

República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

**NORMA TÉCNICA PARA LA
DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER
DE CUELLO UTERINO Y GUÍA DE
ATENCIÓN DE LESIONES
PRENEOPLÁSICAS DE CUELLO
UTERINO**

CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ

NORMA TÉCNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y GUÍA DE ATENCIÓN DE LESIONES PRENEOPLÁSICAS DE CUELLO UTERINO

VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ

Ministro de Salud

MAURICIO ALBERTO BUSTAMANTE GARCÍA

Viceministro de Salud

CARLOS ARTURO SARMIENTO LIMAS

Director General de Promoción y Prevención

TABLA DE CONTENIDO

1. JUSTIFICACIÓN	5
2. DEFINICIÓN	5
3. OBJETIVO.....	5
4. POBLACION OBJETO.....	6
5. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO	6
5.1 TOMA DE CITOLOGÍA CERVICO UTERINA (CITOLOGÍA CERVICOUTERINA 89.9.2.00)	6
5.1.1 Recomendaciones organizacionales para la toma de la citología cervico uterina.....	8
5.2 LECTURA Y REPORTE DE LA CITOLOGÍA CERVICOUTERINA.....	8
5.3 CONDUCTAS SEGÚN REPORTE DE LA CITOLOGIA CERVICAL.....	11
5.4 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	12
5.4.1 Reporte de la Colposcopia.....	13
5.4.2 Resultado de las biopsias	14
6. GUÍA PARA EL MANEJO DE LAS LESIONES PREINVASIVAS DE CUELLO UTERINO.....	15
6.1 INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) Y NEOPLASIA INTRACERVICAL (NIC) DE BAJO GRADO	15
6.2 NEOPLASIA INTRACERVICAL DE ALTO GRADO: NIC II Y NIC III	16
6.3 CONTROLES.....	18
7. FLUJOGRAMAS	19
FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE DETECCIÓN DE CANCER DE CUELLO UTERINO	19

7.2	FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE LA MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE NIC I	23
7.3	FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE LA MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE NIC DE ALTO GRADO	24
8.	BIBLIOGRAFÍA	25

1. JUSTIFICACIÓN

En Colombia, el cáncer de cuello uterino es de alta incidencia y mortalidad. Este es más frecuente en mujeres de bajo nivel socioeconómico con vida sexual activa y alta multiparidad. Este cáncer está fuertemente asociado con la edad temprana a la primera relación sexual y múltiples compañeros sexuales tanto en las mujeres como en sus parejas.

La efectividad de los exámenes citológicos practicados a intervalos regulares para detectar precozmente el cáncer cervical, ha sido demostrada mediante estudios epidemiológicos realizados en todo el mundo. La detección precoz por citología reduce efectivamente en un 60% la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino infiltrante en las poblaciones que son sometidas a tamizaje sistemático.

Por lo anterior se establece la siguiente norma técnica que define las condiciones básicas de realización de los procedimientos requeridos para la detección oportuna de este evento.

2. DEFINICIÓN

La detección temprana del cáncer de cuello uterino corresponde al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres entre 25 y 69 años o menores de 25 años con vida sexual activa, para la toma de citología cervico uterina.

La atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino, corresponde al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres con diagnóstico de lesión preneoplásica, tendientes a incrementar las posibilidades de curación, minimizar los riesgos de complicación y aumentar el tiempo de sobrevida y su calidad.

3. OBJETIVO

Identificar oportunamente lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino, orientar a las mujeres afectadas hacia los servicios de diagnóstico

definitivo y definir de manera adecuada y oportuna el tratamiento, tendiente a incrementar las posibilidades de curación y el tiempo de sobrevida.

4. POBLACION OBJETO

La población beneficiaria de esta norma son todas las mujeres entre 25 y 69 años o las menores de 25 años con vida sexual activa afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado.

5. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO

Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones deben ser realizadas por un equipo de salud capacitado que garantice la atención humanizada y de calidad para todas las mujeres que accedan a los servicios.

5.1 TOMA DE CITOLOGÍA CERVICO UTERINA (Citología cervicouterina 89.9.2.00)

La toma de la citología cervico uterina debe realizarse en el esquema 1-1-3; esto significa que si el resultado de la primera citología es normal, se realiza una segunda citología al año para eliminar los posibles falsos negativos, si esta segunda citología es normal se debe citar a la mujer para otra citología en tres años y mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología continúe negativo. En los casos en que la última citología haya sido tomada hace más de tres años se debe reiniciar el esquema 1-1-3.

Hay que tener en cuenta que la citología cervico uterina no es diagnóstica, sino sugestiva e identifica a las mujeres sospechosas de tener cáncer de cuello uterino y a las que muy seguramente están libres de él, e indica qué mujeres deben acceder a los servicios de diagnóstico definitivo.

Esta actividad debe ser realizada por médico o enfermera debidamente capacitados, con el fin de obtener una muestra para estudio de las células de la unión escamocelular (exocervical) o también llamada zona de transición y del endocérnix, para identificar posibles alteraciones preneoplásicas o neoplásicas.

Los pasos a seguir en la toma de citología son:

- Anamnesis y diligenciamiento del registro para citología.
- Preparación de las láminas.
- Toma de la muestra utilizando espátula de madera o plástico para el exocérvix y cepillo para el endocérvix, teniendo en cuenta:
 - No hacer tacto vaginal antes de la toma de la muestra
 - Usar espéculo sin lubricante
 - Exponer muy bien el cérvix
 - Limpiar el exceso de flujo con torunda de algodón.
 - Extender la muestra en forma adecuada para que quede delgada
 - Fijar la muestra utilizando cito-spray, fijador comercial o alcohol al 95%
- Identificar adecuadamente la lámina.
- Informar a la usuaria sobre la importancia de reclamar oportunamente el resultado.

Si en momento de tomar la citología se observa lesión cervical tumoral visible o sintomatología de sangrados intermenstruales (metrorragias), post-coito o post-menopaúsico, es preciso remitir inmediatamente al ginecólogo sin esperar el resultado de la citología.

