MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
Presidencia de la República del Paraguay

PARAGUAY TODOS Y TODAS

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN PRECOZ Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y MAMA
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Panamericana de la Salud

MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES Y DE COOPERACIÓN

Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

MANUAL NACIONAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL CANCER DE CUELLO UTERINO

REPÚBLICA DEL PARAGUAY
2010

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
Presidencia de la República del Paraguay

PARAGUAY TODOS Y TODAS

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN PRECOZ Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y MAMA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Panamericana de la Salud

MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES Y DE COOPERACIÓN

Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

MANUAL NACIONAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL CANCER DE CUELLO UTERINO

REPÚBLICA DEL PARAGUAY
2010

Edición financiada con fondos de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

LISTA DE AUTORIDADES
COMITÉ DE ELABORACION DEL MANUAL DE NORMAS

Responsable
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Coordinación
Dra. Margarita María Bazzano Orihuela
Dirección General de Programas de Salud

Equipo Técnico de Redacción y validación
Dra. Gladys Aquino Orrego (MSP y BS)
Dra. María José Avila (MSP y BS)
Prof. Dr. Vicente Bataglia Doldan (UNA / FCM)
Dra. Nidia Dávalos de Oxilia (PNPCCUM / MSP y BS)
Dra. Martha González de Díaz Peña (IPS)
Prof. Dr. Fernando Llamosas (MSP y BS)
Dra. Nelly Maldonado (MSP y BS)
Dra. Julia Noemi Mancuello de Alum (MSP y BS)
Dra. Hilda Ortigoza (Hosp. Rigoberto Caballero)
Dr. Juan Hernando Rodríguez (MSP y BS)
Prof. Dra. Ana María Soilan (MSP y BS)
Dra. Maria Cristina Vera (STGIYC)
Dra. Amalia Castro Matto (MSP y BS)

Participantes del taller de validación
Dr. Francisco Franco (HSP)
Dra. María Gloria Velázquez (HDLambaré)
Dra. Aurora Clemotte (HBO)
Dra. Gladys Roscher (HSP)
Dr. Waldemar Ruíz (HDLimpio)
Lic. María Adela Miltos (DNObstetricia)
Lic. Gladys Benítez (DNEnfermería)
Dra. Estela Velázquez (APS-XVIII RS)
Dra. Ana Rodas (IPS-HC)
Dra. Zully Benítez Roa (IPS-HC)
Dra. Adriane Salinas (UNFPA)
Dra. Gloria Colmán (Policlínico Municipal)
Dra. Cristina Bejarano (IJB-INC)
Dr. Aníbal Espínola (CRP)
Dra. Malvina Páez (DGVS)
Dra. Dora Villalba (HRPJC)
Dra. Luz Romero (MSP y BS)

Asistencia Técnica OPS / OMS
Dr. Enrique Vazquez

Corrección gramatical
Arnaldo D. Rodríguez Lima

Edición y Diseño Gráfico
Comunicación Visual S.R.L.

AUTORIDADES

Dra. Esperanza Martinez
Ministra
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Dr. Edgar Gimenez
Vice Ministro
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Dra. Margarita M. Bazzano Orihuela
Directora General
Dirección General de Programas de Salud

Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la Prevención y el Control del Cáncer de Cuello Uterino. -- Asunción: OPS, 2010.-- 120 págs.

ISBN 978-92-75-33110-1

1. NEOPLASIAS normas
2. PARAGUAY

I. Titulo.

616.9

©Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Representación en Paraguay. 2010
http://www.paho.org/par

PRESENTACIÓN

PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad en Paraguay 2008-2013, formuladas bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad y participación social, marcan el rumbo a seguir por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en la concreción de la salud como un derecho humano. Este derecho no se da sólo por la existencia de servicios de salud, sino que es también el resultado del acceso a un ambiente y condiciones de vida compatibles con la dignidad del ser humano, y el producto de la capacidad de movilizar, organizar y utilizar los recursos necesarios para orientar sus servicios poniéndolos al alcance de las personas[1].

El horizonte de nuestras acciones lo marcan las necesidades sociales expresadas como metas de indiferencia cero; son una declaración de lo que no estamos dispuestos a admitir más porque existen los recursos, conocimientos y voluntad política para erradicar sufrimientos innecesarios y muertes evitables. Hemos declarado indiferencia cero a la morbimortalidad por cáncer de de cuello uterino pues no podemos permitir más que mueran mujeres por esta causa totalmente prevenible.

Los países que ampliaron la cobertura de PAP establecieron efectivamente Centros para la confirmación diagnostica y tratamiento de lesiones precursoras y redujeron significativamente la tasa de incidencia del Cáncer de Cuello Uterino.

En Paraguay esta cobertura es apenas de 20 %[2], lo que nos coloca ante el gran desafío de aumentarla.

El presente "Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la Prevención y Control del Cáncer de Cuello Uterino" tiene por objeto normar las actividades de detección, diagnostico y tratamiento de lesiones precursoras que se desarrollarán en los servicios de salud, y a la vez ofrecer una herramienta técnica que contribuirá a brindar una mejor atención a las usuarias en la red de servicios de atención a la salud.

Es nuestro deseo que esta herramienta sea de amplia difusión y aplicación en el esfuerzo conjunto de todos los trabajadores de la salud por construir un Paraguay donde se viva más y mejor.

Dra. Esperanza Martinez
Ministra
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

1 Políticas Publicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad 2008-2013
2 Cobertura de pap, datos del programa nacional de prevencion del cancer de cuello uterino y mamas ,2009.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 11

NORMATIVA GENERAL 13
- DERECHOS DE LA POBLACIÓN 15
- RESPONSABILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD 15
- ALGORITMO DE DIAGNOSTICO 15
- POBLACIÓN PROGRAMÁTICA 15
- TÉCNICA PRINCIPAL DE DETECCIÓN 15
- FRECUENCIA Y PERIODICIDAD DE LAS TOMAS 16
- FORMATO DE INFORME CITOLÓGICO 16
- FORMATO DE INFORME COLPOSCÓPICO 16
- NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO 16
- EVALUACIÓN 16

HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO 17
- EL CONCEPTO DE GRUPO DE RIESGO 18

COMPONENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO 21
- LA NECESIDAD DE CONFORMAR UN EQUIPO DE TRABAJO 22
- GUIAS DE ATENCION POR NIVELES DE COMPLEJIDAD 24

AVANCES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO 25

LA CITOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO 29
- A) ¿EN QUÉ CONSISTE LA CITILOGÍA DEL CUELLO UTERINO? 30
- B) ¿EN QUIÉNES SE DEBE REALIZAR ESTE EXAMEN? 30

C) ¿QUIÉNES TOMAN EL MATERIAL CITOLÓGICO Y DÓNDE? 30
D) ¿CÓMO SE HACE LA TOMA DEL MATERIAL? 30
E) ¿CÓMO SE DEBE INTERPRETAR EL RESULTADO DE UN ESTUDIO CITOLÓGICO CERVICAL? 34
ORGANIGRAMA DE MANEJO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES DE ACUERDO AL RESULTADO DEL SCREENING CITOLÓGICO 35
FORMULARIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO CITOLÓGICO CERVICAL 36

SISTEMA BETHESDA 2001 37
¿CÓMO PROCEDER CUANDO SE RECIBEN RESULTADOS DE CITOLOGÍA CERVICAL CON LAS DIFERENTES CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS? 40
PASOS A SEGUIR BASANDOSE EN EL INFORME CITOLÓGICO COMO MÉTODO DE SCREENING 42

COLPOSCOPÍA 43
A) ¿QUÉ ES LA COLPOSCOPÍA? 44
B) ¿CUÁL ES LA FUNCIÓN DE LA COLPOSCOPÍA DENTRO DEL CONTEXTO DE UN PROGRAMA DE APLICACIÓN A GRANDES MASAS POBLACIONALES? 44
C) ¿EN QUIÉNES DEBE REALIZARSE ESTE EXAMEN? 45
D) ¿QUIÉNES REALIZAN LA COLPOSCOPÍA Y DÓNDE? 46
E) ¿CÓMO SE REALIZA LA COLPOSCOPÍA? 46
FORMULARIO DE COLPOSCOPÍA 48

BIOPSIA DEL CUELLO UTERINO 49
A) ¿QUÉ ES LA BIOPSIA? 50
B) ¿CUÁL ES LA FUNCIÓN DE LA BIOPSIA? 50
C) ¿EN QUIÉNES DEBE REALIZARSE ESTE EXAMEN? 50
D) ¿QUIÉNES REALIZAN LA BIOPSIA Y DÓNDE? 50
E) ¿CÓMO SE REALIZA LA BIOPSIA? 51
F) ¿CÓMO SE INFORMA LOS RESULTADOS DE LA BIOPSIA? 52
MANEJO DE LAS LESIONES CONFIRMADAS POR BIOPSIA 53
FORMULARIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO 54

TRATAMIENTOS 55
A) TRATAMIENTO DE LAS LESIONES PRECURSORAS DEL CÁNCER CERVICAL 56
B) EL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES QUE HAN SIDO ESTUDIADAS O TRATADAS 58

ANEXOS 61
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A DAÑOS Y DISFUNCIONES QUE AFECTAN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 62
INDICADORES DE PROCESO 65
INDICADORES DE IMPACTO 66
INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA) 67
CAPTURA HIBRIDA 71
VACUNAS CONTRA EL CANCER DE CUELLO UTERINO 73
LEY 3331 74
RESOLUCIÓN N° 512 77
RESOLUCIÓN N° 373 79
RESOLUCIÓN N° 246 86
RESOLUCIÓN N° 510 88
RESOLUCIÓN N° 500 89

GLOSARIO 91

ABREVIATURAS 99

BIBLIOGRAFÍA 103

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino constituye un problema de salud pública en América Latina. Es el tumor maligno más frecuente en las mujeres del continente y la neoplasia con mayor índice de mortalidad en la población femenina de nuestro país.

En el Paraguay la incidencia del cáncer de cuello uterino es de 53.2 por 100.000 mujeres, tasa que nos ubica entre los países con mayor incidencia reportada de esta patología en el mundo.

Las mujeres afectadas por esta enfermedad corresponden a la población económicamente activa y sobre todo en edad reproductiva, lo que nos da una idea del problema socio económico asociado al cáncer de cuello uterino. Debemos agregar que esta enfermedad es debilitante y produce deterioro progresivo de la salud de la mujer, culminando en los casos avanzados con la muerte.

Para el tratamiento de esta enfermedad en etapa avanzada, se emplean como métodos la radioterapia, cirugía y quimioterapia, requiriendo el desplazamiento de las pacientes a centros especializados de la capital o el Departamento Central, con internaciones prolongadas y costosas, hecho que agrava aun más el problema familiar y social.

La experiencia en países desarrollados ha demostrado que la única manera de disminuir la morbimortalidad asociada al cáncer de cuello uterino es mediante la prevención secundaria.

Si el diagnostico de las lesiones se realiza en su etapa intraepitelial, el tratamiento resulta mucho más eficaz, más económico y puede ser llevado a cabo en centros de menor complejidad próximos a los lugares de procedencia de las pacientes, con internaciones cortas o aún en forma ambulatoria.

Las lesiones intraepiteliales son asintomáticas por lo que las pacientes portadoras deben ser identificadas y diagnosticadas mediante screening en la población general de mujeres. El método más adecuado para ello es estudio citológico cervical. Como es obvio, el despistaje por si solo no basta para dar solución al problema, la respuesta integral pasa por un sistema de salud preparado para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes. En otras palabras, la citología, aunque ocupa una posición central dentro del esquema de los programas de prevención, es solo una parte del complejo sistema que debe conformarse para alcanzar las metas propuestas. Este es un concepto fundamental y su no comprensión puede ser causa de fracasos de programas aparentemente bien diseñados.

NORMATIVA GENERAL

NORMATIVA GENERAL

El presente documento constituye el cuerpo normativo oficial para las actividades de detección precoz y tratamiento oportuno de las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino en los servicios del MSPyBS.

Contiene un conjunto de lineamientos destinados a uniformar el desempeño del sistema de salud para mejorar la calidad de atención, establecer bases técnicas y legales de respaldo, garantizar a las personas una atención gratuita, segura y de calidad, jerarquizar la atención en la red de servicios e identificar los parámetros para la formulación de políticas sostenibles y acordes a la realidad y necesidad nacionales.

OBJETIVO GENERAL

- Contribuir a reducir la morbilidad por cáncer de cuello uterino estandarizando las acciones del Sistema de Salud para la detección precoz y el tratamiento oportuno de lesiones pre malignas y del cáncer de la población de mujeres paraguayas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer la capacidad de respuesta y garantizar los estándares de calidad de la red de servicios mejorando la capacidad técnica del recurso humano e implementando equipamiento suficiente para realizar la detección, diagnóstico y tratamiento.

- Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica activa del cáncer de cuello uterino, disminuyendo el tiempo de latencia entre la toma y entrega de resultados de citología y realizando la búsqueda activa de casos positivos.

- Disminuir las oportunidades perdidas para la prevención del cáncer de cuello uterino, informando adecuadamente, acercando los servicios y asegurando la accesibilidad a los servicios de detección, diagnostico y tratamiento, gratuitos, a toda mujer que asista a un servicio de salud publica.

- Informar y promover en la población el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, especialmente los referidos a la detección del cáncer de cuello uterino y el tratamiento de las lesiones pre cancerosas.

DERECHOS DE LA POBLACIÓN

Todas las mujeres paraguayas tienen derecho a recibir la prestación de servicios gratuitos para la detección y el control del cáncer de cuello uterino. Las mujeres con cáncer deben recibir apoyo psicológico de contención.

RESPONSABILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Todos los servicios de salud del MSP y BS son responsables de efectivizar los derechos de los usuarios en relación con la detección y el control del cáncer de cuello uterino.

ALGORITMO DE DIAGNOSTICO

La toma de la muestra se realizara en todos los servicios del sistema de salud que cuenten con los recursos humanos capacitados, la infraestructura y los insumos necesarios que aseguren la calidad. Sera función primordial de las Unidades de Salud de la Familia realizar las actividades de pesquisa, tamizaje en su territorio.

La lectura de las muestras se realizara en las regiones sanitarias que cuenten con laboratorios de citodiagnóstico.

En aquellas regiones que no cuenten con laboratorio, la lectura se realizara en el Laboratorio Central de citodiagnóstico en el Ministerio de Salud Publica y Bienestar social.

Los casos positivos serán enviados a los centros de referencias en un plazo entre dos a cuatro semanas, para el diagnostico y tratamiento de las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino.

Se han establecido centros referencia en el Hospital Nacional de Itaugua, el Hospital Materno infantil San Pablo, Clínica de Tumores María y Josefa Barbero, ambas en Asunción, Hospital Regional de Encarnación. Teniéndose previsto la instalación de mas centros en otras regiones Sanitarias.

POBLACIÓN PROGRAMÁTICA

Todas las mujeres entre 25 y 49 años, de acuerdo a las estadísticas nacionales actualizadas, sin excluir las mujeres de otras edades.

TÉCNICA PRINCIPAL DE DETECCIÓN

Citología cervical (Papanicolau - PAP).

FRECUENCIA Y PERIODICIDAD DE LAS TOMAS

En usuarias con citología normal durante tres controles anuales, la periodicidad de la detección será cada tres años, toda vez que no presenten factores de riesgo asociados.

FORMATO DE INFORME CITOLÓGICO

Sistema de nomenclatura Bethesda 2001.

FORMATO DE INFORME COLPOSCÓPICO

Clasificación Barcelona 2002.

NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

Correlación citohistológica.

EVALUACIÓN

En base a indicadores de cobertura, proceso y resultados.

