.

3. IARC Working Group on Evaluation of Cervical Cancer Screening Programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screenig policies. British Medical Journal, Volumen 9293, pages 659-664, september 13, 1986.

4. Jaminon et al., eds. Disease Control Priorities in Developing Countries. Oxford University Press, World Bank, 1993.

5. Jerónimo J y col. Citología cervical anormal: distribución por grupos etareos. Ginecol Obstet Peru, vol 44, Nº 2, 1998, paginas 97-100.

6. Koss L. The Papanicolaou Test of Cervical Cancer Detection, a triumph and a tragedy. JaMa Vol 261, pages 737-43, 1989.

7. Manual de Normas y Procedimientos para la prevención del Cáncer de Cuello Uterino. Programa de Planificación Familiar. Ministerio de Salud Perú.

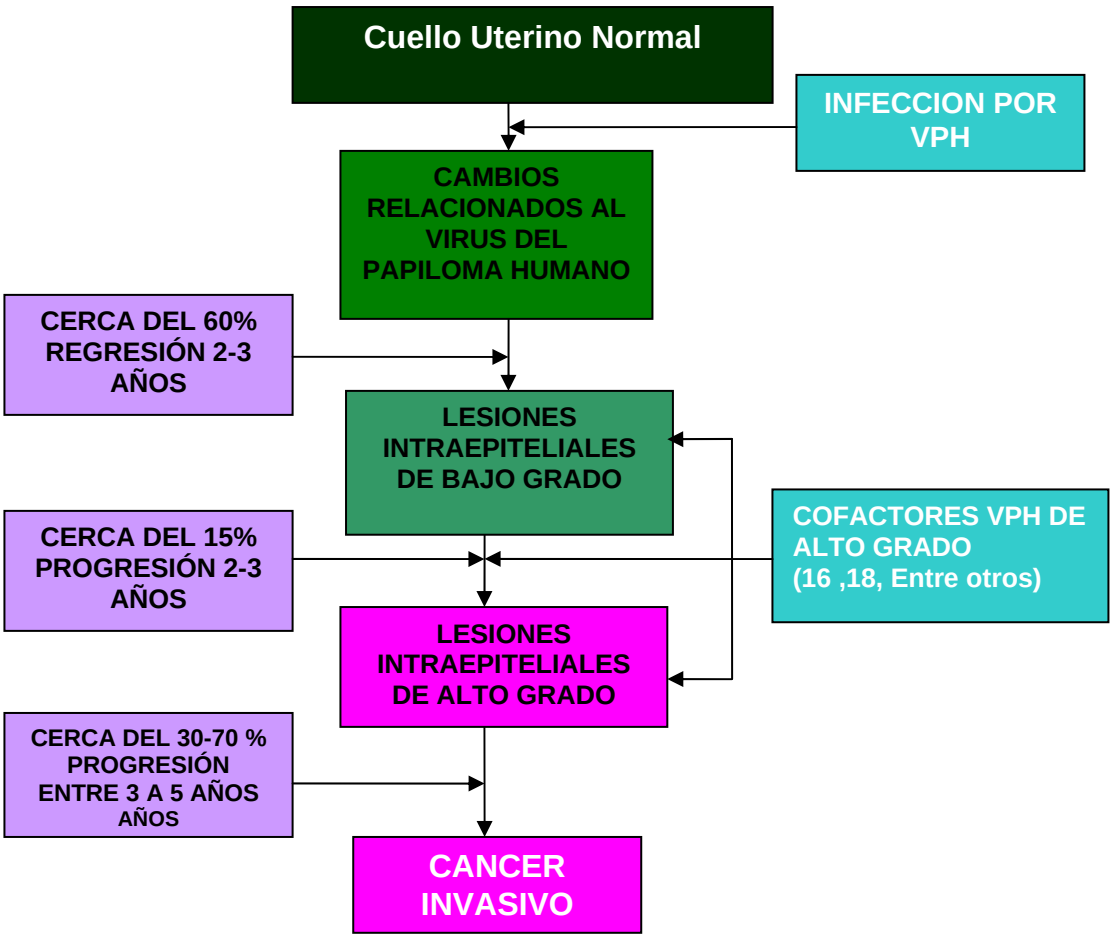
8. Manual para proveedores de servicios; tamizaje y tratamiento inmediato de lesiones preinvasoras de cuello uterino. OPS,2001.