Dada la dificultad de acceso de algunas mujeres al programa de toma de citología, o su escasa motivación, las contraindicaciones para tomar la citología se deben minimizar y aprovechar el momento en que acude la paciente para realizar el examen, por lo que se puede tomar en los siguientes casos:

- **Durante el período menstrual cuando el sangrado sea escaso.**
- **En caso de abundante flujo, previa limpieza del cuello uterino con una torunda de algodón.**
- **En caso de relaciones sexuales recientes o de ducha vaginal previa.**

- **En presencia de sangrado genital persistente, excepto que sea profuso.**

5.1.1 Recomendaciones organizacionales para la toma de la citología cervico uterina

Con el objeto de no perder el recurso que representa un programa de tamizaje y para que éste cause el debido impacto en la disminución de la incidencia y la mortalidad de la enfermedad se deben crear las **UNIDADES DE TAMIZAJE**.

Estas unidades deben encargarse no sólo de la toma de la citología por parte de un médico o enfermera, sino que deben garantizar los informes de los resultados, hacer el seguimiento de los casos problema, manejar el esquema 1-1-3 en la población objeto y remitir a un nivel superior a las usuarias que requieran de un procedimiento diagnóstico definitivo (Unidades de Colposcopia y Patología cervicouterina, nivel II).

5.2 LECTURA Y REPORTE DE LA CITOLOGÍA CERVICOUTERINA

La lectura de la citología cervico uterina debe realizarse en laboratorios centralizados de citología y patología, que cumplan con las normas y controles de calidad reglamentados para tal fin. La lectura debe ser realizada por citotecnólogos bajo la supervisión y asesoría de un citopatólogo o patólogo adecuadamente entrenado en lectura de citología cervicouterina.

El citotecnólogo es responsable de todos los casos definitivamente negativos para neoplasia y debe remitir para segunda lectura, por parte del citopatólogo, todas las placas reportadas como anormales y/o positivas. Así mismo debe discutir en conjunto los reportes en los cuales exista amplia divergencia entre las lecturas.

Con el objeto de adoptar una terminología uniforme que pueda ser relacionada con las clasificaciones histopatológicas, se ha adoptado el **Sistema Bethesda** que ofrece al médico tratante información descriptiva que orienta la toma de decisiones para el manejo adecuado de las mujeres que acceden a los servicios de tamizaje.

La primera parte del Sistema Bethesda tiene que ver con la calidad del espécimen para examinar, ya que es necesario determinar la calidad del material disponible en la placa para la lectura, esta puede clasificada así:

- **Satisfactoria para evaluación:** la muestra tiene cantidad suficiente de material exocervical y endocervical para lectura.
- **Satisfactorio pero limitado:** sólo puede leerse el 50% de la muestra, por mala fijación, muestra muy gruesa, reacción inflamatoria severa, muestra hemorrágica, mala preservación celular o por ausencia de células endocervicales. Se deben analizar las causas pudiéndose repetir al año.
- **Inadecuada:** sólo puede leerse el 25% del total del extendido por mala fijación, mala tinción, muestra muy gruesa, sólo material hemorrágico o material inflamatorio. A pesar de ser inadecuada, se deben reportar los hallazgos, resaltando que debe repetirse previo tratamiento de los hallazgos que así lo requieran.

La **segunda** parte del reporte se refiere a los resultados citológicos propiamente dichos, estos se presentan así:

- Negativa para neoplasia
- Cambios Celulares Benignos
 - Infección (describe las posibles causas)
 - Cambios reactivos (describe las posibles causas)
- Anormalidades De Células Epiteliales
 - De Células Escamosas
 - Atipias de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS o ACSI)
 - Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado(LEIBG):
 - Infección por Virus del Papiloma Humano – VPH
 - Neoplasia intraepitelial del cérvix grado I (NIC)
 - Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto Grado (LEIAG):
 - Neoplasia intraepitelial grado II(NIC II)
 - Neoplasia intraepitelial grado III (NIC III)

Carcinoma escamocelular

- De Células Glandulares
 - Células Endometriales de Aspecto Benigno en pacientes post-menopáusicas
 - Atipias de células glandulares de significado indeterminado (AGUS – AGSI):
 - Adenocarcinoma endocervical
 - Adenocarcinoma endometrial
 - Adenocarcinoma extrauterino
 - Adenocarcinoma de sitio no especificado.
- Otras neoplasias malignas
 - Anormalidades de células no epiteliales. Ante este reporte la usuaria debe remitirse a ginecólogo-oncólogo para estudio y tratamiento.

La **tercera** parte es el diagnóstico descriptivo:

- Infección
 - Vaginosis Bacteriana
 - Tricomonas
 - Clamydia
 - Actinomyces
 - Herpes
 - Otros
- Cambios reactivos
 - Cambios reparativos
 - Inflamación por atrofia

- Cambios por radioterapia
- Cambios por dispositivo intrauterino
- Otros

La **cuarta** parte se refiere a la evaluación hormonal, que si bien es cierto no corresponde con el propósito de la citología cervicouterina, se encuentra útil para inducir algunas conductas terapéuticas. El reporte en esta parte es como sigue:

- Patrón hormonal compatible con edad e historia
- Patrón hormonal no compatible con edad e historia
- Evaluación hormonal no factible (causa)

5.3 CONDUCTAS SEGÚN REPORTE DE LA CITOLOGÍA CERVICAL

En general se acepta que no más de un 10% de las citologías tomadas deben ser remitidas para colposcopia.

De acuerdo con los resultados de la citología las conductas a seguir son:

Si la citología es reportada como normal satisfactoria, continúa el esquema de tamizaje descrito.

Si la citología reporta cambios benignos, se analizan las causas, se ordena el tratamiento necesario y continúa el esquema de tamizaje.

Si la citología es reportada como anormal, la paciente debe ser remitida a una unidad de patología cervical y colposcopia.

La Unidad de Tamizaje debe realizar búsqueda activa de todas las mujeres con resultado de CITOLOGÍA ANORMAL u otros casos de remisión inmediata (lesión tumoral cervical visible o sintomatología de sangrado intermenstrual, postcoito o postmenopáusico; se les debe explicar el resultado o causa de remisión y orientarlas para el diagnóstico y tratamiento definitivo, asegurando su atención en el otro organismo de referencia.

Cuando el reporte de la citología es **NEGATIVO PARA NEOPLASIA**, la Unidad de Tamizaje le hará entrega del mismo, dando indicaciones sobre el siguiente control de acuerdo con los parámetros establecidos. Es de suma importancia motivar a las mujeres para que cumplan con regularidad sus citas dentro del esquema 1-1-3.

Es importante resaltar la búsqueda activa que se debe hacer a todas aquellas mujeres que pasados los 30 días no regresen a reclamar su reporte.