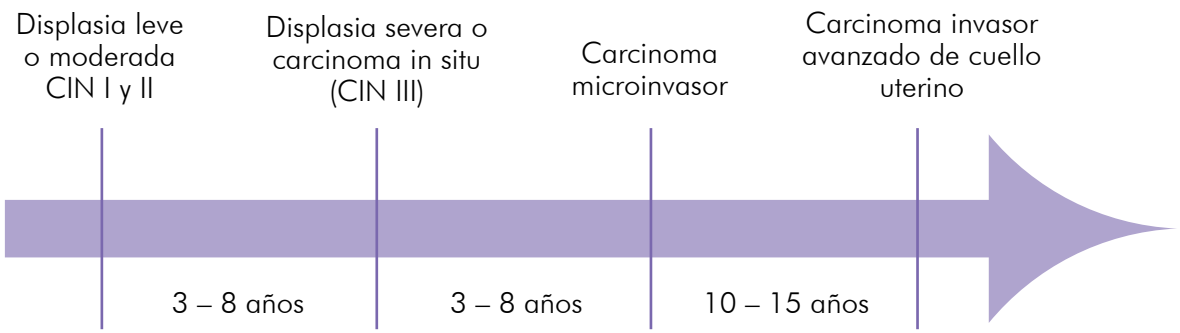
HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

EL CONCEPTO DE GRUPO DE RIESGO

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad progresiva, que comienza como una lesión intraepitelial que evoluciona a una neoplasia invasora en un periodo de entre 10 y 20 años, salvo excepciones. Estas dos etapas, intraepitelial e invasora, se diferencian por su morfología, características clínicas, tipo de tratamiento, y fundamentalmente por el pronóstico.

SUCESIÓN DE LOS FENÓMENOS DE LA HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO



La etapa intraepitelial incluye a las lesiones denominadas LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO y ALTO GRADO-SIL (del inglés squamous intraepithelial lesion).

TABLA I

LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL (SIL) DE BAJO GRADO	CIN I y CAMBIOS ASOCIADOS A INFECCIÓN POR VPH
LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL (SIL) DE ALTO GRADO	CIN II y CIN III

Fuente: "La detección citológica en la lucha contra el cáncer de cuello uterino; directivas técnicas ". OMS, Ginebra, 1988.

Un hecho importante a ser tenido en cuenta es que, a pesar de que en teoría el cáncer invasor del cuello uterino pasa siempre por una etapa previa intraepitelial, no todas las lesiones intraepiteliales progresan a cáncer invasor. Así, una lesión intraepitelial puede involucionar espontáneamente, puede persistir siempre como lesión intraepitelial o puede progresar al cáncer invasor. *Sin embargo, debemos recordar que las lesiones de bajo grado tienen mayor tendencia a la regresión espontánea, y las de alto grado tienen mayor tendencia a progresar hacia un estadio superior.*

Por el hecho del desarrollo progresivo del cáncer de cuello uterino, es importante considerar las tasas de incidencia específicas por edad para las diferentes lesiones. Los estudios disponibles indican que las lesiones intraepiteliales de bajo grado aparecen a edad más temprana; las lesiones intraepiteliales de alto grado aparecen después; y finalmente a edad más avanzada aparece el carcinoma invasor (tabla II).

TABLA II. RELACIÓN ENTRE GRADO DE LESIÓN Y EDAD

SIL. BG	25 años
SIL. AG	30 años
CA. INVASOR	45 años

Desde hace algún tiempo, se ha demostrado el rol protagónico del VPH en la génesis del cáncer de cuello uterino, el cual –en presencia de cofactores como inicio temprano de las relaciones sexuales, promiscuidad sexual, tabaquismo, estado inmunológico deficiente, régimen alimentario deficiente– constituyen una asociación ideal en el desarrollo de esta neoplasia. Estos factores son de difícil control, puesto que no se puede intervenir en los hábitos de vida, costumbres y comportamiento sexual de nuestra población. Por lo tanto es casi imposible implementar un programa de prevención primaria en este caso.

Ante esta situación nuestro objetivo debe ser la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de sus lesiones precursoras, para lo cual debemos centrar nuestros esfuerzos en detectar con los recursos disponibles la mayor cantidad de pacientes portadoras de lesiones intraepiteliales.

Un análisis realizado en el Laboratorio Central de Citodiagnóstico del MSP y BS, sobre más de 50.000 estudios citológicos cervicouterinos, demuestra claramente la distribución de las lesiones actualmente reconocidas como precursoras del cáncer escamoso del cuello uterino en los diferentes grupos etarios de la población que asiste a los servicios de salud del MSP y BS.

Ostor AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia. A critical review int.". J. Gynecol Pathol. 12:186-192, 1993.
Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud. OPS/OMS, 1990.
En una revisión retrospectiva de 361 casos de carcinoma epidermoide in situ de la Cátedra de Ginecología de la Facultad de Ciencias Médicas, llevada a cabo por los doctores P. Espínola y Z. González Romero en la década de los 80, demostró un promedio de edad de 40.8 años.

Mujeres de 15 a 19 años	Mujeres de 20 a 24 años	Mujeres de 25 a 29 años	Mujeres de 30 a 34 años	Mujeres de 35 a 39 años	Mujeres de 40 a 44 años
20% de la población	18% de la población	14% de la población	12,5% de la población	11% de la población	8,4% de la población
5.408 citologías	11.630 citologías	9.377 citologías	7.875 citologías	6600 citologías	5211 citologías
0,05 SIL AG	0,09 SIL AG	0,35 SIL AG	0,41 SIL AG	0,44% SIL AG	0,69 % SIL AG
En 17.038 citologías realizadas se hallaron 13 casos de SIL AG		En 17.252 citologías realizadas se hallaron 57 casos de SIL AG		En 11.811 citologías realizadas se hallaron 64 Casos de SIL AG	

En las pacientes del grupo etario de 15 a 19 años y de 20 a 24 años se realizaron 17.030 estudios citológicos cervicales, y se detectaron 13 casos de SIL de alto grado, lo que equivale al 0,07% de los estudios, en comparación con los 17.252 estudios realizados a pacientes de los grupos etarios de 25 a 29 y de 30 a 34 años, con 57 casos de SIL de alto grado, equivalentes al 0,33% de los estudios; y a los 11.811 estudios realizados a pacientes de los grupos etarios de 35 a 39 y de 40 a 44 años, con 64 casos de SIL de alto grado detectados, equivalentes a 0,54% de los estudios realizados.

En el hipotético caso de realizar 100.0000 estudios en los grupos etarios de 15 a 19 y de 20 a 24 años, detectaremos 700 casos, comparados a los 5.400 casos (casi ocho veces más) que detectaremos realizando el mismo número de estudios en los grupos etarios de 35 a 39 y de 40 a 44 años de edad.

Estos datos deben ser tenidos muy en cuenta a la hora de determinar el rango etario en el cual se van a centrar los esfuerzos, ya que de mantener un sistema de detección oportuna, continuaremos invirtiendo más del 50% de nuestros recursos en una población en la que, por la historia natural de la enfermedad, encontraremos muy pocos casos de lesiones precursoras, en lugar de aumentar la cobertura de los grupos etarios, en los que vamos a encontrar a la mayoría de las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino en nuestra población.

Esto significa que el programa debe estar dirigido a lograr la cobertura del grupo de mujeres en el que la incidencia de lesiones intraepiteliales de alto grado es mayor, y debe intentar cubrir entre el 80 y el 100% del total de este grupo etario, que estaría comprendido entre los 25 y 49 años.

COMPONENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

COMPONENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

LA NECESIDAD DE CONFORMAR UN EQUIPO DE TRABAJO

El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública cuya incidencia puede ser disminuido en forma significativa mediante el desarrollo de sistemas o programas integrados de educación, promoción y control dentro de los que deben estar incluidos todos los niveles del sistema de atención a la salud tratando de involucrar a las entidades formadoras.

LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE ESTE PROGRAMA DEBEN SER LAS SIGUIENTES:

a- detección citológica de las lesiones de cuello uterino, fundamentalmente en pacientes del grupo de riesgo, intentando lograr una cobertura de al menos el 80% del total de las pacientes programadas;

b- captación de las pacientes en las que se detectan hallazgos citológicos anormales, y su remisión a centros de referencia en los que se pueda realizar una evaluación colposcópica y confirmación histológica de la presencia de lesiones;

c- tratamiento en centros especializados de las pacientes en las que se confirme histológicamente la presencia de lesiones; y

d- seguimiento posterior de las pacientes que fueron tratadas, y controles de rutina de las pacientes con citología normal.

Como se señaló antes, un programa así diseñado requiere la participación de todos los niveles del sistema de atención a la salud.

a) La detección citológica de las pacientes del grupo de riesgo se lleva a cabo en los centros de atención primaria, incluyendo unidades de salud de la familia (USF, puesto de salud, centro de salud, etc). En esta etapa es fundamental la educación de la población, actividad que debe ser llevada a cabo en todos los niveles –profesional, escolar y de alcance popular– mediante la prensa oral y escrita, y a través del empleo de métodos audiovisuales en las diferentes comunidades.

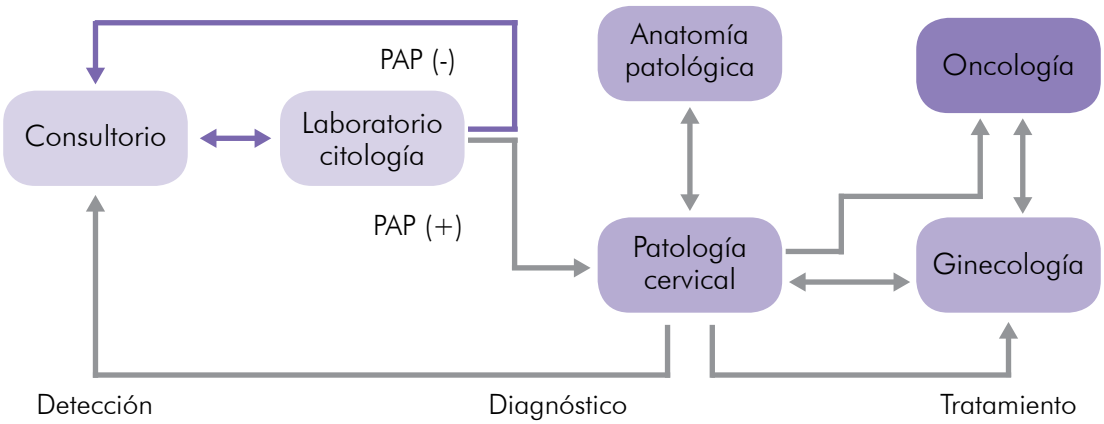
El material citológico obtenido debe ser enviado a un laboratorio centralizado, donde se procesan todas las muestras citológicas, y en este mismo lugar debe operar la base de datos de informes citológicos para contar con información centralizada.

b) La captación de las pacientes con citología anormal a través del sistema de asistencia social y agentes comunitarios, en las unidades de salud de la familia, los puestos de salud, centros de salud y hospitales regionales y de la conformación de centros de colposcopia que cuenten con personal médico especializado en esta disciplina o la designación de centros de referencia ya existentes dentro de la estructura sanitaria, para la derivación de pacientes. Los materiales de biopsia obtenidos deben ser enviados al mismo laboratorio centralizado para la confirmación histopatológica y el subsiguiente registro de casos en la base de datos centralizada.

c) El tratamiento de las pacientes con diagnóstico histológico confirmado requiere para su cumplimiento la designación de centros de referencia ya existentes dentro de la estructura sanitaria, que cuenten con personal médico especializado, infraestructura, equipamiento y con experiencia en las diferentes técnicas de tratamiento. Idealmente, la organización debe permitir, que las pacientes que fueran evaluadas colposcópicamente en un centro determinado puedan ser tratadas en el mismo lugar.

d) El seguimiento de las pacientes tratadas puede ser llevado a cabo en los mismos centros de referencia antes mencionados, y requiere una estrecha colaboración con el sistema de asistencia social y agentes comunitarios. Se deberá informar los resultados de esta actividad al programa nacional (nivel central).

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO
FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES



GUIAS DE ATENCION POR NIVELES DE COMPLEJIDAD

COMPLEJIDAD	FUNCIÓN	ACTIVIDADES
Unidad de salud de la familia Centro de Salud Puesto de salud	Detección Tratamiento Referencia Seguimiento	Promoción Toma citológica IVAA
Policlínicas de Especialidades Hospitales con ginecólogos o cirujano	Detección Diagnostico Tratamiento Referencia	Promoción Toma citológica Colposcopia Biopsia Conización
Hospital especializado.	Detección Diagnostico Tratamiento Definitivo, Paliativo seguimiento rehabilitación	Promoción, toma citológica colposcopia, biopsia, conización, Histerectomía I-II-III-IV-V Braquiterapia Radioterapia Quimioterapia Tratamiento Paliativo Terapia del dolor

AVANCES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

AVANCES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Siguiendo la propuesta el grupo de expertos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2002 para desarrollar los elementos necesarios de un programa organizado y siguiendo su implementación por etapas, los avances son los siguientes:

1- Comisión nacional conformada para la evaluación de necesidades para un programa de prevención y control del cáncer de cuello uterino en el Paraguay, bajo la dirección de Programas de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS), que involucra a varias instituciones y entidades, como la Dirección de Programas de Salud, universidades, la Liga Paraguaya de Lucha contra el Cáncer, el Instituto de Previsión Social (IPS), el Instituto Nacional del Cáncer, el Hospital Nacional, el Hospital de Policía, el Hospital de las Fuerzas Armadas, el Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP).

2- Actualización de las normas nacionales cada 3 años.

3- Los estudios citológicos se informan con la nomenclatura estándar de Bethesda.

4- Laboratorio de Citodiagnóstico, centralizado de referencia y contrarreferencia, habilitado y en funcionamiento, acorde a las normas del MSP y BS.

5- Cuenta con un sistema y flujo de información de los resultados y seguimiento de las pacientes con estudio citológico. En fase de actualización.

6- Proyecto demostrativo (RENACER I) desarrollado en los distritos de: Altos, Loma Grande, Emboscada, San Bernardino y Nueva Colombia, de la III Región Sanitaria - Cordillera, con Presupuesto General del Programa (Fuente de Financiamiento 10).

7- Talleres mensuales de capacitación para mejorar la habilidad técnica del Personal de Salud encargado de la toma del material citológico, llevado a cabo en el área de capacitación del Programa.

8- Centros de referencia con crioterapia y equipo de LEEP, para el tratamiento de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en: el Hospital Materno infantil San Pablo, Clínica de Tumores María y Josefa Barbero, ambas en Asunción, Hospital Nacional de Itaugua, Hospital Regional de Encarnación.

9- Desarrollo de curso para formación de citotecnólogas, con ayuda de agencias de cooperación.

10- Introducción del IVAA como rutina de diagnóstico que complementa al papanicolau.

11- Desarrollo del proyecto RENACER II "Integración del Sistema de Atención Primaria en Salud al Programa de Prevención, Detección Precoz y Tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino del MSP Y BS, en el Área del Bañado Sur (XVIII Reg.Sanit. - Capital)", basado en los resultados del proyecto demostrativo (RENACER I – Cordillera).

12- Licitación Pública Nacional para la contratación del servicio de correo, para la referencia y contrarreferencia de muestras citológicas, en proceso.

LA CITOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO

LA CITOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO

A) ¿EN QUÉ CONSISTE LA CITILOGÍA DEL CUELLO UTERINO?

La citología cervical exfoliativa (realizada con la coloración de papanicolaou) consiste en el examen microscópico de células descamadas del cuello uterino. Este método puede ser aplicado fácilmente en grandes masas de población y no produce mayores molestias a las pacientes, por lo que la aceptación para una repetición del examen es de casi el 100%.

El grado de detección del método depende fundamentalmente de la capacidad técnica del personal de salud encargado de la toma del material citológico y de la capacidad diagnóstica del citopatólogo que examina el extendido en el laboratorio.

B) ¿EN QUIÉNES SE DEBE REALIZAR ESTE EXAMEN?

El examen citológico cervical debería ser realizado en todas las mujeres que han iniciado su vida sexual, con énfasis en el grupo de mujeres de entre 25 y 49 años. En condiciones ideales el programa debe proveer una cobertura de al menos el 80% del total de las pacientes incluidas en esta franja etaria.