9. Norma Técnica de Prevención, detección y atención del cáncer Cérvico uterino. Ministerios de salud. Nicaragua 2006.

10. PATH. Planing appropriate Cervical Cancer Control Programs. Prepared for the World Bank by PaTH, March 1997.

XI. ANEXOS

ANEXO 1
RESUMEN DE LA HISTORIA NATURAL DEL CANCER DE CUELLO UTERINO



La evolución natural de las lesiones intraepiteliales (LIE), pueden proceder a regresión progresión en cualquiera de sus etapas.

ANEXO 2

LISTA DE VERIFICACION PARA OBSRVACION DE LA TECNICA DE IVAA y TRATAMIIENTO DECRIOTERAPIA
(Para uso de Resp. de Monitoreo /Supervisión)

Unidad de salud _____ **Personal de salud** _____

TAREA	CASO				
A. EVALUACION DE LA USUARIA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Saluda a la usuaria con respecto y amabilidad.					
2. Explica por qué se recomienda la prueba de inspección visual con ácido acético y describe en qué consiste.					
3. Informa a la usuaria cuales pueden ser los resultados, y qué seguimiento o tratamiento puede resultar necesario, a fin de que firme el consentimiento de manera informada y de libre elección. Principalmente si es ver y tratar.					
4. Confirma datos de salud Reproductiva de la usuaria.					
- Paridad.					
Embarazo actual.					
- Edad de la primera relación sexual(coito).					
- Método anticonceptivo que usa en la actualidad.					
- Número de compañeros sexuales.					
- Antecedente de informe de transmisión sexual, (incluido VIH o SIDA).					
- Tabaquismo antes o presente.					
- Antecedente de Papanicolaou anormal.					
- Uso de corticoesteroides de forma crónica.					
B. PREPARACION					
1. Se asegura de que la usuaria haya ido a orinar en los últimos 30 minutos.					
2. Comprueba que los instrumentos, suministros y fuente de luz estén disponibles y listos para su uso.					
3. Comprueba que dispone de recipiente con					

TAREA	CASO				
solución de cloro al 0.5% y recipiente para materiales de desechos.					
4. Explica a la usuaria lo que se va hacer, y la anima a que haga pregunta.					
5. Pide a la usuaria que se desvista de la cintura para abajo, proporciona una bata, y la ayuda a subirse a la mesa de examen.					
6. Se lava las manos debidamente con agua y jabón y se seca con un paño seco y limpio o las deja secar al aire.					
7. Palpa el abdomen de la usuaria y la cubre para hacer el examen pélvico y la prueba de inspección visual con ácido acético.					
8. Se coloca un par de guantes quirúrgicos nuevos o sometidos a desinfección.					
9. Coloca los instrumentos y suministros en una bandeja o envases sometidas a DAN.					
C. INSPECCIÓN VISUAL CON ACIDO ACETICO (IVAA)					
1. Observa los órganos genitales externos y el orificio de la uretra.					
2. Introduce delicadamente el especulo en la vagina, fija las hojas en posición abierta y ajuste la luz de forma que se pueda ver el cuello del útero en su totalidad.					
3. Usa torunda de algodón o un hisopo vaginal para toda secreción, sangre o moco que encontrase en el cuello uterino.					
4. Examina el cuello uterino para ver si hay cervicitis, tumores, quistes de Naboth, úlceras o sangrado fácil. Si al examen identifica un cáncer invasor efectúa la referencia correspondiente.					
5. Identifica el orificio uterino, la zona de trasformación y la unión escamocolumnar.					
6. Aplique acido acético en el cuello uterino durante un minuto (use el cronometró), luego seque con torunda el exceso de acido acético.					
7. Inspecciona la zona de transformación con cuidado y anota lo que ve que se pone de color blanco, si el cuello uterino sangra con facilidad o si la zona T esta engrosada, protuberante o tiene bultos o granos. Se asegura de poder ver la totalidad de la zona					