5.4 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Dado que la citología de cuello uterino no es diagnóstica, se requiere de la evaluación histológica para establecer un diagnóstico definitivo de las lesiones preneoplásicas o neoplásicas, y la colposcopia (colposcopia 70.2.2.00) y biopsia dirigida (colposcopia con biopsia 70.2.2.01) son los métodos ideales para realizarlo.

Estos procedimientos debe ser realizado en las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia (UPCC). Estas unidades deben contar con un ginecólogo debidamente entrenado y certificado como colposcopista por una institución autorizada, para que además de realizar la biopsia dirigida tenga la suficiente autonomía para orientar el tratamiento adecuado y de ser posible realizarlo él mismo o remitir a un nivel superior de complejidad.

Dicho ginecólogo podrá utilizar la metodología de ver y tratar por lo que requiere que tenga suficiente entrenamiento en éste tipo de patología. Esta permitirá ahorrar tiempo a las pacientes lográndose una atención más oportuna, con un diagnóstico y tratamiento más rápidos.

Es responsabilidad de estas Unidades remitir a las pacientes a una instancia de mayor complejidad de atención cuando así lo requieran, asegurándose que sean atendidas.

Las U.P.C.C. deben contar con un colposcopio con tres magnificaciones y filtro verde para un adecuado examen, además se debe contar con el equipo indispensable para la toma de biopsia y con equipo de radiofrecuencia para los tratamientos locales.

En este nivel debe abrirse historia clínica a todas las pacientes para consignar los hallazgos de la colposcopia (Informe Colposcópico), se deben diligenciar adecuadamente las solicitudes de patología e identificar las muestras correctamente, asegurando su pronta remisión a los laboratorios centrales de citología y patología. Además debe contar con un sistema de

registro donde se consigne el nombre de las pacientes, el número de historia clínica, el resultado de la colposcopia, de la biopsia y la conducta definitiva, asegurando la remisión a una instancia superior cuando el diagnóstico así lo amerite.

5.4.1 Reporte de la Colposcopia

Este reporte debe hacerse con base en los siguientes criterios:

- Satisfactoria
- Insatisfactoria
- Negativa o normal
- Positiva o anormal

Se deberá hacer descripción de los diferentes hallazgos colposcópicos, localización, extensión, causas por las cuales la colposcopia es insatisfactoria, de los cambios inflamatorios y en caso de colposcopia anormal indicar los diferentes cambios menores, mayores y los relacionados con la presencia de lesiones virales. Finalmente se debe hacer una impresión diagnóstica y señalar los sitios de donde fueron tomadas las biopsias.

Conductas según resultados de Citología y Colposcopia

RESULTADO DE CITOLOGÍA	COLPOSCOPI A NEGATIVA	COLPOSCOPI A INSATISFACTORIA	COLPOSCOPIA POSITIVA			
			Cambios Menores		Cambios Mayores	
			Bien Delimitados	No Delimitados	Bien Delimitados	No delimitados
ACSI o ASCUS VPH, LEI-BG	Citología en 6-12 meses	Biopsia endocervical	Citología en 6-12 meses	Biopsia endocervical	Biopsia Exo y endocérvix	Conización Diagnóstica
LEI-AG	Lgrado endocervical Cono diagnóstico	Lgrado endocervical Cono diagnóstico	Biopsia Exo y endocérvix	Biopsia Exo y endocérvix Cono diagnóstico.	Biopsia Exo y endocérvix (Ver y tratar).	Biopsia Exo y endocérvix Cono diagnóstico.

Ca. Infiltrante AGSI/AGUS Adenocarcinoma.	Lgrado endocervical y de endometrio. Cono diagnóstico	Lgrado endocervical y de Endometrio. Cono diagnóstico	Biopsia Exo y endocérvix. Clasificación clínica.	Biopsia Exo y endocérvix. Clasificación Clínica	Biopsia Exo y endocérvix. Clasificación Clínica	Biopsia Exo y endocérvix. Clasificación Clínica
---	---	---	--	---	---	---

5.4.2 Resultado de las biopsias

Siempre debe haber una adecuada correlación entre la citología, la colposcopia y las biopsias para tener un diagnóstico definitivo y sobre la base de él tomar una conducta. La ausencia de esta correlación conlleva a tomar una segunda serie de biopsias, o realizar un LLETZ más cubo endocervical o incluso un cono diagnóstico.

La biopsia dirigida y el curetaje endocervical pueden arrojar cualquiera de los siguientes resultados anatomopatológicos:

- Negativa para neoplasia
- Infección por VPH
- NIC de bajo grado: NIC I
- NIC de alto grado: NIC II, NIC III
- Neoplasia microinfiltrante: escamocelular o adenocarcinoma
- Neoplasia infiltrante: escamocelular o adenocarcinoma

Una vez realizado el diagnóstico definitivo, la mujer debe ser informada de una forma amplia y adecuada, asegurando la comprensión de su situación y solucionando las dudas que surjan acerca de su enfermedad y tratamiento. Para esto es necesario que exista un equipo interdisciplinario capaz de prestar atención médica y soporte psicológico y social adecuado.

De igual forma es indispensable hacer claridad sobre el pronóstico clínico, sobrevida en los casos de lesiones infiltrantes, los efectos secundarios del tratamiento, la posibilidad de nuevos embarazos y calidad de vida, porque sólo con éste tipo de información es posible lograr el compromiso necesario de la usuaria para el exitoso tratamiento.

Los tratamientos para las lesiones preinvasivas deben hacerse por ginecólogos debidamente capacitados y en instituciones con los recursos físicos para realizar tratamientos con métodos destructivos locales o

métodos escisionales locales o incluso de histerectomía abdominal ampliada, de tal forma que estos recursos físicos y técnicos garanticen a las usuarias un adecuado servicio.

Ante el diagnóstico de lesiones microinfiltrantes o infiltrantes es importante garantizar el acceso a instituciones de alta complejidad, en donde exista ginecólogo oncólogo certificado, en donde la paciente además de poder recibir el tratamiento quirúrgico adecuado, disponga de los recursos de radioterapia, quimioterapia, cuidados paliativos, terapia del dolor y rehabilitación. Todos ellos necesarios para la atención integral de las mujeres afectadas por cáncer del cuello uterino.