C) ¿QUIÉNES TOMAN EL MATERIAL CITOLÓGICO Y DÓNDE?

El material citológico cervical debe ser tomado por personal de salud que tenga la adecuada capacitación, ya que la obtención de una muestra celular óptima es un pre requisito para lograr un diagnóstico citológico correcto, y la calidad del extendido depende de la capacitación, cuidado y dedicación en relación con la toma del material por la persona encargada de ello.

Esta toma se realiza en todas las dependencias del MSP y BS que cuenten con consultorio de ginecología y obstetricia.

D) ¿CÓMO SE HACE LA TOMA DEL MATERIAL?

EQUIPO NECESARIO

- Espéculo vaginal sin lubricante.
- Espátula de Ayre descartable.

· Cepillo endocervical (citobrush) descartable.

· Láminas portaobjeto con extremo esmerilado.

· Lápiz de papel o lápiz vitrográfico.

· Alcohol rectificado de 96° o spray fijador.

· Formularios (ver Anexos).

· Mesa ginecológica o camilla con estribos.

· Fuente de luz (lámpara de pie – linterna).

· Clips.

PREPARACIÓN DE LA PACIENTE

Antes de la toma de la muestra, la paciente tomará en cuenta las siguientes precauciones:

- evitar hacerse ducha vaginal el día del examen y la noche anterior no siendo este hecho un motivo suficiente para no tomar la muestra citológica;
- evitar en lo posible las relaciones sexuales la noche anterior al examen, no siendo este hecho un motivo suficiente para no tomar la muestra citológica;
- evitar el uso de medicamentos (óvulos y cremas vaginales) una semana antes de que se tome la muestra;
- esperar como mínimo un mes después de un legrado uterino instrumental (LUI) o aspiración manual endouterina (AMEU), luego de un aborto incompleto;
- esperar dos meses post parto;
- esperar como mínimo seis meses después de realizada la crioterapia, electrocoagulación, cono frío, resección con asa LEEP, etc.;
- tomar la muestra en las embarazadas, no existen contra indicaciones, en su primera consulta prenatal independiente de la edad gestacional.

En este caso no se debe tomar la muestra del canal endocervical;

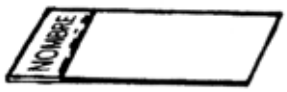
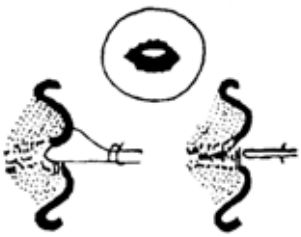
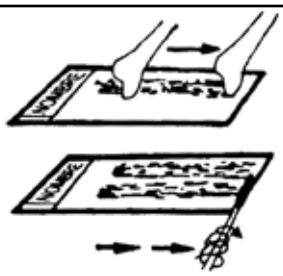
- no tomar la muestra si existe sangrado vaginal o menstrual. En estos casos se recomienda realizar un examen visual del cuello uterino para descartar los casos de cáncer evidentes. En caso de sospecha o duda referir a la paciente a un establecimiento de salud de mayor complejidad.

TÉCNICA DE LA TOMA DE MUESTRA

- Presentarse y tratar con respeto a la paciente, manteniendo la privacidad.
- Explicar a la paciente detenidamente el proceso a realizarse.
- Completar correctamente el formulario con los datos de la paciente. En caso de no existir una dirección conocida, preguntar por un lugar de referencia distinguido o de fácil reconocimiento público.
- Anotar en el extremo esmerilado de la lámina, con un lápiz de papel, el nombre y apellido de la paciente. Se recomienda poner un clip a la lámina para evitar que se adhieran entre sí. En caso de no contar con láminas de borde esmerilado, se puede identificar la lámina con un lápiz graso o vitrográfico, ya que otros materiales, como la cinta adhesiva, corrector líquido o marcador, se borran al contacto con el alcohol.
- Colocar a la paciente en posición ginecológica utilizando una mesa ginecológica o una camilla con estribos, procurando contar con una fuente de luz adecuada que permita visualizar la vagina y el cuello uterino. No se debe practicar tacto vaginal antes de la toma de la muestra. Se elige un especulo vaginal adecuado a la paciente y se introduce delicadamente, lo que permite visualizar el cuello uterino en su totalidad, sin lastimarlo. Proceder a realizar un examen macroscópico del cuello uterino y registrar los hallazgos en el diagrama (circulo) del formulario de solicitud del estudio citológico: recordar que la mayoría de los carcinomas invasores del cuello uterino son visibles macroscópicamente.
- En aquellos casos en que exista gran cantidad de flujo vaginal, éste deberá ser cuidadosamente apartado antes de realizar la toma de muestra.
- Con el extremo ondeado de la espátula de Ayre se raspa ligeramente el orificio cervical externo, girando suavemente 360° de izquierda a derecha.
- Retirar cuidadosamente la espátula de la vagina y lo obtenido del raspado se extiende inmediatamente sobre la lámina (extendido fino), siguiendo la dirección izquierda a derecha en forma uniforme, procurando no dañar mucho la muestra tomada.
- Cuando la paciente tenga el antecedente de una histerectomía total, se tomará la muestra de la cúpula vaginal.
- Realizar la toma endocervical con el extremo lanceolado de la espátula o con el citobrush, haciéndolo girar 90° (extender el material de la misma forma como fue tomado). En la embarazada no se toma la muestra con cepillo endocervical.
- Sumergir la lámina en un recipiente de boca ancha con tapa que contenga alcohol rectificado (96°), que permita cubrir toda la superficie de la lámina, donde debe permanecer un mínimo de 15 minutos con el frasco tapado o hasta el momento de ser llevado al laboratorio. Se recomienda cambiar el alcohol al iniciar la semana de trabajo. Otra alternativa es aplicar el spray fijador sobre la lámina a una distancia de 20 cm. La falta de spray no es motivo suficiente para no tomar la muestra de PAP.

- Se retira el espéculo de la vagina y se lo deposita en un recipiente con hipoclorito de sodio diluido al 0,5% (lavandina ®) durante 10 minutos. Retírelo luego de ese tiempo para seguir con su procesamiento convencional. Exponer el instrumental más tiempo del señalado no mejora la bioseguridad y lo único que se consigue es deteriorarlo rápidamente.
- Ayudar a la paciente a levantarse de la camilla.
- Posteriormente se retira la lámina del recipiente dejando secar durante 10 minutos y se le envuelve en el formulario o se deposita en la caja porta-láminas, acompañado de los formularios para su envío al laboratorio.
- Limpiar y dejar en orden el equipo que se utilizó.
- La frecuencia del envío de los extendidos al laboratorio de citología variará de acuerdo al número de extendidos que se obtienen en un determinado lugar, y con el medio de transporte empleado. Se recomienda no retrasar más de una semana el envío de los extendidos para permitir de esa manera que los resultados sean remitidos al centro de toma de material dentro de 3 a 4 semanas como máximo luego de la toma del material. Retrasos mayores a un mes interfieren con el seguimiento adecuado de los casos, y producen un descreimiento en el programa. Por otra parte, se debe recordar que los extendidos acumulados, sin colorear, con frecuencia tienen contaminación.

CITOLOGÍA CERVICAL
INTRUCCIONES PARA LA TOMA DE MATERIAL

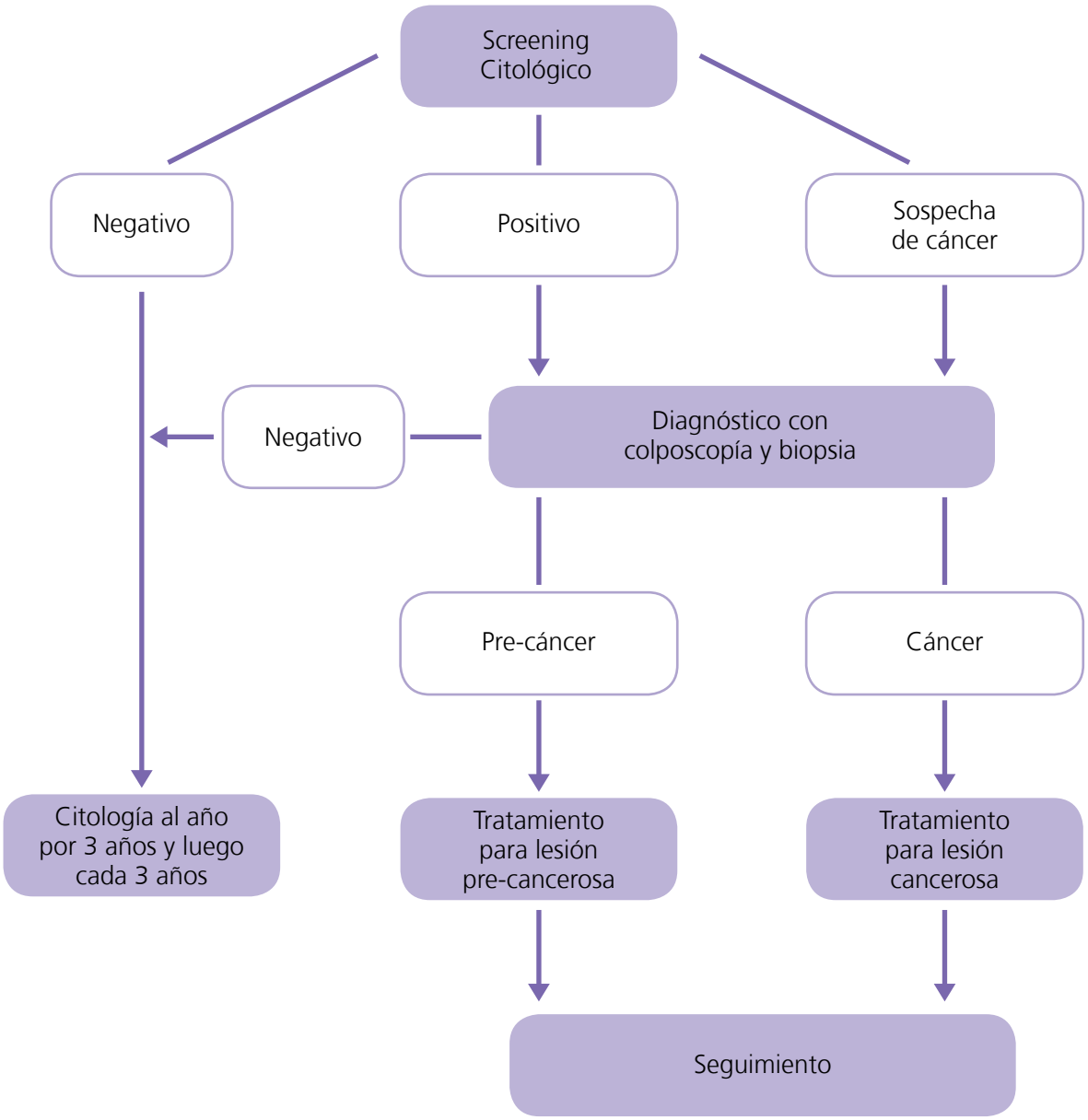
	**Rotule la lámina.** · Con lápiz de papel en el extremo esmerilado de la lámina. · Las láminas no rotuladas no serán procesadas. · Complete la solicitud. Asegúrese que la identificación y la historia clínica relevante está completa. **Nota:** Idealmente el frotis debe ser tomado cerca de la mitad del ciclo.
	**Visualice el cuello del útero.** · Limpie el talco de la superficie exterior de los guantes. · No use gel lubricante. Evalúe la ubicación de la zona de transformación. Asegúrese que cada zona sea recolectada con el dispositivo adecuado. **Recolecte la muestra** · Para obtener un frotis adecuado de pap, use un espéculo y un dispositivo de muestra endocervical (Ej.: una escobilla). 1- Espátula: · Rote 360° de izquierda a derecha. · Mantenga la espátula bien aplicada. 2- Escobilla u otro dispositivo endocervical: · Inserte suavemente. · Gire suavemente solo en 90°. **Nota:** no use escobilla durante el embarazo.
	**Extienda la muestra** Use una sola lámina, aplique cada muestra en una mitad de la lámina, como se exhibe y manténgalas separadas. 1- Espátula: · Desparrame en un solo movimiento uniforme. 2- Escobilla: · La muestra se secará rápidamente. · Gire en un solo movimiento.
	Fije la muestra · Inmediatamente. · Permita que la muestra se seque antes de adjuntar a la solicitud.

E) ¿CÓMO SE DEBE INTERPRETAR EL RESULTADO DE UN ESTUDIO CITOLÓGICO CERVICAL?

El resultado del estudio citológico es descriptivo y se informa con el Sistema Bethesda 2001.

How to take a PAP test. Ontario Cervical Screening Reference Card. Laboratory Proficiency Testing Program. Toronto, Ontario, Canadá, 1996.
Manual de Procedimientos del Laboratorio de Citología (OPS/OMS) página 19, Año 2002.

ORGANIGRAMA DE MANEJO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES DE ACUERDO AL RESULTADO DEL SCREENING CITOLÓGICO



Cuando el estudio citológico reporte ASC-US o SIL BG, solo aquellas lesiones persistentes (reportadas en 2 estudios citológicos dentro de los 6 meses 1 año) deberían ser investigados a fondo.
OMS. "Comprehensive Cervical Cancer Control. A guide to essential practice". 2006.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL | Presidencia de la República del Paraguay | PARAGUAY TODOS | PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN PRECOZ Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y MAMA | DIRECCION GRAL DE PROGRAMAS DE SALUD

uso exclusivo del laboratorio

Fecha y sello de Recepción del Laboratorio Nº

a.d.r.l.

Solicitud de Estudio Citológico Cervical

FAVOR INCLUIR TODOS LOS DATOS SOLICITADOS EN ESTA SOLICITUD DE PEDIDO. LA AUSENCIA O DIFERENCIA DE LOS DATOS REFERIDOS PUEDE DIFICULTAR O AUN IMPEDIR LA REALIZACIÓN DE UN DIAGNOSTICO CITOLOGICO.

Nombres y Apellidos

INCLUIR APELLIDO DE SOLTERA Y APELLIDO DE CASADA

Fecha de nacimiento (dia mes año) Edad Cedula de Identidad Nº

Dirección Teléfono:

DE NO EXISTIR, PREGUNTAR POR LUGAR DE FÁCIL RECONOCIMIENTO PÚBLICO.

Centro de toma material PS CS HR REG SAN

MARCAR CON UNA CRUZ LA CATEGORIA NUMERO DE R.S.

Ficha clínica Nº Fecha de toma material (dia mes año)

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Menarca: _____ Tipo menstrual: _____ FUM: _____

Embarazos: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Partos: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Abortos: _____

Metodo anticonceptivo: _____

Resultado de Citología (PAP) anterior: _____ Año

MACROSCOPIA DEL CUELLO UTERINO

ESQUEMA

Paciente histerectomizada (Ausencia de cue _____

Cuello Norma _____

Cuello de aspecto inflamatorio _____

Sospecha de carcinoma _____

Otros - especificar _____

Responsable de la toma:

INFORME CITOLOGICO - USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO

Codigo

CALIDAD DEL EXTENDIDO:

CATEGORIZACIÒN DIAGNOSTICA:

TERMINO DIAGNOSTICO:

RECOMENDACIONES:

FECHA DE LECTURA DEL EXTENDIDO:

FECHA DE EMISION DEL INFORME:

CITOLOGO RESPÒNSABLE:

SISTEMA BETHESDA 2001

SISTEMA BETHESDA 2001

CALIDAD DEL ESPÉCIMEN

- Satisfactorio para evaluación: (describir presencia o ausencia del componente endocervical o de la zona de transformación, y cualquier otro indicador de calidad, por ejemplo: parcialmente cubierto de sangre, inflamación, etc.).
- Insatisfactorio para evaluación: espécimen rechazado – no procesado (especificar razón).
- Espécimen procesado y examinado, insatisfactorio para evaluación de anormalidades en células epiteliales por (especificar razón).