TAREA	CASO				
T y examina el canal endocervical utilizando un hisopo pequeño.					
8. Si es necesario repite los pasos 6 y 7 (recuerde que el efecto acetoblanco es transitorio).					
9. Una vez completada la inspección visual, retira el exceso de acido acético pueda haber quedando en el cuello uterino y la vagina.					
10. Si el IVAA es negativo explica que volverá dentro de un año ha realizarse otro examen.					
11. Si el IVAA es positivo le explica que procederá a tratamiento de crioterapia (una vez explicado el procedimiento y la aprobación de la usuaria) recuerde la usuaria no debe estar embarazada.					
LISTA DE VERICACION PARA CRIOTERAPIA, una vez realizado IVAA					
A. INSPECCIÓN VISUAL CON ACIDO ACETICO (IVAA)					
1. Observa los órganos genitales externos y el orificio de la uretra.					
2. Introduce delicadamente el espéculo en la vagina, fija las hojas en posición abierta y ajuste la luz de forma que se pueda ver el cuello del útero en su totalidad.					
3. Usa torunda de algodón o un hisopo vaginal para toda secreción, sangre o moco que encontrase en el cuello uterino.					
4. Examina el cuello uterino para ver si hay cervicitis, tumores, quistes de Naboth, úlceras o sangrado fácil. Si al examen identifica un cáncer invasor efectúa la referencia correspondiente.					
5. Identifica el orificio uterino, la zona de trasformación y la unión escamocolumnar.					
6. Aplique ácido acético en el cuello uterino durante un minuto (use el cronómetro), luego seque con torunda el exceso de ácido acético.					
7. Inspecciona la zona de transformación con cuidado y anota lo que ve que se pone de color blanco, si el cuello uterino sangra con facilidad o si la zona T esta engrosada, protuberante o tiene bultos o granos. Se					

TAREA	CASO				
asegura de poder ver la totalidad de la zona T y examina el canal endocervical utilizando un hisopo pequeño.					
8. Si es necesario repite los pasos 6 y 7 (recuerde que el efecto acetoblanco es transitorio).					
B. PREPARACION					
1. Comprueba que los instrumentos, guantes y suministros estén listos.					
2. Comprueba que el instrumento de crioterapia esté listo para su uso, y que el gas (CO_2) esté saliendo del tanque a la presión de 50-70- g/cm2. Pone el cronómetro a tres minutos.					
3. Informa a la usuaria lo que va a ocurrir y la alienta a que haga preguntas.					
4. Pide a la usuaria que vaya a orinar.					
C. CRIOTERAPIA					
1. Identifica en el cuello uterino la posición del orificio uterino, la zona de transformación y el lugar y tamaño de la lesión.					
2. Realiza la depuración del equipo con la punta de la pistola sin el protector hacia arriba, apretando el gatillo descongelar 2 veces, alertado a la paciente sobre el sonido que va a escuchar. Esto es para evitar su obstrucción durante el procedimiento.					
3. Coloca la crió punta y la ajusta adecuadamente.					
4. Se asegura de que la criopunta no toque las paredes laterales de la vagina, si las paredes de la vagina son redundantes o el cerviz es muy pequeño se puede usar un preservativo en el especuló o un par de baja lenguas para proteger las paredes vaginales.					
5. Pone en marcha el cronómetro y presiona del gas para comenzar la congelación.					
6. Congelar por 3 minutos.					
7. Durante el procedimiento se comunica permanentemente con la usuaria para verificar su estado.					
8. Espera 5 minutos y repite el procedimiento (pasos 10, 11, 12, y 13) por 3 minutos más.					
9. Verifica que el cuello uterino no sangre, y si sangra, hace presión con una gasa o					