6. GUÍA PARA EL MANEJO DE LAS LESIONES PREINVASIVAS DE CUELLO UTERINO

6.1 INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) Y NEOPLASIA INTRACERVICAL (NIC) DE BAJO GRADO

Para el tratamiento hay que tener en cuenta que muchas de estas lesiones van a regresar espontáneamente por lo que la tendencia actual es la de dejarlas en observación, con controles citológicos y colposcópicos cada 6 meses o cada año, hasta que la lesión desaparezca. En caso contrario se procederá a su tratamiento según alguna de las posibilidades que se exponen más adelante. En las pacientes mayores de 30 años se puede realizar el tratamiento tan pronto se diagnostique, ya que muchas de estas lesiones ya son persistentes.

Para el tratamiento se puede utilizar cualquiera de los métodos destructivos locales como la electrocauterización, la criocirugía, la vaporización láser o con radiofrecuencia, o cualquier método que a juicio clínico garantice la destrucción completa de la lesión.

Cuando la lesión sea endocervical y no se visualice el límite superior de la misma, se debe realizar cubo endocervical y legrado del endocérnix residual, o en otros casos incluso conización clásica y legrado del endocérnix residual, ya que la lesión puede acompañarse de otra de mayor grado. En las pacientes muy jóvenes sin hijos se pueden dejar en observación estricta de citología y colposcopia cada 6 meses.

Debe aconsejarse a la pareja el uso del preservativo durante 4-6 meses en forma continua, con lo que muchas de las lesiones regresan y los tratamientos dan mejores resultados al romper el círculo de reinfecciones repetidas. Hay que tener en cuenta que entre más joven la mujer, más conservador se debe ser en el manejo, evitando sobretratamientos que puedan influir en la capacidad de reproducción futura.

6.2 NEOPLASIA INTRACERVICAL DE ALTO GRADO: NIC II Y NIC III

La conducta cambia de acuerdo a las circunstancias y cada caso debe ser analizado individualmente, teniendo en cuenta:

- La edad.
- Los deseos de gestaciones futuras.
- La localización y extensión de la lesión.
- El riesgo quirúrgico
- La facilidad de seguimiento de la usuaria.

En aquellas pacientes jóvenes o con deseo de embarazo, que presenten lesiones muy limitadas, visibles en toda su extensión, sin compromiso del canal se podría utilizar la criocirugía, la vaporización láser, en especial en lesiones de NIC II, o los procedimientos de LEEP, LLETZ, o conos poco profundos. En las lesiones de NIC III, se prefieren los métodos escisionales para obtener una muestra adicional para patología.

Cuando la lesión es más extensa, o compromete el canal se debe realizar el cono clásico bien sea con bisturí frío, radiofrecuencia o láser, con carácter terapéutico. Si la paciente ha cumplido su deseo reproductivo y es de difícil seguimiento o en etapa perimenopáusica se debe contemplar la posibilidad de histerectomía abdominal ampliada.

Se realizará conización diagnóstica, cuando no exista correlación entre la citología, la patología y la colposcopia, así como también cuando se tenga un diagnóstico histopatológico de microinfiltración o de adenocarcinoma In Situ, con el objeto de descartar una lesión infiltrante. Igualmente en todas las lesiones endocervicales que no sean visibles por completo a la colposcopia y de acuerdo con la edad, paridad, estado de compromiso del vértice o del

legrado del endocérnix residual, se dejará como tratamiento definitivo o se procederá a realizar la histerectomía abdominal ampliada.

Cuando la paciente se encuentra en embarazo, se dejará en observación, excepto que existan indicaciones para una conización diagnóstica, la cual se realizará en el segundo trimestre de la gestación. Estas pacientes dejadas en observación se controlarán con citología y colposcopia cada 3 meses, durante todo el embarazo, pudiendo tener el parto vaginal y recurriendo a la cesárea sólo si hay indicación obstétrica. Se realiza nueva valoración 8-12 semanas después del parto, definiendo la conducta de acuerdo a los hallazgos.

CONDUCTA SEGÚN ESTADO CLÍNICO Y CARACTERÍSTICAS DE LA USUARIA

REPORTE ANATOMO-PATOLOGICO	CARACTERÍSTICAS DE LA USUARIA	TRATAMIENTO
VPH O NIC I	Paciente joven y de fácil Seguimiento.	Observación, Colposcopia y Citología, cada 6-12 meses
	Pacientes mayores de 30 Años, difícil seguimiento.	Métodos destructivos locales
NIC Alto grado NIC II - NIC III	Paciente joven, lesión delimitada, visible en su	Crioterapia, vaporización láser. LEEP o LLETZ
	Paciente joven, lesión extensa y/o que se introduce al canal,	LLETZ más cubo y legrado endocérnix residual.
		Conización mas legrado endocérnix residual.
	Lesión endocervical sin ver su límite superior.	Conización diagnóstica o terapéutica, legrado endocérnix
	Paciente difícil control, paridad cumplida o	Histerectomía abdominal ampliada.
	Pacientes con riesgo quirúrgico elevado.	Braquiterapia.
	Paciente embarazada	Observación, parto vaginal. Tratamiento 8-12 semanas Post-parto.