CATEGORIZACIÓN GENERAL (OPCIONAL)

- Negativo para lesión intraepitelial o malignidad.
- Anormalidades en células epiteliales (ver interpretación / resultado).
- Otros.

INTERPRETACIÓN / RESULTADO

- Negativo para lesión intraepitelial o malignidad. (Cuando no hay evidencias celulares de neoplasia, citar en esta sección del informe existan o no evidencias de microorganismos o otros hallazgos no neoplásicos).

ORGANISMOS.

- Tricomonas vaginalis.
- Hongos, compatibles con Candida spp.
- Cambios en la flora compatibles con vaginosis bacteriana.
- Bacterias morfológicamente compatibles con Actinomices spp.
- Cambios celulares compatibles con Herpes Virus Simple.

OTROS HALLAZGOS NO NEOPLÁSICOS (OPCIONAL)

Cambios celulares reactivos asociados con:

- Inflamación.
- Radiación.
- DIU.
- Células glandulares post histerectomía.
- Atrofia.

OTROS

Células endometriales presentes (en una mujer de más de 40 años).

Especificar si el extendido es negativo por lesión escamosa intraepitelial.

ANORMALIDADES EN CÉLULAS EPITELIALES

En células escamosas

- Células escamosas atípicas de significado no determinado – ASC. ASC-US.
- ASC-SIL AG. No es posible descartar SIL de ALTO GRADO.
- Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado – SIL de BAJO GRADO.
- Lesión escamosa intraepitelial de alto grado – SIL de ALTO GRADO.
- Carcinoma escamoso.

En células glandulares

- Células glandulares atípicas (AGC) (especificar si son endocervicales, endometriales o no determinadas).
- Células glandulares atípicas-probable neoplasia (especificar si son endocervicales, endometriales o no determinadas).
- Adenocarcinoma in situ.
- Adenocarcinoma invasor.
- Otros.

SUGERENCIAS O NOTAS EDUCATIVAS

¿CÓMO PROCEDER CUANDO SE RECIBEN RESULTADOS DE CITOLOGÍA CERVICAL CON LAS DIFERENTES CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS?

Considerando que el examen citológico cervical necesariamente origina ansiedad por el resultado en las pacientes examinadas, es fundamental diseñar el programa para minimizar esta ansiedad. Se debe realizar todo el esfuerzo posible para que el tiempo transcurrido entre la toma del material y la recepción de los resultados sea el mínimo posible.

De igual manera, se debe tener en cuenta que en ocasiones estudios diagnósticos adicionales deberán ser realizados en pacientes con anormalidades clínicamente evidentes, independientemente del resultado del estudio citológico. Las pacientes con alteraciones clínicas sugestivas de cáncer de cuello uterino deben ser remitidas directamente a los centros de referencia que cuenten con colposcopía, inclusive sin realizar la toma citológica, conociendo el hecho de que en ocasiones cánceres macroscópicamente evidentes pueden tener citología negativa o no conclusiva. Estas anormalidades clínicas sugestivas de cáncer de cuello uterino incluyen a:

- pacientes con sangrado postcoital, sangrado intermenstrual o sangrado posmenopáusico;
- pacientes con lesiones cervicales aparentemente benignas que no curan con antibióticos, cauterización, etc.;
- lesiones cervicales clínicamente sospechosas como "leucoplasias" o tumores clínicamente visibles.

PACIENTES CON CITOLOGÍA NEGATIVA PARA LESIÓN INTRAEPITELIAL O MALIGNIDAD

Las pacientes nuevas con citología negativa para lesión intraepitelial o malignidad deben ser evaluadas una vez al año hasta completar tres estudios normales. Posteriormente los siguientes controles deben ser planteados con intervalos máximos de 3 años.

PACIENTES CON CITOLOGÍA INSATISFACTORIA

En las pacientes con extendidos insatisfactorios para evaluación citológica –independientemente de la causa– tomar nueva citología en el mismo lugar de origen de la muestra.

PACIENTES CON CITOLOGÍA NEGATIVA PARA LESIÓN INTRAEPITELIAL O MALIGNIDAD, PERO CON CAMBIOS INFLAMATORIOS O REACTIVOS MARCADOS

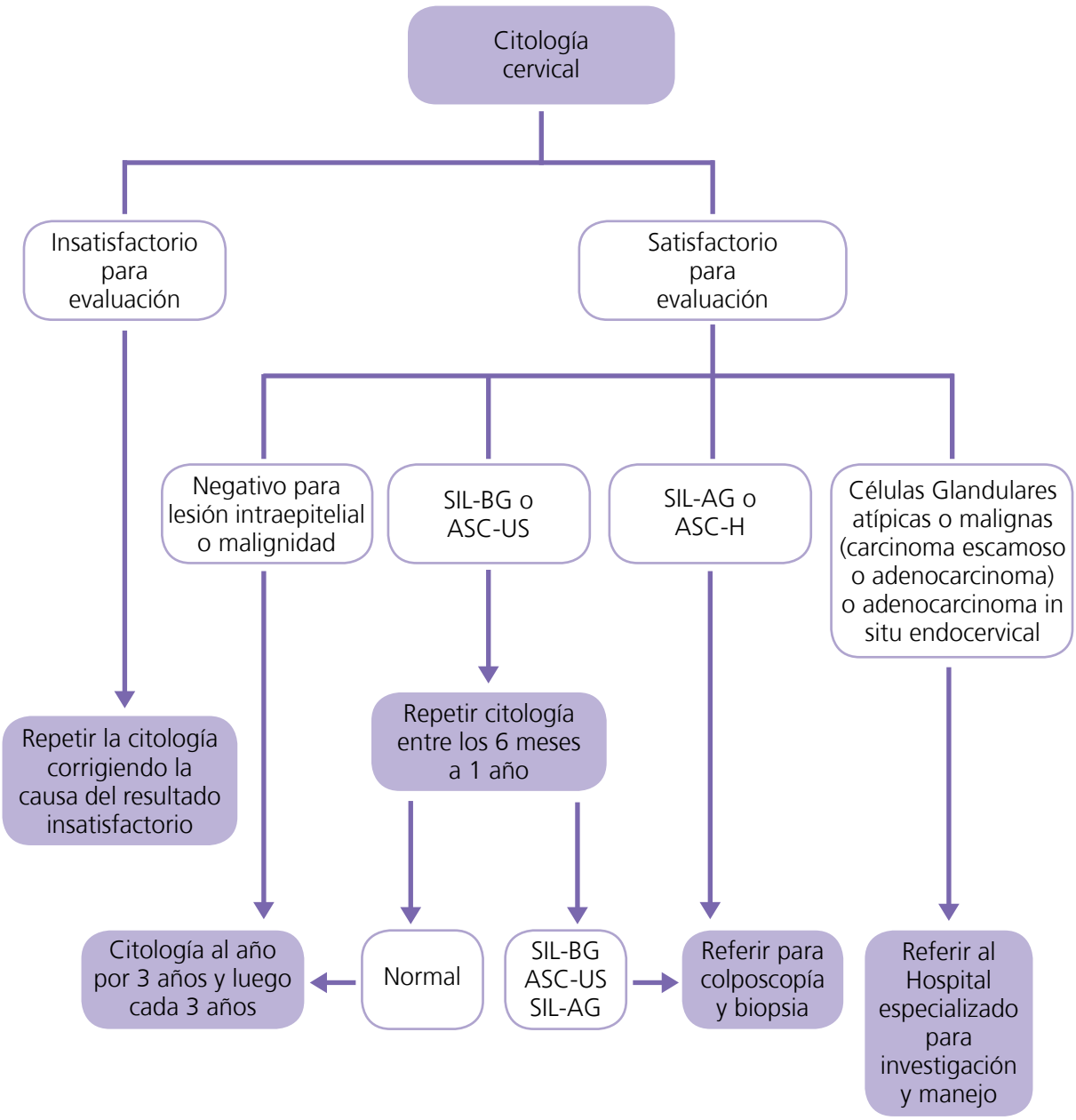
El proceso inflamatorio debe ser diagnosticado y tratado, y una vez superado se debe practicar una nueva toma citológica dentro del año.

PACIENTES CON CITOLOGÍA ANORMAL:

- células escamosas atípicas de significado no determinado, (ASC-US).
- células escamosas atípicas-no se puede descartar SIL de algo grado: ASC-H
- Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.
- Lesión escamosa intraepitelial de alto grado.
- Compatible con carcinoma escamoso invasor.
- Células glandulares atípicas de significado no determinado (AGUS).
- Compatible con adenocarcinoma invasor.
- Compatible con otras neoplasias malignas.

Aquellas pacientes con los resultados citológicos arriba señalados deberán siempre ser remitidas en la brevedad posible a los centros de referencia para su evaluación con colposcopía, donde se practicarán biopsias cervicales dirigidas por colposcopía y/o legrado endocervical, según lo indiquen los hallazgos colposcópicos, para confirmar la presencia de las lesiones y su grado histológico.

PASOS A SEGUIR BASANDOSE EN EL INFORME CITOLÓGICO COMO MÉTODO DE SCREENING



SIL-BG: lesión escamosa intraepitelial de bajo grado. SIL-AG: lesión escamosa intraepitelial de alto grado. ASC-US: células escamosas atípicas de significado indeterminado. ASC-H: células escamosas atípicas-no se puede detectar SIL de alto grado. OMS. "Comprehensive Cervical Cancer Control. A guide to essential practice". 2006.

COLPOSCOPÍA

COLPOSCOPÍA

A) ¿QUÉ ES LA COLPOSCOPÍA?

La colposcopía es un método que consiste en la observación directa del tracto genital inferior mediante un instrumento óptico llamado colposcopio.

El colposcopio es un instrumento designado para proveer iluminación y magnificación convenientes, que consiste básicamente en un par de binoculares o serie de lentes fijados a algún tipo de sistema de soporte.

B) ¿CUÁL ES LA FUNCIÓN DE LA COLPOSCOPÍA DENTRO DEL CONTEXTO DE UN PROGRAMA DE APLICACIÓN A GRANDES MASAS POBLACIONALES?

Considerando el alto costo operativo de los departamentos de colposcopía, y teniendo en cuenta que la incidencia de lesiones precursoras del cáncer del cuello uterino es de aproximadamente 2,7% en la población femenina en general, por lo que **de cada 100 colposcopías efectuadas solo 3 serán positivas**, resulta obvio el hecho de que no se puede emplear esta técnica como método de screening primario si el objetivo es la cobertura de grandes masas poblacionales. La colposcopía debe necesariamente ser selectiva, y se debe emplear fundamentalmente en las dos siguientes situaciones:

1. **En pacientes con citología anormal persigue los siguientes objetivos:**

    a) identificar la lesión de donde han descamado las células anormales;

    b) determinar:

        · la ubicación de la lesión;

        · la extensión de la lesión, especificando límites internos y externos, con especial énfasis en la presencia o no de extensión al canal endocervical;

    c) intentar una predicción histológica tomando biopsia dirigida de las áreas identificadas como anormales. Es muy importante la práctica de biopsias múltiples en la lesión par evitar omitir muestras de los puntos con mayor patología.

En base a esta evaluación el medico tratante decidirá la conducta a seguir, teniendo en cuenta las condiciones particulares de cada paciente.

2. En pacientes con cuadros clínicos anormales podría pasarse directamente a este procedimiento para ganar tiempo y evitar citologías con resultados falsos negativos (Manual Paltex).

C) ¿EN QUIÉNES DEBE REALIZARSE ESTE EXAMEN?

La colposcopía es un examen selectivo que debe ser realizado a aquellas pacientes que lo necesitan y que debe ser efectuado en condiciones específicas que le garanticen la mayor confiabilidad.

Su **objetivo principal** es la evaluación de pacientes con una citología anormal, especialmente cuando se trabaja dentro del contexto de un programa de detección de lesiones precursoras del cáncer con grandes masas de población. Dentro de un contexto de investigación, o en centros de docencia, puede ser empleado como método sincrónico con la toma citológica cervical.

Derivar las pacientes con IVAA (+) de los Puestos de Salud, a los Centros de Referencia para que el colposcopista confirme o descarte la lesión.

Hallazgos citológicos en los que la colposcopía es indispensable como examen complementario:

- células escamosas atípicas de significado no determinado;
- células escamosas atípicas, sugestivas de lesión escamosa intraepitelial de alto grado;
- lesión escamosa intraepitelial de bajo grado;
- lesión escamosa intraepitelial de alto grado;
- compatible con carcinoma escamoso invasor;
- células glandulares atípicas de significado no determinado;
- compatible con adenocarcinoma invasor;
- compatible con otras neoplasias malignas.

Se recomienda también en pacientes con cuadros clínicos anormales, como:

- el sangrado postcoital, sangrado intermenstrual o sangrado posmenopáusico;
- una lesión cervical persistente refractaria al tratamiento (cauterizaciones, antibióticos y otros);
- lesiones cervicales sospechosas como leucoplasias y tumores visibles.

D) ¿QUIÉNES REALIZAN LA COLPOSCOPÍA Y DÓNDE?

Siendo tan importante la función de la colposcopía, ésta **debe ser realizada por un médico colposcopista bien entrenado**, que posea conocimientos histopatológicos y una experiencia clínica a la medida de sus responsabilidades.

Considerando que es necesario un volumen importante de pacientes para mantener el entrenamiento, y que se necesita de una infraestructura específica para su realización, **deberá ser practicado en un hospital regional y/o centro de referencia**, donde, además del colposcopio, cuenten con todo el instrumental óptimo **para la realización de procedimientos complementarios como biopsia y legrado endocervical**.

E) ¿CÓMO SE REALIZA LA COLPOSCOPÍA?

ELEMENTOS NECESARIOS PARA EL EXAMEN COLPOSCÓPICO

- Colposcopio binocular.
- Espéculos vaginales.
- Pinzas de aro o de Kocher larga.
- Solución de ácido acético al 5% en agua destilada.
- Torundas de algodón y gasitas.
- Solución de Lugol.
- Equipo de biopsia para ectocervix uterino (pinza de Tischler o Kevorkian o Sacabocados).
- Equipo de curetaje endocervical (cureta de Kevorkian, papel de filtro).
- Tapón vaginal de gasa sujeto con un hilo grueso y largo (luego de una biopsia).
- Fijador: formol al 10% que será entregado por la farmacia del establecimiento de salud.
- Formularios para informe colposcópico.
- Formulario para pedido de biopsias.

TÉCNICA DE REALIZACIÓN DE LA COLPOSCOPÍA

- Presentarse y tratar con respeto a la paciente, manteniendo la privacidad.
- Explicar a la paciente detenidamente el proceso a realizarse.
- Completar correctamente el formulario BARCELONA 2002 con los datos de la paciente. En caso de no existir una dirección conocida, preguntar por un lugar de referencia distinguido o de fácil reconocimiento público.
- Colocación del espéculo no lubricado.
- Visualización del cuello uterino en su totalidad.
- Examen del cuello uterino previa aplicación de ácido acético al 5%.
- Evaluación de vasos con filtro verde.
- Aplicación de solución de Lugol fuerte impregnando el cuello uterino para el test de Schiller.
- Biopsias de zonas anormales.
- Legrado endocervical en casos indicados.
- Taponamiento vaginal en caso de sangrado.
- Registro de datos colposcópicos en forma previamente estandarizada.
- Completar el examen con la vaginoscopía y vulvoscopía.

CONCLUSIÓN: durante la colposcopía se debe centrar la atención en hallazgos anormales, ya que en casi la totalidad de ellos debe practicarse la biopsia dirigida y el legrado endocervical.

No olvidar que la colposcopía es un método de diagnóstico que se complementa con la citología y la biopsia dirigida.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL | Presidencia de la República del Paraguay | PARAGUAY TODOS | PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN PRECOZ Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y MAMA | DIRECCION GRAL DE PROGRAMAS DE SALUD

a.d.r.i.

Colposcopia

(IFCPC Barcelona 2002)

Nº de estudio _____

NOMBRE Y APELLIDO | Edad

C.I. | Dirección

DE NO EXISTIR, PREGUNTAR POR LUGAR DE FÁCIL RECONOCIMIENTO PÚBLICO.