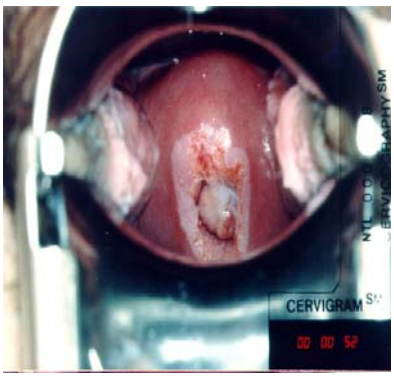
TAREA	CASO				
algodón.					
10. Saca el espéculo y lo coloca en una solución de cloro al 0.5% durante 10 minutos para descontaminarlo.					
11. Se asegura que la usuaria no presente molestia antes de que se siente, se vista y se baje de la mesa.					
TAREA DESPUES DE LA CRIOTERAPIA					
1. Antes de quitarse los guantes, se asegura de que el material de desecho esté en un recipiente para material contaminado (bolsa de plástica o envase sin fuga), que la fuente de luz sea limpiada con una solución de cloro al 0.5% y que la mesa de examen haya sido descontaminada con solución clorada.					
2. Sumerge ambas manos con guantes en una solución de cloro al 0.5% y se quita los guantes dándoles la vuelta. 3. -Si los guantes se van eliminar, los colocas en un recipientes para material contaminado. 4. Si se van a volver a usar, los sumerge en una solución de cloro al 0.5% durante 10minutos para decontaminarlos.					
5. Se lava las manos debidamente con agua y jabón, y la seca con un paño limpio y seco, o las deja secar al aire. Después de 3 lavados aplicar alcohol gel.					
6. Se calza un par guantes de uso doméstico.					
7. Limpia la pistola de crioterapia con una toalla mojada en agua jabonosa.					
8. 6. desenrosca la criopunta del brazo.					
9. Protege el extremo hueco de la criopunta para evitar el ingreso de agua antes de lavarla con agua jabonosa y someterla a DAN.					
10. Coloca la pistola de crioterapia en el sujetador del regulador insertando previamente el protector de plástico en la punta libre.					
11. Anota el tratamiento y plan de seguimiento en la expediente de la usuaria.					
12. Indica a la usuaria que efectos puede esperar y durante cuánto tiempo debe abstenerse de tener relaciones sexuales, así como el uso de preservativos. Le indica así					

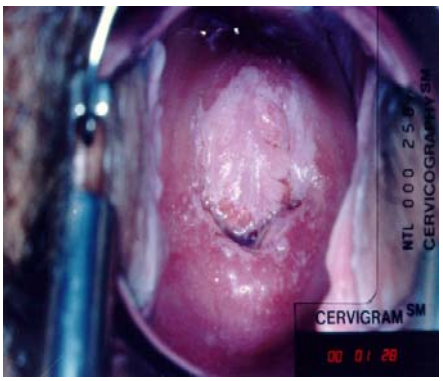
TAREA	CASO				
mismo cuales son los signos de peligro que requieren que vuelva a la clínica y cuales son las instrucciones que debe seguir.					
13. Observar a la usuaria al menos durante 15 minutos y le pregunta cómo se siente antes de mandarla a casa.					

Nota: es importante que durante el inicio de la implementación se realice observación semanalmente de forma sistemática, a fin de mejorar la calidad de la atención