6.3 CONTROLES

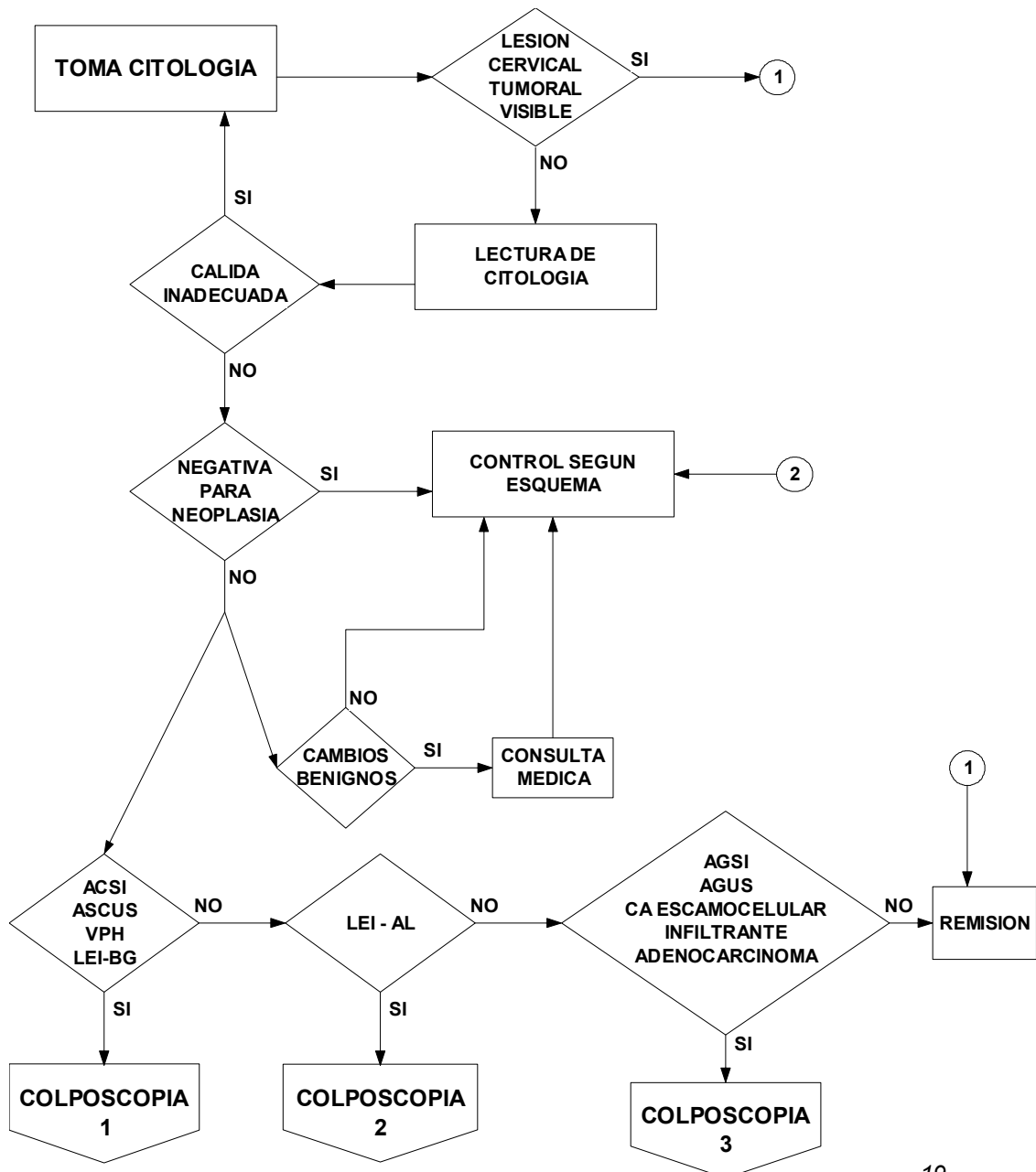
En todos los casos se hará control al mes del tratamiento, realizando examen físico general y examen ginecológico para detectar cualquier proceso anormal relacionado con la intervención.

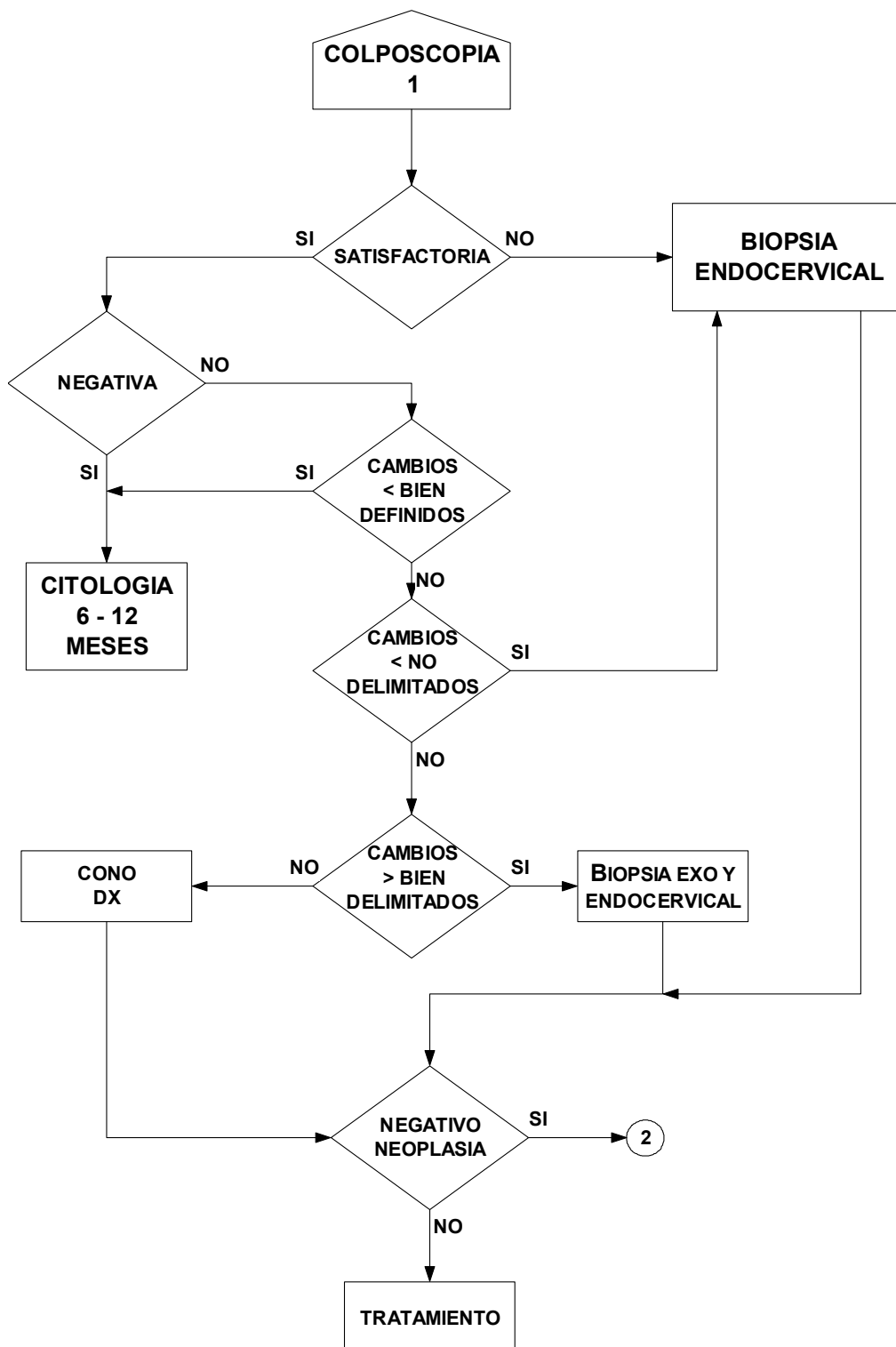
Los NIC de bajo grado se controlarán a los 6 meses, en la institución en donde se realizó la intervención, y debe incluir citología y colposcopia. Posteriormente se realizan controles cada año hasta completar cinco años con citologías negativas y luego continúa con citologías cada 3 años.