Teléfono: | Nº de Ficha Clínica | Nº de Registro

I. IMÁGENES NORMALES

Epitelio Escamoso normal:

Epitelio Cilindrico normal:

Zona de transformación normal:

Zona de transformación:

TIPO 1 ☐ TIPO 2 ☐ TIPO 3 ☐

II. IMÁGENES ANORMALES

Epitelio Acetoblanco	Tenue ☐	Denso ☐
Mosaico	Fino ☐	Grueso ☐
Puntillado	Fino ☐	Grueso ☐

Yodo parcialmente negativo:

Zona Yodo negativo:

Vasos atipicos:

Son los casos mayores. Deben ser contralados o biopsiados

III. IMÁGENES SUGESTIVAS DE CANCER INVASOR

Superficie irregular

Erosión o ulceración

Cambios acetoblancos densos

Mosaico y puntillado grueso irregular

Vasos atípicos

IV. COLPOSCOPIA INSATISFACTORIA

Unión escamo-columnar no visible

Inflamación severa

Atrofia severa

Traumatismo

Cervix no visible

V. MISCELÁNEAS

Condilomatosis ☐	Erosión ☐	Deciduosis ☐	Atrofia ☐
Queratosis ☐	Inflamación ☐	Pólipos ☐	

Vulva: Vagina: Periné: Ano:

DIAGNOSTICO COMPATIBLE CON

RECOMENDACIONES

BIOPSIA DEL CUELLO UTERINO

BIOPSIA DEL CUELLO UTERINO

BIOPSIA

A) ¿QUÉ ES LA BIOPSIA?

La biopsia cervical colposcópicamente dirigida consiste en la obtención de una muestra de tejido de cuello uterino. Puede ser única o múltiple. Es un procedimiento ambulatorio usualmente sin anestesia.

B) ¿CUÁL ES LA FUNCIÓN DE LA BIOPSIA?

La biopsia debe necesariamente ser selectiva, y se debe emplear fundamentalmente para la confirmación histopatológica de una citología y/o una colposcopía anormal, lo que al final nos permitirá plantear un tratamiento según los hallazgos.

La biopsia puede ser de dos tipos (según De Palo):

Exocervical

- Bx dirigida con colposcopía.
- Bx guiada con pinza para biopsia.

Endocervical

- Raspado del canal sin anestesia.
- Examen fraccionado del canal cervical y la zona correspondiente al OCI.

C) ¿EN QUIÉNES DEBE REALIZARSE ESTE EXAMEN?

- En toda paciente con un resultado de colposcopía anormal.
- En caso de colposcopía negativa, LEC Negativo pero citología positva para SILAG de alto grado "persistente en más de 2 estudios" se sugiere biopsia ampliada con LEEP.
- Aquellas pacientes cuya lesión presente características de cáncer invasor.

D) ¿QUIÉNES REALIZAN LA BIOPSIA Y DÓNDE?

Este procedimiento debe ser realizado por el personal médico entrenado, en un ambiente habilitante.

De Palo, Giuseppe. Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior-1992.

E) ¿CÓMO SE REALIZA LA BIOPSIA?

Preparación de la paciente

- Presentarse y tratar con respeto a la paciente, manteniendo la privacidad.
- Explicar a la paciente detenidamente el proceso a realizarse.
- Completar correctamente el formulario con los datos de la paciente y teléfono celular. En caso de no existir una dirección conocida, preguntar por un lugar de referencia distinguido o de fácil reconocimiento público.
- Colocarla en posición ginecológica.
- Colocación de espéculo adecuado a la paciente.
- Localizar la lesión con ayuda de la colposcopía o aplicación de Lugol.
- Toma de muestra con pinza para biopsia.

Técnica de la toma

Si la lesión es evidente, colposcópicamente se hará la toma sobre la lesión. Si la lesión se prolonga al canal endocervical, se hará siempre LEGRADO ENDOCERVICAL (LEC). La biopsia del cuello uterino guiada con colposcopía es indolora y causa poco sangrado, se realiza luego de la colposcopía con pinza de Thisler o similares. La pinza en sacabocado, de punta redonda se utilizará para lesiones macroscópicas sospechosas de infiltración, ya que lesiona mucho los tejidos y puede dar mucho sangrado. Si se cuenta con electrocoagulador ambulatorio, controlamos la hemostasia. Si es un sangrado pequeño, podemos colocar una mecha vaginal con agua oxigenada y es suficiente para cohibir la hemorragia. Indicamos posteriormente el uso de un óvulo vaginal con antibióticos.

Si la citología es anormal y no se ve la lesión colposcópica, se hará LEGRADO ENDOCERVICAL (LEC). Completar la hoja de pedido al patólogo con un dibujo esquemático de la biopsia realizada.

Envío de muestras de biopsias al laboratorio

- Frasco 1: muestras del legrado endocervical (LEC).
- Frasco 2: muestra de biopsia ectocervical.

Indicaciones médicas luego de la biopsia

- La paciente se retirará la mecha vaginal entre las 6 a 12 horas. Se indica que vuelva a la consulta en caso de persistir el sangrado.

- Reposo físico y sexual por lo menos una semana.
- No hacer esfuerzos ni alzar cosas pesadas.
- Buena alimentación.
- Medicación según la prescripción médica.

Complicaciones

Durante el procedimiento se puede lesionar pequeñas arterias que producen sangrado profuso y persistente y pueden incluso llegar a ser severas y comprometer el estado general por anemia. En este caso el mechado no es suficiente y se necesita una sutura con hilo reabsorvible y medidas generales como reposo, buena alimentación y tratamiento con hierro por tres meses.

LEGRADO DE CANAL ENDOCERVICAL

Procedimiento por el cual se toma muestras histológicas por raspado del endocérvix.

Técnica de la realización

El LEC puede realizarse, previo pinzamiento del cuello uterino con la cureta de Kevorkian o con la cureta de Novak, raspando las paredes del canal endocervical. Se puede medir el cuello uterino con el histerómetro y verificar si el OCI está cerrado o abierto.

La anatomía patológica en la evaluación de pacientes con extendidos citológicos anormales

a) Establece el diagnóstico histológico de la lesión estudiada, requisito básico y fundamental para planear el tratamiento.

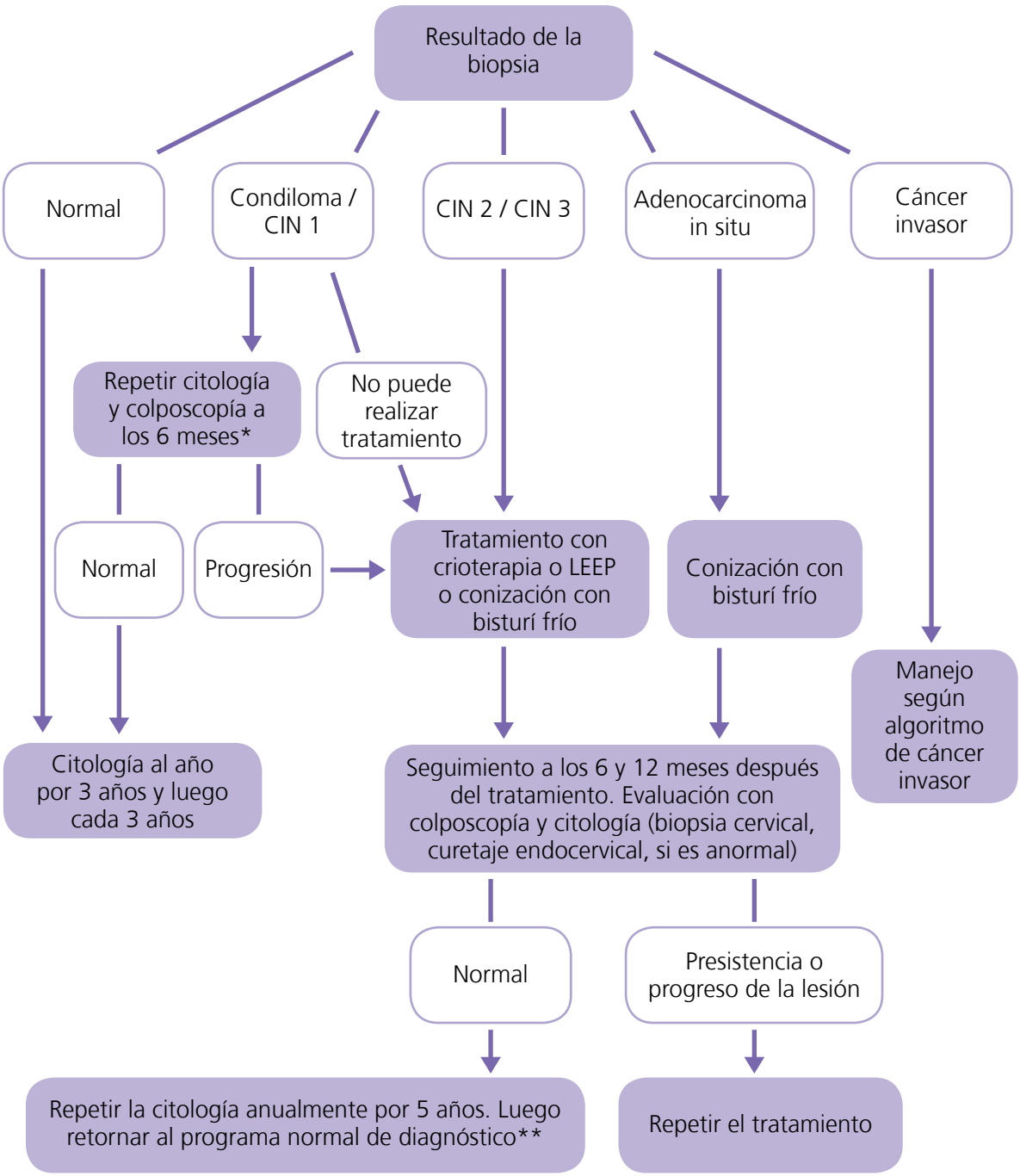
b) Evalúa la extensión ecto y endo cervical de la lesión mediante el examen del legrado endocervical, el espécimen de conización o el espécimen de resección con LEEP.

c) Determina el estado de los márgenes de resección, en especimenes de conización, resección con LEEP, histerectomía.

F) ¿CÓMO SE INFORMA LOS RESULTADOS DE LA BIOPSIA?

La nomenclatura empleada en los diagnósticos histológicos es esencialmente la misma que se emplea en los extendidos citológicos, ya que la nomenclatura citológica actual es de correlación cito-histológica.

MANEJO DE LAS LESIONES CONFIRMADAS POR BIOPSIA



* Si la lesión persiste, la colposcopía debería ser repetida cada 6 meses hasta que la regresión o progresión ocurra.
** En caso de CIN 1 o 2, retornar al programa de diagnóstico normal después de 1 año.
OMS. "Comprehensive Cervical Cancer Control. A guide to essential practice". 2006.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL | Presidencia de la República del Paraguay | PARAGUAY TODOS | PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN PRECOZ Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y MAMA | DIRECCION GRAL DE PROGRAMAS DE SALUD

a.g.r.i.

Fecha de Recepción en el Laboratorio
uso exclusivo del laboratorio

Nº

Solicitud de Estudio Anatomopatológico

FAVOR INCLUIR TODOS LOS DATOS SOLICITADOS EN ESTA SOLICITUD DE PEDIDO. LA AUSENCIA O DIFERENCIA DE LOS DATOS REFERIDOS PUEDE DIFICULTAR O AUN IMPEDIR LA REALIZACIÓN DE UN DIAGNOSTICO CITOLOGICO.

Nombres y Apellidos

INCLUIR APELLIDO DE SOLTERA Y APELLIDO DE CASADA

Fecha de nacimiento (dia mes año) Edad C.I.

Dirección

DE NO EXISTIR, PREGUNTAR POR LUGAR DE FÁCIL RECONOCIMIENTO PÚBLICO.

Teléfono:

Centro de toma material PS CS HR

MARCAR CON UNA CRUZ LA CATEGORIA

Ficha clínica Nº Fecha de toma material (dia mes año)

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Menarca: _____ Tipo menstrual: _____ FUM: _____

Embarazos: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Partos: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Abortos:

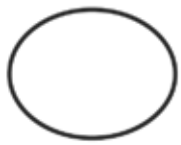
Espécimen 1._____ 2._____ 3._____

Se envia parte de esp _____ Fijador _____ Fecha de envio (dia mes año)

MEDICO RESPONSABLE

Resumen clinico y hallazgo operatorio _____

ESQUEMA



Diagnostico presunto _____

Examen anatomopatológico anterior _____

(Por favor no usar el dorso) Firma _____

TRATAMIENTOS

TRATAMIENTOS

A) TRATAMIENTO DE LAS LESIONES PRECURSORAS DEL CÁNCER CERVICAL

En condiciones ideales el programa debe estar estructurado de manera tal que todas las pacientes en las que la citología resulte anormal sean remitidas a centros de referencia seleccionados del MSPyBS para su evaluación, con realización de biopsias colposcópicas y legrado endocervical para determinar la presencia o ausencia de compromiso de canal endocervical.

Todos los métodos que se enumerarán a continuación requieren para su realización de médicos ginecólogos con entrenamiento adecuado en colposcopía y en las diferentes técnicas de tratamiento, y en algunos de los casos, especialmente en las técnicas de tratamiento quirúrgico, de especialistas en oncología ginecológica, teniendo en cuenta que en estas normas se brinda información general y se presentarán en forma resumida sin considerar en detalle cada una de las diferentes técnicas terapéuticas.

Considerando que la realización del tratamiento de estas lesiones debe estar revisada para este grupo de médicos, y una vez establecidos los siguientes puntos:

- descartar un carcinoma invasor;
- presencia de lesión escamosa intraepitelial, extensión de la lesión en cuadrantes;
- extensión de la lesión al canal endocervical y otras características dependientes de la paciente, como edad, deseo de fertilidad, presencia de patología corporal uterina asociada y fundamentalmente posibilidades de seguimiento adecuado post-tratamiento.

  Se pueden plantear las siguientes probabilidades terapéuticas.

METODOS AMBULATORIOS

Son métodos que pueden ser llevados a cabo en el consultorio de patología cervical. Requiere la presencia de un médico ginecólogo con experiencia en colposcopía y con experiencia en la técnica de tratamiento a ser empleada.

Al no requerir la internación de la paciente y no necesitar anestesia general, los costos del tratamiento son considerablemente más bajos.

Estos métodos son:

- tratamiento destructivo Local (TDL);
- crioterapia;
- resección con LEEP más tratamiento destructivo local.

El tratamiento destructivo local (TDL): emplea sustancias como el Ácido Tricloro Acético (ATA) al 80%; Ácido Acético Glacial (30 gr.) más resorcina (2 gr.) en embarazadas.

La crioterapia: es un método que emplea sustancias refrigerantes tales como óxido nitroso o anhídrido carbónico, que alcanzan una temperatura de -100 C, con lo que se produce una necrosis tisular por anoxia, y posterior desprendimiento de la escara. El inconveniente de esta técnica es la imposibilidad de realizar un estudio histológico del área lesionada, pues es totalmente destruida durante el tratamiento.

CRITERIO DE INCLUSIÓN	CRITERIO DE EXCLUSIÓN
• Screening positivo para lesión precancerosa de cuello uterino. • Lesión de tamaño pequeño, lo bastante para ser cubierto por el cabezal sin que sobrepase más de 2 mm sus bordes. • La lesión y todos los bordes totalmente visibles sin extensión en el endocervix uterino o hacia la pared vaginal. • Buena correlación cito-colpo-histológica.	• Evidencia o sospecha de enfermedad invasiva o displasia glandular. • Que la lesión se extienda más de 2 mm del borde del cabezal. • Embarazo. • Enfermedad pélvica inflamatoria (hasta su tratamiento). • Menstruación.