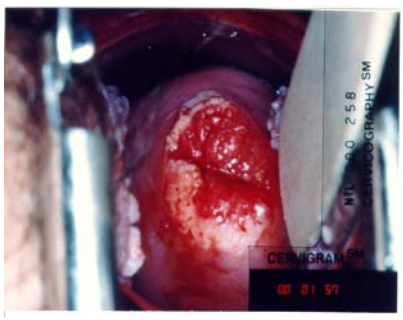
ANEXO 4

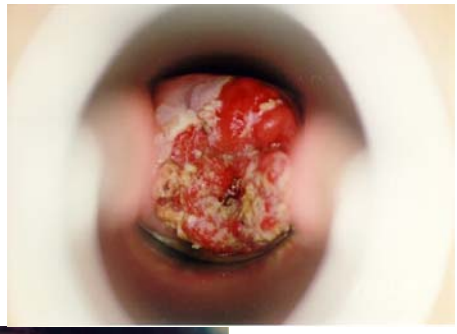
ILUSTRACIONES: IVAA Positivo





SOSPECHA DE CANCER





ANEXO 5: FICHA DE IVAA

IVAA

1	Historia Clínica

2	Fecha
Día	Mes / Año

3 Red:_____ 4. Establecimiento:_____

5. Apellidos y Nombres:_____

6. Motivo de Consulta Tamizaje ☐ Control post Tratamiento ☐ Control Discrep. 6 Meses ☐

7. Muestras Tomadas en este momento

	Si	No
PAP	☐	☐
Citología Líquida	☐	☐

8. Otros diagnósticos

	Si	No
Vaginitis	☐	☐
Cervicitis	☐	☐
Quiste de Naboth	☐	☐
Pólipo	☐	☐
Condiloma	☐	☐
Otros	☐	☐

9. Carta de Consentimiento IVAA
Si ☐ No ☐

10. ¿Usa actualmente un MAC?
Si ☐ No ☐
Si la respuesta es NO pasar a Pregunta Nº. 13

11. Tipo de anticonceptivo ☐

1. Inyección	5. AQV	9. Norplan
2. Píldora	6. Vasectomía	10. Condón
3. DIU	7. Ritmo	11. Otros
4. Tableta Vaginal	8. MEJA	

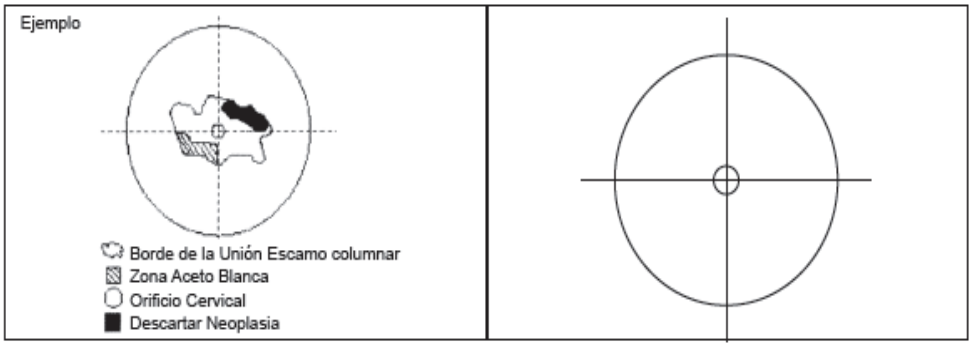
12. Tiempo de Uso_____

13. F.U.R._____/____/_____

Descripción de la IVAA

Inspección Visual después de aplicar Acido Acético (IVAA): Siga el Ejemplo

Dibuje con una línea el borde donde la unión del orificio cervical y la unión escano-columnar están localizadas. Si hay una evidencia de neoplasia, dibújelo y píntelo con línea solida, y nómbrelo "Descartar Neoplasia"



14. ¿Unión Escamo columnar visible completamente?
Si ☐ No ☐

15. Ubicación y extensión de la lesión

Superior derecho	☐	Interior Derecho	☐
Superior Izquierdo	☐	Inferior Izquierdo	☐
Extensión a CEC*	☐	Extensión a vagina	☐

16. Proporción del Cérvix comprometida

25%	☐	54-74%	☐
25-49%	☐	a 75%	☐

17. Resultado de la IVAA

Cuello Normal	☐	Cuello Anormal	☐
Descartar neoplasia	☐		

18. Indicaciones

Control 3 años	☐	Referida al médico para Evaluación	☐
Referida a copo	☐	Seguimiento post cio	☐

Motivo de Referencia

No acepta tratamiento	Duda diagnóstica
No hay equipo disponible	
Sospecha de Cáncer	Lesión extensa
Penetra canal	Embarazo

19. Observaciones

20. Examinador (Nombre y Colegiatura)

* CEC: Canal Endocervical

ANEXO 7: CONSEJERÍA

La consejería es un elemento crucial. Mediante la consejería los proveedores de la atención ayudan a que las usuarias tomen sus propias decisiones acerca de su salud sexual y reproductiva y que las pongan en práctica. La buena consejería tiene como resultados usuarias más satisfechas y contribuye a que utilicen los servicios de detección temprana de cáncer cérvico uterino por más tiempo y con mayor éxito.