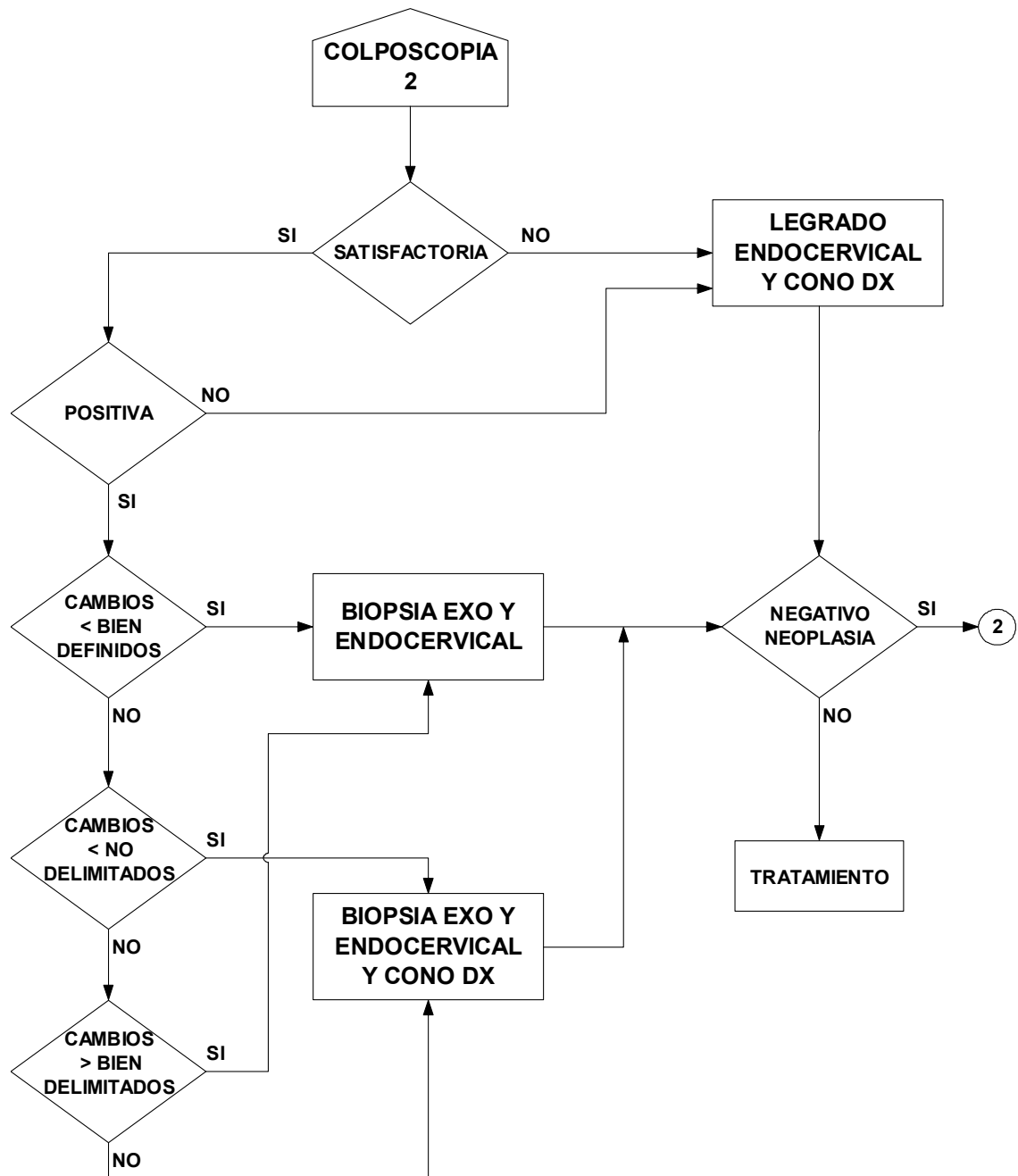
Los NIC de Alto grado se controlarán cada 6 meses durante los dos primeros años, mediante examen ginecológico, citología y colposcopia. Los controles posteriores se harán cada año. Hasta completar los 5 años, y si las citologías han sido negativas, se cambiará la frecuencia a cada 3 años.