La resección con LEEP: es un procedimiento que emplea la electro-frecuencia y permite resecar el área lesionada para su posterior estudio histopatológico, siendo esta una de las mayores ventajas. Se los utiliza en los Centros de Referencia seleccionados del MSPyBS.

CRITERIO DE INCLUSIÓN	CRITERIO DE EXCLUSIÓN
• Prueba positiva para lesión precancerosa. • Lesión que se extiende menos de 1 cm dentro del canal endocervical.	• Sospecha de cáncer invasor o displasia glandular. • Lesión que se extienda más de 1 cm dentro del canal endocervical o cuyo extremo distal no es visible (estas lesiones se tratan con conización con bisturí). • Infección cervical o enfermedad inflamatoria pélvica (hasta su tratamiento o curación). • Embarazo y dentro de las 12 semanas post parto. • Hemorragia uterina anormal.

MÉTODOS CON INTERNACIÓN

Son métodos que se llevan a cabo en el quirófano, con anestesia general en centros hospitalarios de mayor complejidad, y requieren la intervención de mayor número de personal médico.

Estos métodos incluyen:

· conización con bisturí frío;
· conización con LEEP;
· histerectomía tipo I, II, III, IV, V.

B) EL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES QUE HAN SIDO ESTUDIADAS O TRATADAS

a) De las pacientes que han sido estudiadas, y en las que la citología no ha detectado lesiones preneoplásicas o neoplásicas.

b) De las pacientes en las que la citología ha detectado lesiones preneoplásicas o neoplásicas y que han recibido tratamiento.

Laser: método ambulatorio utilizado para la destrucción o escisión de las lesiones y la zonas de transformación del cuello uterino. Aún incipiente en nuestro país.

a) EL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES EN LAS QUE LA CITOLOGÍA NO HA DEMOSTRADO LA EXISTENCIA DE LESIONES PRENEOPLÁSICAS O NEOPLÁSICAS.

Estas pacientes deben ser instruidas acerca de la importancia de concurrir al centro en el cual se le practicó la toma del material para sus controles periódicos, y para una nueva toma de material.

El intervalo que debe existir entre una toma y otra ha sido motivo de discusión, y aunque se recomienda usualmente una toma citológica cervical por motivos fundamentalmente económicos y de organización de los programas, y sobre todo fundamentándose en el hecho de que no existen diferencias significativas en la reducción de las tasas acumuladas de cáncer de cuello uterino al realizar estudios citológicos con intervalos variables entre 1 a 3 años, se recomienda una nueva toma a los 3 años de la primera (ver tabla).

Intervalos de detección citológicos	Porcentaje de reducción de la tasa acumulada	Número de exámenes realizados por paciente
1 año	93,3	30
2 años	93,3	15
3 años	91,4	10
5 años	83,9	6
10 años	64,2	3

b) SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES EN LAS QUE SE DETECTARON LESIONES PRENEOPLÁSICAS O NEOPLÁSICAS EN EL EXAMEN CITOLÓGICO Y QUE FUERON TRATADOS.

Obviamente, se subentiende que se realizará el máximo esfuerzo en la recaptación de pacientes con citología anormal, ya que el objetivo primordial de todo el programa es la prevención secundaria del cáncer invasor mediante la detección y tratamiento de lesiones preneoplásicas.

Por el mismo motivo las pacientes en las que se detectaron lesiones deben ser tratadas por personal médico con entrenamiento adecuado y específico en las diferentes modalidades terapéuticas.

El control de estas pacientes debe ser realizado empleando colposcopía y citología cervical, y debe ser iniciado a los 3 meses de finalizado el tratamiento. Estos controles deben repetirse con una frecuencia trimestral hasta el primer año. El segundo año la frecuencia de los controles colposcópicos y citológicos debe ser semestrales para finalmente, al tercer año, instruir a la paciente de igual manera que aquellas del primer grupo con controles citológicos trianuales.

ANEXOS

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A DAÑOS Y DISFUNCIONES QUE AFECTAN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En cualquier etapa del ciclo de vida, mujeres y varones pueden sufrir disfunciones, enfermedades o daños que afectan su salud sexual o reproductiva. Un problema de trascendencia, es el de parejas que no pueden tener descendencia (infertilidad primaria, infertilidad secundaria o embarazo malogrado), cuyas causas pueden estar en el varón, en la mujer o en ambos, que merecen estudios especializados.

Las disfunciones sexuales del varón como de la mujer son problemas de pareja que alteran el bienestar y la salud sexual: dispareunias o dolor en la mujer durante el acto sexual, dificultades en la satisfacción sexual, eyaculación precoz, disfunciones eréctiles, que deben ser resueltas en las policlínicas de especialidades, consultorios de prenatal, ginecología, planificación familiar o salud mental.

El cáncer ginecológico y de la mama combinados representan el grupo más amplio de cánceres causantes de muerte en la mujer. El acceso al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y sus buenos resultados estimulan la realización de acciones de prevención y tratamiento precoz.

El costo de esta acción es diez veces menor que el tratamiento de estudios más avanzados, además del costo en morbilidad y daño. Otros problemas son las infecciones que no fueron transmitidas sexualmente como la cervicitis crónica, infecciones por hongos, bacterias y otras que resultan del crecimiento de organismos presentes en la vía genital.

El dolor abdominal bajo en la enfermedad inflamatoria pélvica es motivo de consulta, así como el flujo vaginal por causa indeterminada. En el varón, los estudios sobre adenoma de próstata, prostatitis crónicas, cáncer de próstata y de pene, infecciones urinarias y cálculos reno-ureterales ocupan la atención de los consultorios de adultos mayores o de urología. La fimosis es una situación que debe ser resuelta en el niño pequeño con la circuncisión, que además es una medida de prevención del cáncer de pene.

EL PLAN PROPONE ORIENTAR ESTE ÁMBITO DE LA SSR, LA DECLARACIÓN INDIFERENCIA CERO, A:

- Diagnóstico y tratamiento tardíos de displasias, cáncer de cuello uterino, de mamas, de próstata y de pene.
- Deficiente identificación y control de condiciones y factores de riesgo (ITS, VIH, anemia, diabetes, hipertensión) que puedan afectar la salud sexual.
- Ausencia de servicios preparados para la atención de personas en etapa sexual pos

reproductiva (climaterio y andropausia).

- Malnutrición, desnutrición y obesidad femenina.
- Tabaquismo activo y pasivo.
- Alta incidencia de cánceres del tracto genital femenino y masculino y de mamas por ausencia de servicios de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

OBJETIVO GENERAL:

La población tiene acceso a servicios de información y orientación en infertilidad, esterilidad, disfunciones sexuales, prevención de cáncer genital y mamario y en otros trastornos relacionados al campo de la sexualidad y la reproducción humana, en el contexto de las redes de servicios de salud.

Línea de acción 1: Prevención, detección precoz y tratamiento oportuno del cáncer genital y de mamas.

Resultado Esperado: Todas las personas acceden a servicios de calidad para la prevención, detección precoz y tratamiento oportuno del cáncer del tracto genital y de mamas.

Lineamientos:

- Reforzamiento de la información y educación pública en el tema.
- Actualización de la información epidemiológica sobre cáncer genital y de mamas.
- Desarrollo de acciones educativas con profesionales de salud y con la comunidad para la prevención y detección precoz del cáncer de cuello uterino, mamas, próstata, testículo y pene y del Marcador Tumoral Prostático (PSA).
- Desarrollo de acciones específicas de SSR con personas adultas mayores (PAP en la mujer, tacto rectal a varones mayores de 50 años de edad, examen de pene).
- Fortalecimiento de las redes de servicios con recursos humanos capacitados y los instrumentales, equipos e insumos necesarios.
- Dotación de especialistas según funciones de las unidades componentes de las redes integradas de servicios (ginecólogos, pediatras, oncólogos, citotecnólogos, mastólogos, sexólogos).
- Prestación de servicios de diagnóstico, incluyendo examen citológico cérvicovaginal (PAP), colposcopía, ecografía mamaria, mamografía, determinaciónde marcadores tumorales mamarios prostáticos (PSA), biopsias y otras pruebas.
- Desarrollo de estrategias para extender coberturas en la ejecución del PAP y reducir tiempos de entrega de resultados.

- Acciones tendientes a lograr a nivel nacional la disponibilidad de vacuna para prevenir el cáncer de cuello uterino.
- Atención ambulatoria para tratamientos localizados: crioterapia, asa LEEP, topicaciones.
- Fortalecer servicio de referencia para afecciones mamarias y su prevención.
- Referencia a servicios especializados de cirugía oncológica para su tratamiento, seguimiento y contra-referencia.
- Registro estadístico, según las normas.

Línea de Acción 2: Orientación sobre infertilidad, esterilidad, disfunciones sexuales y otros trastornos en el campo de la sexualidad y la reproducción humanas

Resultado Esperado: Las personas acceden a información con calidad en la red de servicios sobre infertilidad, disfunciones sexuales y otros problemas relacionados a la sexualidad, a los órganos sexuales y de la reproducción de varones y mujeres.

Lineamientos:

- Educación de la sexualidad oportuna, completa, que contribuya a fortalecer conductas sexuales adecuadas y seguras y evite problemas orgánicos que afecten la fertilidad y otras dificultades en el área sexual y reproductiva.
- Información y orientación sobre infertilidad y esterilidad a las parejas que lo soliciten y referencia para su atención a servicios especializados.
- Desarrollo de policlínicas de especialidades y de laboratorios especializados para estudios de infertilidad y de disfunciones sexuales con materiales, tecnologías y recursos humanos calificados (ginecólogos, sexólogos, urólogos, sicólogos, bioquímicos y otros) y de recursos para el diagnóstico y tratamiento (ecografía transvaginal, serologías específicas, dosajes hormonales y otros análisis laboratoriales y por imágenes).
- Orientaciones básicas a personas con disfunciones sexuales y referencia para su atención a servicios especializados.
- Atención a personas con molestias derivadas de infecciones o procedimientos realizados en órganos sexuales, el climaterio, la menarquía, la menopausia.
- Orientación a parejas con preocupaciones sobre desempeño y satisfacción sexual.
- Registro estadístico, según las normas.

INDICADORES DE PROCESO

a) DETECCION

Indicadores de cobertura

COBERTURA ESPECIFICA: porcentaje de mujeres programadas examinadas (Estandar 80 %)

$$\frac{\text{N° de mujeres con PAP}}{\text{N° de mujeres programadas}} \times 100$$

EXAMENES POR PRIMERA VEZ: porcentaje de mujeres programadas que por primera vez se benefician del PAP (Estandar mayor al 20%)

$$\frac{\text{N° de mujeres con 1er. PAP}}{\text{N° total de mujeres con PAP}} \times 100$$

b) DIAGNOSTICO

Indicadores de calidad del diagnóstico

PROCENTAJE DE MUJERES CON PAP (+) Y ESTUDIO HISTOPATOLOGICO (Estandar 50 %)

$$\frac{\text{N° de mujeres con PAP (+) e histopatología}}{\text{N° total de mujeres con PAP (+)}} \times 100$$

c) TRATAMIENTO

Indicadores de calidad del tratamiento

PORCENTAJE DE MUJERES CON DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DE LIE-AG TRATADAS (Estandar: tratamiento mayor del 50%)

$$\frac{\text{N° de mujeres con Dx de LIE-AG que recibieron tratamiento}}{\text{N° total de mujeres con Dx de LIE-AG}} \times 100$$

PORCENTAJE DE MUJERES CON DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DE LIE-AG TRATADAS AMBULATORIAMENTE (Estandar: tratamiento mayor del 50%)

$$\frac{\text{N° de mujeres con Dx de LIE-AG con tratamiento ambulatorio}}{\text{N° total de mujeres con Dx de LIE-AG}} \times 100$$

d) SEGUIMIENTO

Indicadores de calidad del seguimiento

PORCENTAJE DE MUJERES QUE FUERON EVALUADAS DEBIDO A SU RESULTADO DE PAP (+) (Estandar: mayor del 50%)

$$\frac{\text{N° de mujeres con PAP (+) evaluadas}}{\text{N° total de mujeres con PAP (+)}} \times 100$$

PORCENTAJE DE MUJERES CON DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DE LIE-AG TRATADAS Y CON SEGUIMIENTO MINIMO DE 12 MESES (Estandar: mayor del 50%)

$$\frac{\text{N° de mujeres con Dx de LIE-AG tratadas y con seguimiento}}{\text{N° total de mujeres LIE-AG tratadas}} \times 100$$

INDICADORES DE IMPACTO

TASA DE INCIDENCIA DE LIE-AG EN LA POBLACION DE RIESGO

$$\frac{\text{N° de mujeres con LIE-AG}}{\text{N° total de mujeres de 25 a 49 años}} \times 100$$

TASA DE INCIDENCIA DE CANCER DE CUELLO UTERINO EN LA POBLACION DE RIESGO

$$\frac{\text{N° de mujeres con CCU}}{\text{N° total de mujeres de 25 a 49 años}} \times 100$$

TASA DE MORTALIDAD POR CANCER DE CUELLO UTERINO

$$\frac{\text{N° de mujeres que fallecen por CCU}}{\text{N° total de mujeres de 25 a 49 años}} \times 100$$

INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA)

TIPOS DE PRUEBAS DE INSPECCIÓN VISUAL

- Inspección visual con ácido acético (IVAA), Puede hacerse a simple vista (también llamada cervicoscopía o inspección visual directa [IVD]), o bien con una lente de bajo aumento (también llamada ginoscopía o inspección visual con ácido acético y lente de aumento).
- Inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol (IVSL). También conocida como prueba de Schiller, emplea solución yodoyodurada de Lugol en lugar de ácido acético.

¿Qué incluye la IVAA?

- Realizar una exploración vaginal con espéculo, durante la cual el prestador de asistencia sanitaria aplica ácido acético (vinagre) diluido (de 3 a 5%) al cuello uterino.
- Al exponer el tejido anormal al vinagre, adquiere temporalmente una coloración blanca.
- Observar el cuello uterino a simple vista para identificar cambios de color en el mismo.
- Determinar si el resultado de la prueba es positivo o negativo para posibles lesiones precancerosas o cáncer. Escribir el resultado de la prueba, en el punto Otros – especificar del formulario de solicitud de estudio citológico.

¿Qué infraestructura requiere la IVAA?

- Área privada para exploración.
- Mesa de exploración.
- Profesionales de la salud adiestrados,

- Fuente de iluminación adecuada.
- Espéculo vaginal estéril.
- Guantes para exploración nuevos o guantes quirúrgicos desinfectados.
- Hisopos de algodón grandes.
- Ácido acético diluido (de 3 a 5%) y un recipiente pequeño.
- Envases con solución de cloro al 0,5%.
- Balde o cubo plástico con una bolsa de plástico.
- Sistemas de garantía de calidad para una máxima exactitud.

Categorías de los resultados de la IVAA

Categoría de la IVAA	Resultados clínicos
Prueba negativa	Sin lesión acetoblanca ni lesiones acetoblancas pálidas; pólipos, cervicitis, inflamación o quistes de Naboth.
Prueba positiva	Áreas acetoblancas densas (de color blanco opaco o blanco ostra), nítidas, precisas, bien definidas, con o sin márgenes elevados que tocan la unión escamoso-dlíndrica (UEC); leucoplasia y verrugas.
Sospecha de cáncer	Excrescencia o lesión ulcerosa o en coliflor visible clínicamente; exudación o sangrado al tacto.

Categorías de los resultados de la IVAA

- Un área acetoblanca lejos de la unión escamoso-dlíndrica (UEC) y que no la toca es intrascendente.
- Un área acetoblanca adyacente a la UEC es importante.

Opciones de tratamiento: ¿qué hacer si la IVAA es positiva?

- Ofrecer tratamiento de inmediato.
- Derivar para pruebas adicionales o que confirmen el diagnóstico.

Eficacia de la prueba

Sensibilidad y especificidad

- Sensibilidad; proporción de todos aquellos con la enfermedad a los cuales la prueba identifica correctamente como positivos.
- Especificidad: proporción de todos aquellos sin la enfermedad (normales) a los cuales la prueba identifica correctamente como negativos.