No es necesario que la buena consejería tome mucho tiempo, especialmente si la información se ajusta a las necesidades de la usuaria. Una buena consejería requiere de una persona capacitada que mantenga una actitud respetuosa y considerada hacia las usuarias. En la consejería existen principios básicos que no deben pasarse por alto como son:

- Trate bien a todas las usuarias: el/la consejera(o) debe ser cortés, tratar con respeto a todas las usuarias, creando un ambiente de confianza.
- hablar abiertamente y darle la seguridad que nada de lo que se diga se discutirá con otras personas dentro o fuera del establecimiento.
- Interactúe: el/la consejera(o) debe saber escuchar y responder adecuadamente a la usuaria, cada una es diferente, la mejor manera de ayudar es comprendiendo las necesidades y preocupaciones de dicha persona.
- Adapte la información a la usuaria: al escuchar atentamente el/la consejera(o) conoce que tipo de información que necesita la usuaria, dicha información debe ser brindada en forma precisa y en lenguaje comprensible a la usuaria.

Evite el exceso de información: las usuarias necesitan información para hacer elecciones informadas, el exceso hace más difícil recordar la información realmente importante, si se utiliza todo el tiempo para brindar información se deja muy poco para preguntas y respuestas.

Involucre a la usuaria en el manejo que necesita: el/la consejera(o)ayuda a que las usuarias participen en la elección basada en la información y el/la consejera(o) debe respetar esa decisión y verificar que la usuaria comprenda el examen o procedimiento a realizar, los beneficio y posibles riesgos a la salud, así como los efectos secundarios, de esta manera el/la consejera(o) se asegura que la usuaria haga una elección informada. Cuando las usuarias participan en las decisiones, utilizan los servicios de salud preventiva por más tiempo y en forma más efectiva.

Ayude a que la usuaria comprenda y recuerde: el/la consejera(o) enseña a la usuaria los materiales que se utilizan en el procedimiento, muestra y explica el contenido de rota folios, póster, mantas, folletos u otros impresos con dibujos. Si puede entréguele material que lleve a su casa, este le ayudara a recordar y compartir con otras personas.

1. INFORMACION BASICA

- Conocimiento de la enfermedad.
- Factores de riesgo.
- Interacción y mecanismos de transmisión de ITS.
- Medidas preventivas.
- Beneficios de la detección temprana del cáncer cérvico uterino.
- Efectos secundarios del tratamiento.
- Participación activa de la pareja.

2. CONSEJERIA PREVIA

- Presentarse con nombre y función dentro del equipo de salud.
- Significado de la prueba o procedimiento.
- Motivos por los cuales desea hacerse la prueba de detección o por los cuales fue referida.
- En que consiste la prueba.
- Ventajas de realizarse la prueba para la detección temprana.
- Objetivo de la prueba y sus resultados.
- Importancia de acudir al resultado de la prueba o procedimiento.
- Necesidad de repetir la prueba o el procedimiento, si es necesario.
- Estado actual de salud.
- Situaciones de riesgo.
- Situaciones que no presentan riesgo.
- Mecanismos de prevención.
- Acordar con la usuaria la fecha y la hora de la próxima cita.

3. CONSEJERIA AL MOMENTO DEL RESULTADO DEL TAMIZAJE

- Mirar a la usuaria a los ojos a la hora de entregar el resultado.
- Mostrar Interés.
- Brindar el tiempo necesario para que la usuaria asimile el resultado, respete su silencio si es necesario.
- Apoyar a la usuaria a que comparta sus reacciones iniciales.
- Aclarar el significado de los resultados a la usuaria, a su pareja o acompañante si fuere factible.
- Explicar las acciones siguientes a realizar.
- Si el resultado es negativo, determinar cuando se repetirá la prueba siguiente.
- Desarrollar un plan de seguimiento.
- Orientar hacia como mantenerse libre de o con menor riesgo.
- Si va a ser referida, debe quedar bien clara de cuándo y dónde debe acudir.
- Hacerle ver la importancia de continuar con tratamiento, si lo amerita.