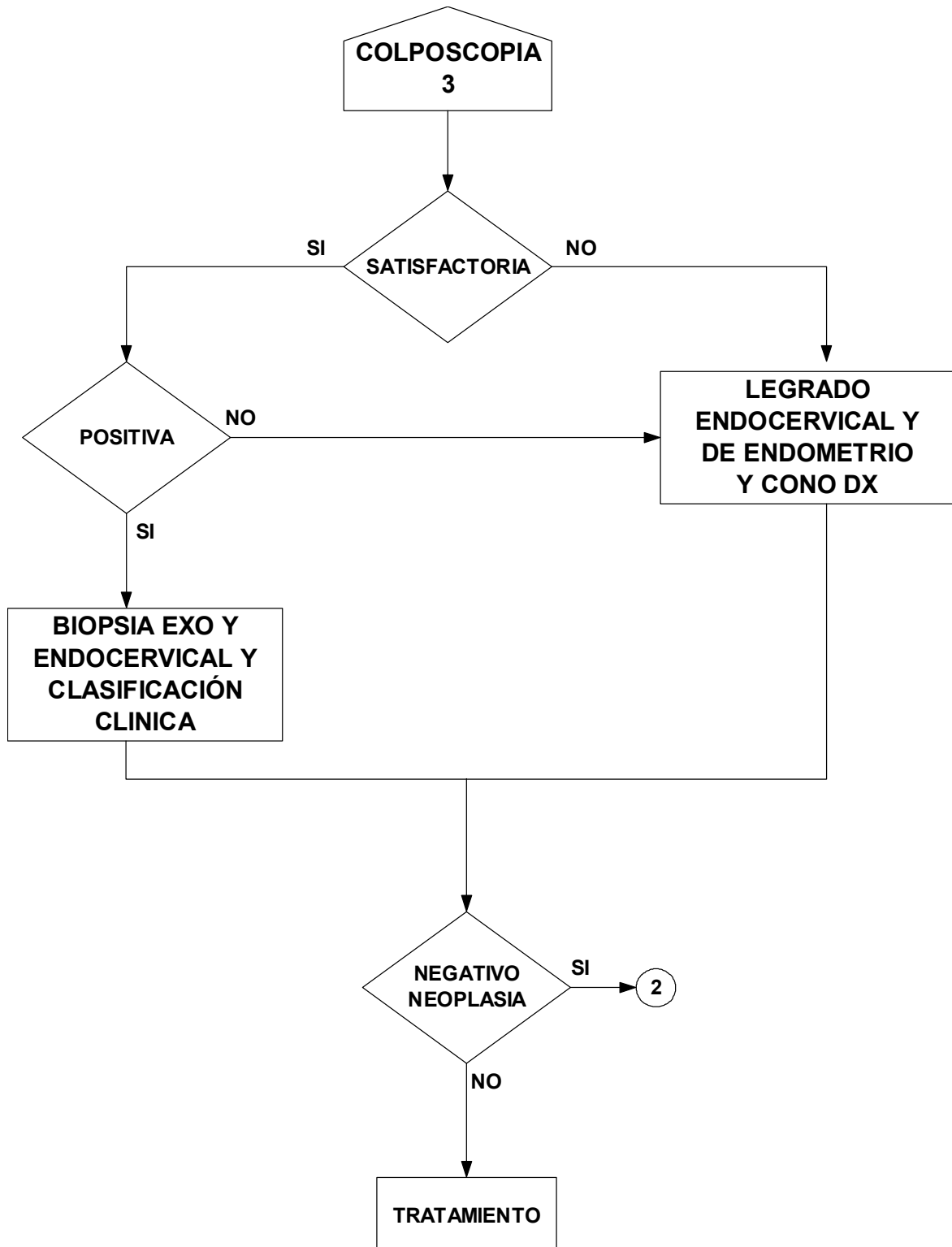
7. FLUJOGRAMAS

7.1 FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

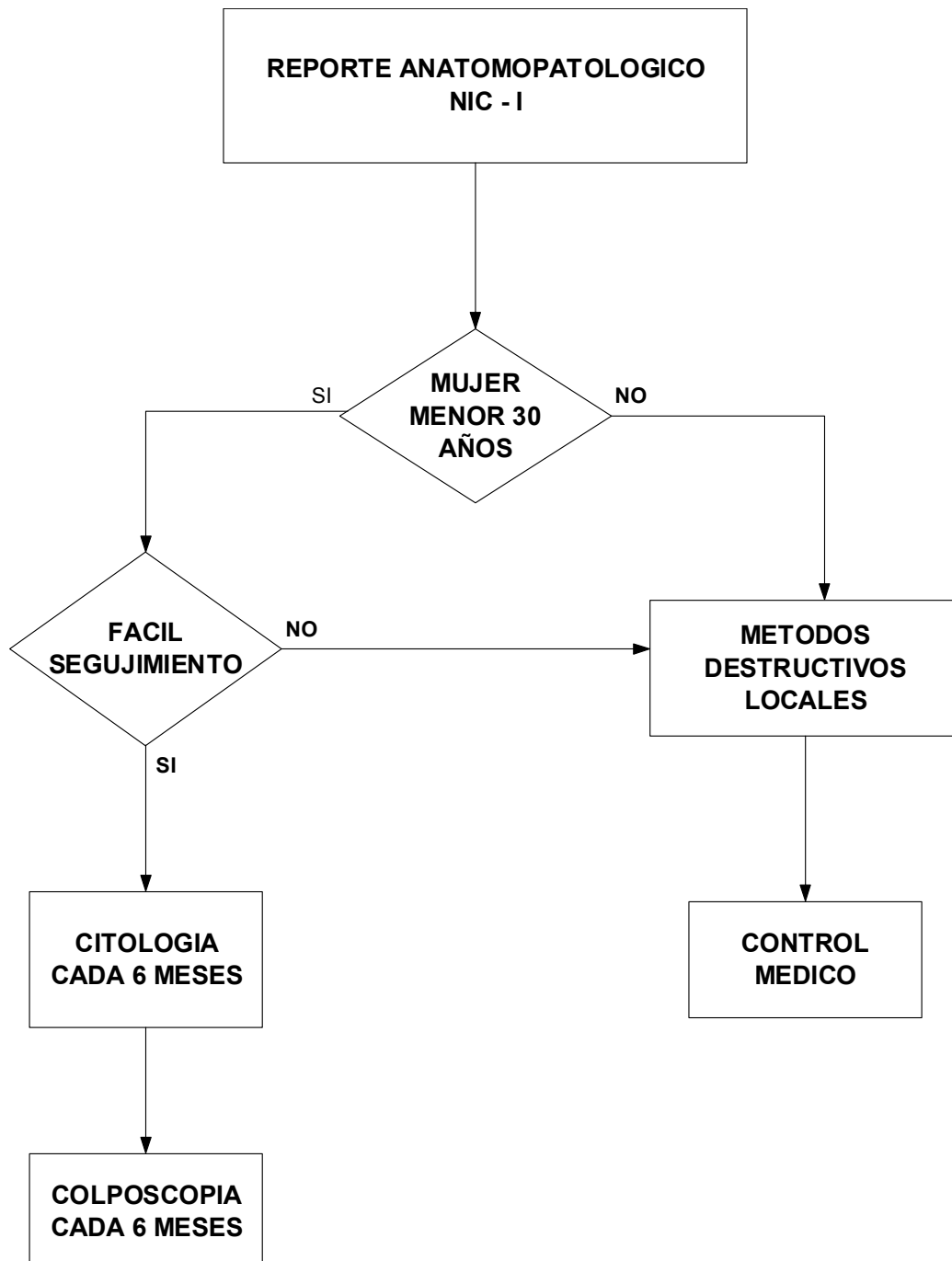




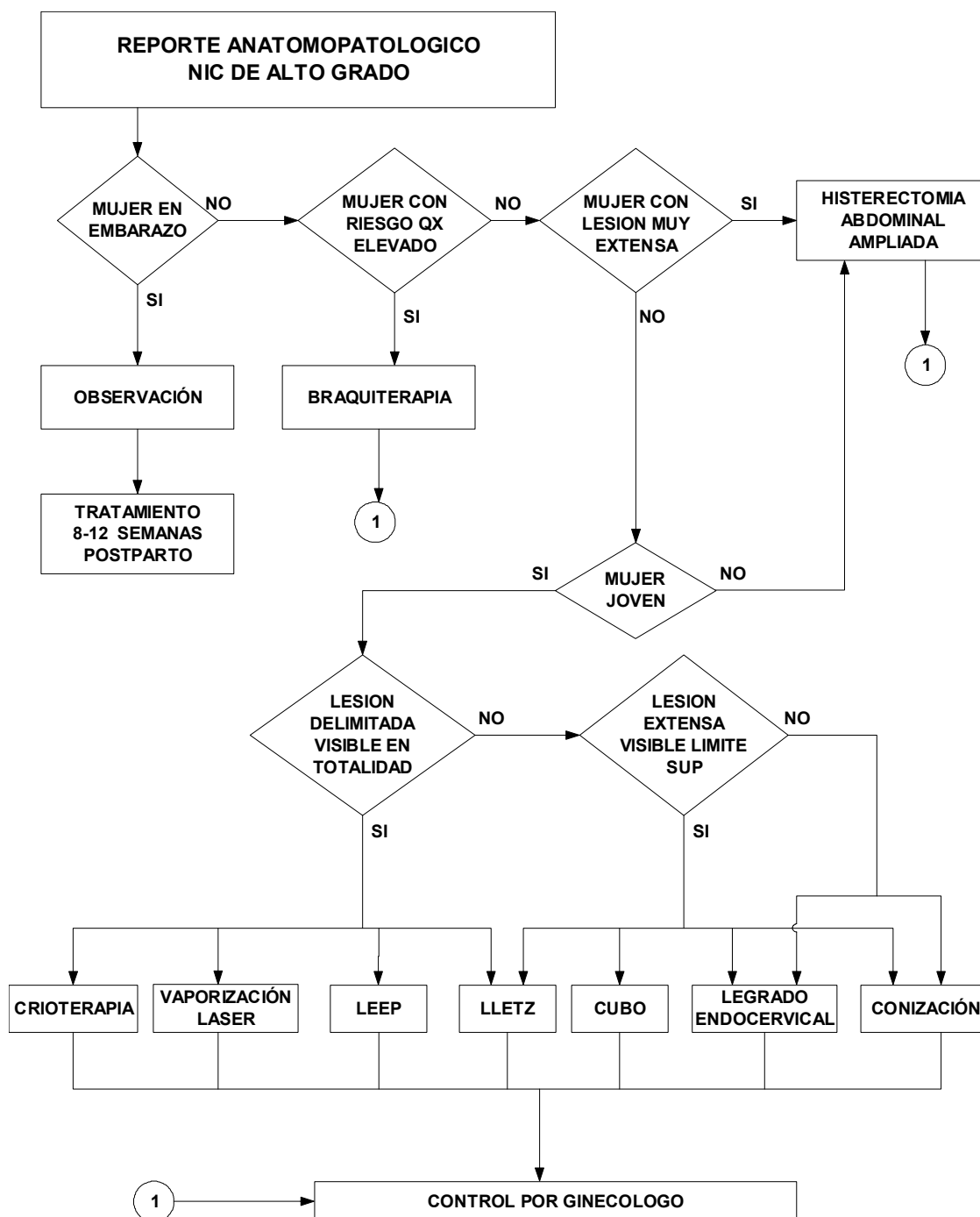




7.2 FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE LA MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE NIC I



7.3 FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE LA MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE NIC DE ALTO GRADO



8. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Autier P, Coibon M, De Sutter P, Wayembergm. Cytology alone versus cytology and cervicography for cervical and cervicography for cervical cancer screening: a randomized study. European Society for Oncological Research. Obstet Gynecol 1999; 93:3 353-358
- 2 Coppleson, Malcolm. Gynecologic Oncology: Fundamental Principles and Clinical Practice. Edimburgo: Churchill Livingstone, 1992. V.1
- 3 De Palo, Giuseppe. Colposcopia y patología del tracto genital inferior. Buenos Aires: Panamericana, 1992. 435p.
- 4 Disaia, Philipj., William T. Creasman. Oncología Ginecológica Clínica. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1994. 738p.
- 5 Evaluation of Cervical Cytology. Summary, Evidence Report/Technology Assessment: Number 5, January 1999. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD.
- 6 Gonzalez-Merlo J. Oncología Ginecológica. Barcelona: Salvat Editores, 1991. 564p.
- 7 Guzman, Liliana. Rojas, M.en C. ET. AL. Perspectivas para el desarrollo de vacunas e inmunoterapia contra cáncer cervicouterino. Salud Pública de México 1998 40-1: 1-9.
- 8 Hernandez-Peña, Patricia. Eduardo Cesar Lazcano-Ponce. Análisis costo beneficio del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino. Salud Publica Mex 1997: 39, 379-387.