Eficacia de la IVAA (n=7):

	Sensibilidad	Especificidad
Mínima	65%	64%
Máxima	96%	98%
Mediana *	84%	82%
Media *	81%	83%

Fortalezas de la IVAA

- Método sencillo, fácil de aprender, que depende en grado mínimo de la infraestructura.
- Bajos costos de iniciación y mantenimiento.
- Muchos tipos de prestadores de asistencia sanitaria pueden realizar el procedimiento, si están capacitados.
- Los resultados de la prueba están disponibles de inmediato,
- Requiere de una sola visita.
- Es posible integrar el tamizaje por IVAA a los servidos de atención primaria de la salud.

Limitaciones de la IVAA

- Su especificidad moderada lleva a gastar recursos en el tratamiento innecesario de mujeres sin lesiones precancerosas cuando se aplica el esquema de la visita única.

Mediana ponderada y media basada en el tamaño de las muestras en estudio,
Fuente: adaptado de Gaffikin, 2003.
FUENTE ORIGINAL: Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP). www.alliance-cxca.org

- No hay pruebas concluyentes sobre las repercusiones del tratamiento excesivo en términos de salud o de costos, sobre todo en áreas con alta prevalencia de la infección por VIH.
- Es necesario implantar métodos uniformes de adiestramiento y control de calidad.
- Puede ser menos precisa en las mujeres posmenopáusicas.
- Dependiente del evaluador.

CONCLUSIONES

- La IVAA es un prometedor método nuevo.
- La ACCP y sus colaboradores en diversos países investigan, mediante varios proyectos en curso basados en: la IVAA, la eficacia a largo plazo del enfoque de realizar la IVAA y tratar en una misma visita.
- Aún quedan varias preguntas, entre ellas:
  - ¿cuáles factores aumentan al máximo la eficacia de la IVAA?;
  - ¿cómo puede asegurarse la calidad de los servicios de IVAA fuera de un entorno controlado?;
  - ¿cuál es la mejor forma de incorporar la IVAA en los programas de prevención?;
  - ¿qué repercusión a largo plazo tendrán sobre la mortalidad por cáncer los programas que incorporen a la IVAA?

REFERENCIAS

• ACCR ''Visual screening approaches: Promising alternative screening strategies. Cervical Cáncer Prevention Fact Sheet". (October 2002).

• ACCP & Worid Health Organization. "Cervical cáncer prevention in developingcountries: A review of screening and programmatic strategies". (Forthcoming, November 2003).

• Gaffikin L, Lauterbach M, Blumentha! PD. "Performance of visual inspection with acetic acid for cervical cáncer screening: A qualitative summary of evidence to date". *Obstetrical and Gynaecological Review* 58(8):543-550. (August 2003).

• McIntosh N, Blumenthal PD, Blouse A, eds. "Cervical cáncer prevention guidelines for low-resource settings". Baltimore, MD:JHPEIGO. (2001).

• Riegelman RK and Hirsch RR "Studying a study and testing a test: How to read the medical Literature", (2nd Edition). Bostón, MA:Little, Brown.

CAPTURA HIBRIDA

Actualmente contamos en nuestro país con el test de VPH o Captura Híbrida II (CHII) que permite la detección del DNA del virus del VPH y que complementa al Papanicolaou y a la colposcopia. El Test de VPH detecta la presencia de VPH de alto riesgo y determina el valor relativo de la carga viral. Es el único método aprobado por la Food and Drug Administration (FDA), capaz de detectar 13 serotipos de virus de alto riesgo: 16, 18,31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 59 y 68, La CHII junto con la citología, presenta una sensibilidad de hasta el 100 %. La especificidad varía entre un 78 % y 98 %, el valor predictivo negativo de ambas pruebas es del 100 %.

PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE MUESTRA

El Kit para la toma de muestra consta de un cepillo endocervical y un tubo colector que contiene una substancia como medio de transporte.

- La toma de material debe preceder a cualquier otro procedimiento diagnóstico.
- Remover el exceso de moco cervical y secreción vaginal con una gasa o algodón.
- Introducir el cepillo en el canal cervical, hasta que las cerdas mayores del cepillo toquen la región ecto-cervical, rotar el cepillo suavemente en sentido antihorario, cepillar el ecto-cervix y retirar el cepillo.
- Para lesiones de vulva, vagina y región perianal: humedecer el área con solución fisiológica, efectuar un raspado con el cepillo de la región a examinar y colocar **el material junto con el cepillo dentro del tubo y cerrar**. Agitar el tubo colector durante 30 segundos para homogeneizar la muestra. **Identificar el tubo con nombre y apellido del paciente**.
- Conservar la muestra en heladera entre 2° a 8° C (NUNCA CONGELAR).
- Remitir la muestra en la misma condición de refrigeración mencionada anteriormente al laboratorio para su procesamiento.

CONDICIONES PARA LA TOMA DE MUESTRA

- Abstinencia sexual de 72 hs, no realizarlo durante la menstruación, no realizar higiene vaginal, no estar en uso de óvulos o crema vaginal y aguardar 7 días posteriores a la última aplicación, no realizar ecografía transvaginal o estudio de cuello uterino tres días antes de la toma de muestra.
- Posterior a una biopsia **aguardar 30 días** y a un tratamiento (Leep, crioterapia, conizacion, etc.) **aguardar seis meses**.

INDICACIONES

a) Como método de screening: CHII junto con la citología aumenta la eficacia del cribado primario en mujeres mayores a 30 años.

b) En anomalías citológicas no concluyentes: ASCUS

c) En el control post tratamiento de neoplasias cervicales

d) En la disrelacion cito - colpo – histológica.

e) En seguimientos de lesión intraepitelial de bajo grado

f) Expectativas en el tratamiento de lesión intraepitelial de bajo grado.

En nuestro país, el Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, perteneciente a la Universidad Nacional de Asunción es donde actualmente se cuenta con recursos humanos calificados, infraestructura y equipos para la realización de la CH II, apoyando de esta manera a las investigaciones relacionadas con la prevención y control de CCU.

VACUNAS CONTRA EL CANCER DE CUELLO UTERINO

La vacuna contra el VPH es el adelanto científico más importante de los últimos 50 años. Se trata de la primera vacuna contra el VPH

Existen dos tipos de vacunas: la Cervarix ® que protege contra los tipos de VPH 16 y 18, y la Gardasil ® que protege contra los VPH tipos 6, 11, 16, 18, siendo esta última la única que se encuentra aprobada por la Food and Drug Administration (FDA).

Ambas vacunas se encuentran en fase de estudio avanzada y han demostrado que reducen la tasa de infección de VPH de alto riesgo implicados en la mayoría de los cánceres de cuello uterino (70%) y VPH de bajo riesgo que causan las verrugas genitales (90%).

CARACTERÍSTICAS DE LAS VACUNAS

La vacuna cuadrivalente Gardasil ® protege contra cuatro de los 13 genotipos de virus que más frecuentemente producen lesiones: 6, 11, 16, 18 y tienen reacción cruzada con los tipos 31y 45. Estudios adecuadamente diseñados y con seguimiento adecuadamente prolongados demuestran una eficacia mayor al 95 % en la prevención de lesiones de alto grado por VPH 16 y 18 en poblaciones susceptibles.

El número de dosis a aplicar son tres: se aplica la primera dosis en la fecha elegida, la segunda dosis al los dos meses después de la primera, y la tercera a los seis meses de la primera dosis (0, 2 y 6 meses), su vía de administraciones intramuscular.

La vacuna bivalente Cervarix ® aun no sido aprobada por la FDA y está dirigida a los tipos de VPH 16 y 18, también se administra en tres dosis por un periodo de 6 meses (0, 1, 6 meses) .Los resultados iniciales demuestran la eficacia en la prevención de infección incidente y persistente por VPH 16 y 18 y protección cruzada contra la infección por otros virus oncogénicos el VPH 45/31.

INDICACIONES

Se recomienda el uso de la vacuna en mujeres jóvenes que no se han iniciado sexualmente, siendo la edad ideal entre los 12 y hasta los 26 años.

Las vacunas frente al HPV son preventivas no son terapéuticas ni están indicadas para el tratamiento del cáncer de cuello uterino, ni displasias cervicales, vaginales, vulvares ni verrugas genitales.

Se recomienda evitar la vacunación en mujeres embarazada y en periodo de lactancia.

La aplicación en los varones es posible; se están realizando estudios de eficacia en los hombres, en los próximos años se contara con información disponible al respecto.

Las vacunas ofrecen un enfoque nuevo y prometedor para la prevención y afecciones asociadas al Virus VPH pero no reemplazan a las estrategias de prevención ya que las vacunas no sirven para todos los tipos de VPH.

Es importante recordar que la vacunación no exime la realización sistemática de screening con citología aun en mujeres vacunadas.

PODER LEGISLATIVO

LEY Nº 3.331

QUE CREA EL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCION, DETECCIÓN PRECOZ Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y MAMA.

DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS DE SALUD
RECIBIDO Fecha: 9-11-07
Hora: 8:41
Nº 1652 FIRMA LETICIA

EL CONGRESO DE LA NACION PARAGUAYA SANCIONA CON FUERZA DE

LEY

CAPÍTULO I
OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN

Artículo 1º.- La presente Ley tiene por objeto disminuir la morbimortalidad por cáncer de cuello uterino y mama, a través de la detección precoz y tratamiento oportuno de las lesiones premalignas y del cáncer de ambas patologías.

Artículo 2º.- Créase el Programa Nacional de Prevención, Detección Precoz y Tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino y Mama, cuyo objetivo es su prevención, detección, asistencia integral e investigación.

Artículo 3º.- Aféctese al Gabinete del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social como autoridad de aplicación de la presente Ley y responsable de la planificación y ejecución del mencionado Programa.

Artículo 4º.- Las instituciones de atención a la salud pública de todo el país, sean éstas, dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, del Instituto de Previsión Social, la Sanidad Militar y de la Armada, la Sanidad Policial, el Hospital de Clínicas y las gobernaciones y municipalidades, estarán sujetas a la presente Ley y obligadas a realizar los estudios de detección precoz del cáncer de cuello uterino y de mama de manera progresiva y gratuita en mujeres del grupo etario definido que sea determinado de acuerdo a las normas vigentes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

CAPÍTULO II
PREVENCIÓN

Artículo 5º.- Los organismos estatales implementarán los medios necesarios para la educación de la población en la prevención de ambas enfermedades, mediante la realización de campañas de difusión continuas que destaquen la importancia de la detección precoz.

Artículo 6º.- El Ministerio de Educación y Cultura implementará en la currícula educativa de los establecimientos educacionales de su dependencia, las formas de prevención, detección precoz y tratamiento oportuno e integral del cáncer de cuello uterino y mama.

Artículo 7º.- El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social coordinará con las entidades públicas y privadas las acciones tendientes a prevenir, detectar y tratar estas enfermedades mediante la planificación, organización y difusión de los conocimientos científicos y los recursos necesarios para la educación de la población.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL
3 0 NOV. 2007
DE PREV. DEL CANCER

30/x1/07
12:00 hs

LEY N° 3.331

Artículo 8°.- El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social como órgano responsable de la implementación de la presente Ley, deberá disponer de un fondo financiero destinado exclusivamente para el subsidio de la adquisición y administración del único método biológico de prevención del cáncer de cuello uterino, la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH).

CAPÍTULO III
DETECCIÓN

Artículo 9°.- Cada sub-sector de salud pública; el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el Instituto de Previsión Social, la Sanidad Militar y de la Armada, la Sanidad Policial, el Hospital de Clínicas y las gobernaciones y municipalidades, dentro de sus respectivos ámbitos de acción, equiparán al centro asistencial público de referencia, en el cual se brindarán los servicios de detección y tratamiento precoz e integral de estas enfermedades, con los aparatos, insumos y recursos humanos especializados necesarios.

Artículo 10.- De conformidad con lo previsto en el Artículo anterior, se realizará el registro de los pacientes a los que les fuera detectada la enfermedad, a los fines de su seguimiento periódico, realización de controles y confección del archivo epidemiológico respectivo. Cada sub-sector de salud pública deberá notificar sus registros de pacientes al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para centralizar la información sobre el cáncer de cuello uterino y mama.

CAPÍTULO IV
ASISTENCIA INTEGRAL E INVESTIGACIÓN

Artículo 11.- El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en coordinación con cada sub-sector de salud pública determinará los centros sanitarios públicos de internación y tratamiento quirúrgico, radiante y de quimioterapia con los recursos humanos calificados necesarios.

Artículo 12.- El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social celebrará los convenios necesarios con los organismos científicos, públicos y privados, estatales o no, nacionales e internacionales, que están abocados o no a trabajos de investigación, diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino y mama, a fin de promover las actividades destinadas a lograr la curación de ambas enfermedades, utilizando los centros asistenciales, a tal efecto.

CAPÍTULO V
DEL FINANCIAMIENTO

Artículo 13.- Los recursos financieros que demande el Programa instituido en la presente Ley, para la prevención, detección, asistencia integral, capacitación de los recursos humanos, e investigación, deberán ser incluidos como partida del Presupuesto General de la Nación, discriminados en el Presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y destinados al Programa Nacional de Prevención, Detección Precoz y Tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino y Mama.

Estos fondos provendrán en su totalidad de la Fuente de Financiamiento 10 y no podrán ser utilizados para fines distintos a los previstos en esta Ley, ni podrán ser objeto de disminución o afectación bajo ningún concepto, anualmente. Serán transferidos a este presupuesto todos los empréstitos o donaciones al Estado que se efectúen a tales efectos.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL
31 NOV. 2007
DE PREV. DEL CANCER

PODER LEGISLATIVO

LEY N° 3.331

Asimismo, los otros sub-sectores de salud pública: el Instituto de Previsión Social, la Sanidad Militar y de la Armada, la Sanidad Policial, el Hospital de Clínicas y las gobernaciones y municipalidades, deberán incluir en sus presupuestos las partidas presupuestarias afectadas a su institución para el cumplimiento de la presente Ley.

CAPÍTULO VI
DISPOSICIONES GENERALES Y TRANSITORIAS

Artículo 14.- Se establece el 13 de mayo como Día Nacional de Lucha contra el Cáncer de Cuello Uterino y Mama, en homenaje al onomástico del maestro, pionero y sabio griego, doctor George Nikolas Papanicolaou.

Artículo 15.- La presente Ley entrará en vigencia desde el momento de su promulgación, y el Poder Ejecutivo incluirá en el Presupuesto General de la Nación los recursos necesarios, a los efectos de dar cumplimiento inmediato a la misma, durante el año fiscal correspondiente.

Artículo 16.- Todos los casos detectados en la aplicación de la presente Ley deberán ser tratados dentro del Programa correspondiente.

Artículo 17.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Aprobado el Proyecto de Ley por la Honorable Cámara de Diputados, a los veintiocho días del mes de junio del año dos mil siete, y por la Honorable Cámara de Senadores, a los veintisiete días del mes de setiembre del año dos mil siete, quedando sancionado el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 207, numeral 2 de la Constitución Nacional.

Oscar Rubén Salomón Fernández
Presidente
H. Cámara de Diputados

Miguel Abdon Saguier
Presidente
H. Cámara de Senadores

Lino Miguel Agüero
Secretario Parlamentario

Alfredo Ratti Jaeggli
Secretario Parlamentario

Asunción, 22 de octubre de 2007.

Téngase por Ley de la República, publíquese e insértese en el Registro Oficial.
El Presidente de la República

Nicanor Duarte Frutos

Oscar Martínez Doldán
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL
30 NOV. 2007
DE PREV. DEL CANCER

"Bicentenario de la Independencia Nacional: 1811 – 2011"

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Secretaría General

Resolución S.G. Nº 512

POR LA CUAL SE ESTABLECE LA GRATUIDAD DEL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES PRECURSORAS DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMAS, EN TODOS LOS SERVICIOS DE SALUD DEPENDIENTES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.