- 9 Herrero, Rolando. Nubia Muñoz. Human Papillomavirus and Cancer. Cancer surveys 1999 33: 75-97
- 10 Husseinadeh, N. Guoth, JG. Jayawardena, DS. Subclinical cervicovaginal human papillomavirus infections associated with cervical condylomata and dysplasia. Treatment outcomes. J Reprod Med, 1994 39:10 777-780.
- 11 Kousky, Laura E., PH.D, Holmes, King., ET AL. A cohort study of the risk cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or 3 in relation to papillomavirus infection. New England of Journal Medicine 1992 327:1272-1278.
- 12 Kurman, Robert J, MD. Donald E. Henson, MD. ET ALS. Interim Guidelines for Management of Abnormal Cervical Cytology. Jama 1994 271: 23 1866-1869.

- 13 Miller, Anthony B. Cervix Cancer (En: Cancer Screening theory and practice. New York : Mercel Dekker, 1999) 195-217p.
- 14 Muñoz, Nubia. Human Papilomavirus and Cervical Cancer: Epidemiological Evidence (En New Developments in Cervical Cancer Screening and Prevention: Franco and Monsonego) 3-13p.
- 15 National Cancer Institute. PDQ.: Cáncer del cuello uterino. Pp 1-18.
- 16 National Institute of Health. Consensus Conference on Cervical Cancer, Bethesda, Maryland April 1-3, 1996. Monograph 21, 1996.
- 17 Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Washington, 1998.Publicación Científica No. 569, V.1
- 18 Richart, Ralph M. and Thomas C, Wright, JR. Controversies in the management of low grade cervical intraepithelial neoplasia. Cancer 1993 71 4Sup.
- 19 Wright, Cecil, MD. and William Chapman, MD. Intraepithelial neoplasia of the lower female genital tract: etiology investigation and management. Seminars in Surgical Oncology 1992 8: 180-190