Asunción, 21 de julio de 2009

VISTO:

El deterioro progresivo que produce el cáncer de cuello uterino y de mamas, desmejorando la calidad de vida y aumentando el índice de mortalidad en la mujer, por lo que sigue constituyendo un importante problema de Salud Pública; y

CONSIDERANDO:

Que la prevención del cáncer de cuello uterino ha demostrado sus efectos favorables a través de la disminución del Virus Papiloma Humano (HPV) y el mejoramiento de la salud femenina, coadyuvando así en las acciones a favor de varios objetivos de Desarrollo del Milenio;

Que las mujeres afectadas por estas enfermedades corresponden a la población económicamente activa, y sobre todo, en edad reproductiva;

Que la experiencia en países desarrollados ha demostrado que la única manera de disminuir la morbimortalidad asociada al cáncer de cuello uterino y al de mamas es mediante el diagnóstico de las lesiones en su etapa intraepitelial, en la que el tratamiento resulta mucho más eficaz y más económico, y puede ser llevado a cabo en centros de menor complejidad, más próximos a los lugares de procedencia de las pacientes, con internaciones más breves o aún en forma ambulatoria;

Que la Constitución Nacional, en su Artículo 4°, establece que *"El **derecho a la vida** es inherente a la persona humana"*, y en su Artículo 6°, como parte de las garantías constitucionales dispone que *"**La calidad de vida** será promovida por el Estado mediante planes y políticas que reconozcan factores condicionantes, tales como la extrema pobreza..."*; en tanto que en el Artículo 68 ordena que *"El Estado protegerá y promoverá **la salud** como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad..."*

Que, fiel a dichos mandatos constitucionales y en ejecución de la Política de Salud y Calidad de Vida con Equidad en el Paraguay 2008 – 2013, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social ha dispuesto las exenciones arancelarias en beneficio de la población nacional, como parte de la estrategia de lucha contra la pobreza, con base en principios de **inclusión social**, de la **universalidad** del derecho a la salud y los demás derechos humanos y sociales, de la **equidad** como principio de justicia que permita a todos/as acceder al máximo nivel de calidad de vida y salud con seguridad social y económica; y de la participación de las comunidades y de cada ciudadano, como factor de democratización y transparencia del Estado, y garantía de los derechos.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL – MINISTRO

22 JUL 2009

11:30

Recibido de secretaria Gral

"Bicentenario de la Independencia Nacional: 1811 – 2011"

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Secretaría General

Resolución S.G. Nº 512

21 de julio de 2009
Hoja N° 2

Que la Ley N° 836/80, Código Sanitario, Artículos 3° y 4°, establece que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es *"la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social"*

Que, conforme a los Artículos 19°, y 20° numeral 6, del Decreto N° 21376/98, al Ministro de Salud Pública y Bienestar Social compete ejercer la administración general de la Institución; y el numeral 7 del Artículo 20° del mismo Decreto asigna al Ministro, como una de sus funciones específicas, la de dictar Resoluciones que regulen la actividad de los diversos programas y servicios;

Que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social cuenta con la disponibilidad presupuestaria necesaria para solventar los gastos emergentes de la medida a ser adoptada;

POR TANTO, en virtud de las disposiciones legales invocadas, y en uso de sus atribuciones:

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:

Artículo 1°. Disponer la gratuidad de los siguientes servicios para el tratamiento de las Lesiones Precursoras de Cáncer de Cuello Uterino y de Mamas, en todos los Servicios de Salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social:

- **Conización de cuello uterino como única práctica.**
- **Crioterapia.**
- **Escisión Electroquirúrgica por Asa (LEEP).**
- **Mamografía (Senografía)**
- **Mamografía Bilateral con proyección axilar.**
- **Biopsia de Mamas.**

Artículo 2°. Responsabilizar a los Directores de los establecimientos de salud, del estricto cumplimiento de la medida dispuesta, y determinar que el incumplimiento de la misma hará pasible al/a los infractor/es, de las sanciones previstas en la Ley de la Función Pública.

Artículo 3°. Dejar sin efecto toda Resolución anterior que se contraponga a lo establecido por ésta.

Artículo 4. Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.

DRA. ESPERANZA MARTÍNEZ
MINISTRA

DIRECCION GENERAL DE PROGRAMAS DE SALUD
RECIBIDO Fecha 09 JUL 2003
Hora: 10:30
N° 1380 FIRMA

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Secretaría General
Resolución S.G. N° 373

POR LA CUAL SE MODIFICA LA RESOLUCIÓN S.G. N° 648, DE FECHA 1 DE DICIEMBRE DE 1999, Y SE ESTABLECEN ESPECIFICACIONES Y REQUISITOS BÁSICOS PARA HABILITACIÓN DE LABORATORIOS DE CITODIAGNÓSTICO.

Asunción, 8 de julio de 2003

VISTA :

La nota D.G.P.S. N° 262/03, de fecha 26 de junio de 2003, presentada por la Dirección General de Programas de Salud, en la que se solicita la modificación de la Resolución S.G. N° 648, de fecha 1 de diciembre de 1999, "Por la cual se aprueba el Reglamento de Habilitación y Registro de Laboratorios de Anatomía Patológica y Citología y la fijación de especificaciones y requisitos básicos para la habilitación de Laboratorios de Citodiagnóstico"; y

CONSIDERANDO:

Que es necesario realizar la modificación de la mencionada Resolución, ya que la misma establece en su Art. 3° Inc. c); "En caso de que se solicite la habilitación de un Laboratorio exclusivo para la actividad en el área de Citología, quien lo haga debe ser un especialista en Anatomía Patológica. La Dirección del Laboratorio será de responsabilidad del Director Anatomopatólogo. Estos laboratorios citológicos realizarán solamente estudios de las células de los distintos órganos o tejidos que se examinen. Un Laboratorio de Citología autorizado para este tipo de actividad diagnóstica no podrá realizar trabajos anatomopatológicos (estudios de biopsias, piezas operatorias o de autopsias) al no disponer de la organización y equipamiento que se exigen para estudios diagnósticos en Anatomía Patológica".

Que por tal disposición, se hace imposible la habilitación de Laboratorios de Citodiagnóstico únicamente, ya que actualmente no se puede habilitar un laboratorio sólo para realizar este tipo de estudios; necesariamente deben ser laboratorios de Anatomía Patologica para ser de Citología.

Que es preciso modificar la Resolución en cuestión, ya que los laboratorios de citodiagnóstico requieren de un nivel de complejidad menor a los que corresponden a los de laboratorio de anatomía patológica. Se pretende posibilitar la habilitación de laboratorios dedicados a la citología exclusivamente, y a su vez establecer los requisitos mínimos que deben poseer tanto en su planta física como en equipamiento, a fin de garantizar que todos los laboratorios que sean habilitados se alineen conforme a los mismos parámetros a fin de garantizar la efectividad y calidad de su funcionamiento.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
MINISTRO

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Secretaría General
Resolución S.G. Nº 373

9 de julio de 2003
Hoja Nº 2

Que reglar sobre los requisitos básicos servirá no sólo para garantizar la calidad de los resultados de los estudios citológicos, sino además, facilitará el trabajo al personal de salud para el control del cáncer de cuello uterino en los Servicios de Salud del país.

Que la única manera de disminuir la morbi mortalidad, asociada al cáncer de cervix es mediante la prevención secundaria a través del diagnóstico en etapa temprana, etapa en que el tratamiento resulta más eficaz y más económico y puede ser llevado a cabo en centros de menor complejidad.

POR TANTO, en uso de sus atribuciones;

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
R E S U E L V E :

ARTÍCULO 1°. Modificar el Inc. c) del Art. 3° de la Resolución S.G. Nº 648, de fecha 1 de diciembre de 1999, el cual quedará redactado de la siguiente forma: "En caso de que se solicite la habilitación de un Laboratorio exclusivo para la actividad en el área de Citología, quien lo haga debe ser un especialista en Anatomía Patológica. La Dirección del Laboratorio será de responsabilidad del Director Anatomopatólogo. Los laboratorios citológicos, para su habilitación deberán reunir los siguientes requisitos mínimos":

1. Planta Física

1 a. Distribución de áreas por función

1.a.1 Área de recepción de material: 9m2
1.a.2 Área de preparación de los extendidos: 12 m2
1.a.3. Área de Lectura de los extendidos: 12 m2
1.a.4. Oficina del Patólogo: 12 m2
1.a.5. Secretaría y Área de Archivo de Informes: 12m2
1.a.6. Depósito para reactivos y Archivo de preparados: 9 m2
1.a.7. Baño con ducha 3 m2; 11 1.a.8. Área de circulación: 10 m2

1.b. Características específicas de cada área:

1.b.1. Área de preparación de los Extendidos: Piso cerámico, pared revestida con azulejos, o con pintura "epoxi" hasta una

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL MINISTRO

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Secretaría General
Resolución S.G. N° 373

8 de julio de 2003
Hoja N° 3

altura mínima de 1.8 m., con mesada revestida de azulejos, granito, o material similar, fácilmente lavable y resistente a reactivos corrosivos, con una o dos bachas de acero inoxidable, con fuente de agua corriente y desagüe, y al menos cuatro tomas corrientes con conexión a tierra, techo con cielo raso lavable, o pintado con epoxi o similar. Debe contar con iluminación adecuada y con extractores de aire.

1.b.2. Área de lectura de los extendidos: Debe contar con un cubículo por cada cito técnica, que debe incluir: Mesa para microscopio, de al menos 1.20 x 0.80 con cajones y revestimiento en fórmica o similar. Un toma corriente con conexión a tierra, y un toma corriente común. Cada cubículo debería estar lateralmente separado del adyacente por medio de mamparas.

1.b.3. Área de Secretaría y Archivo de Informes.
Debe contar con espacio suficiente para una secretaria y su asistente,
Un escritorio y una mesa para computadora, y un mueble para archivar
Listados, resultados o informes del Laboratorio.

1.b.4. Área de depósito de reactivos y extendidos citológicos.
Debe contar con un mueble en el cual se puedan mantener los reactivos y los Insumos necesarios para cubrir las necesidades del Laboratorio por un periodo de tiempo de al menos seis meses, sin contar los reactivos inflamables que no deberían acumularse en el Laboratorio, y con archivadores de extendidos citológicos en los que sea posible archivar temporalmente todos los extendidos de un año, y permanentemente todos los extendidos positivos.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
MINISTRO

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Secretaría General
Resolución S.G. Nº 373

8 de julio de 2003
Hoja Nº 4

1.b.5. Área de recepción de material:
Debe contar con espacio suficiente para un/a recepcionista, con escritorio y mueble para depositar los materiales que ingresan cada día al laboratorio, y para depositar los resultados que van a ser retirados o enviados al Centro Remitente.

1.b.6. Oficina del Patólogo: Espacio para escritorio, mesa de microscopía, y pequeña mesa de reuniones para discusión de casos con las citotécnicas.

2. Equipo Necesario:

2.a. Para un Laboratorio de Citopatología que se ocupa exclusivamente de estudios de citología esfoliativa cervicovaginal.

2.a.1. Un microscopio binocular por cada citotécnica, con oculares de 10X, y objetivos de 4X 10x, 20x y 40X. (con lote de repuestos básicos para cada microscopio)

2.a.2. Un microscopio con doble cabezal binocular, con oculares de 10X y objetivos de 4x,10x,20x,40x y 100x inmersión. (con lote de repuestos básicos)

2.a.3. Una computadora personal, con procesador con capacidad adecuada para trabajar con el software específicamente diseñado para gestión de laboratorio de citología, con UPS y una impresora Láser con capacidad de impresión de al menos 12 páginas por minuto.

2.a.4. Batería de coloración de vidrio, plástico de acero inoxidable, con 24 recipientes con tapa hermética y sus canastillas respectivas., con capacidad para colorear 300 Extendidos por Día.

3. Personal Necesario

3.a. Personal Médico:

3.a.1. Un Médico Patólogo, con entrenamiento y experiencia específicamente en el campo de citología.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
MINISTRO

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Secretaría General
Resolución S.G. Nº 373

8 de julio de 2003
Hoja Nº 5

3.b. Personal Técnico Paramédico:

3.b.1. 1 Citotécnica/o Jefe
3.b.2.1 Citotécnica/o por cada 15000 estudios citológicos anuales que se proyectan realizar en el Laboratorio.
3.b.3.1 Técnica/o de coloración por cada 25.000 estudios citológicos anuales que se proyectan realizar en el Laboratorio.
3.b.4.1 Auxiliar de Técnica/ o por cada 25.000 estudios citológicos anuales que se proyectan realizar en el Laboratorio.

3.c. Personal de Secretaría y Apoyo

3.c.1. Una recepcionista.
3.c.2. Una secretaria con conocimiento de manejo de PC, por cada 25.000 estudios citológicos anuales que se proyectan realizar en el Laboratorio.
3.c.3. Un ordenanza.

ANEXOS:

1. ARCHIVO DE DATOS DEL LABORATORIO
2. ARCHIVO DE EXTENDIDOS CITOLÓGICOS DEL LABORATORIO
3. STOCK DE SUMINISTROS BÁSICOS

ANEXO 1: ARCHIVO DE DATOS DEL LABORATORIO.

El laboratorio debe obligatoriamente contar con un archivo de datos, en el que se debe incluir como mínimo:

1. Listado de entrada de casos al Laboratorio, ordenados:

a. Numéricamente
b. Por procedencia
c. Por orden alfabético

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL MINISTRO

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Secretaría General
Resolución S.G. N° 373

8 de julio de 2003
Hoja N° 6

2. Listado de Casos Estudiados en el Laboratorio, ordenados

a. Por categoría diagnóstica
b. Por calidad del extendido
c. Por citotécnica/o
d. Listado de Pap anormales

3. Registro individual de cada caso, de manera a poder identificar a un caso particular, y todos los antecedentes relacionados con estudios previos realizados, en este caso, en Laboratorio.

Todos estos datos deben estar permanentemente actualizados, y deben efectuarse copias impresas de las dos primeras categorías al final de cada semana de trabajo.

ANEXO 2: ARCHIVO DE EXTENDIDOS CITOLÓGICOS

Deberían archivarse en muebles especificamente destinados para el efecto, todos los extendidos citológicos realizados en el laboratorio, por un periodo de tiempo mínimo de 5 años. Estos extendidos deben estar archivados por números, en forma secuencial, y año de realización del estudio. En caso de que por razones económicas esto no sea posible, deben archivarse todos los casos de citología anormal, y todos los casos en los que exista disrelación entre los datos clínicos (Ej: Sospecha clínica de lesión y citología normal o sus variantes)

ANEXO 3: STOCK DE REACTIVOS DE RESERVA

Considerando que en nuestro medio no siempre hay existencia de reactivos, debe contarse con un Stock de reserva tal que permita al Laboratorio seguir funcionando sin nuevos suministros por un periodo de 2 meses, y que debe ser renovado una vez que se normalice la provisión de reactivos, para evitar atrasos y para [illegible] del Laboratorio.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Secretaría General
Resolución S.G. N° 343

8 de julio de 2003
Hoja N° 7

Este Stock es el que se necesita para colorear al menos 4000 extendidos citológicos, para el modelo de Laboratorio anteriormente mencionado, e incluye:

1) 4 litros de Hematoxilina de Harris (o reactivos para su preparación)
2) 4 litros de EA 36(0 reactivos para su preparación)
3) 4 litros de 006 (o reactivos para su preparación)
4) 20 litros de alcohol 95
5) 1 litro de Xilol
6) 4 litros de alcohol ácido
7) 4 litros de agua amoniacal
8) 400 cc de barniz sintético
9) 50 cc de bálsamo de canadá

ARTÍCULO 2°. Disponer que todos los laboratorios de citodiagnóstico, públicos y privados, que se habiliten en el territorio del país, deberán tomar en cuenta esta Resolución.

ARTÍCULO 3°. Comunicar a quienes corresponda y cumplida, archivar.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
MINISTRO

DR. JOSÉ ANTONIO MAYÁNS
MINISTRO

/lbm

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Secretaría General
Resolución S.G. N° 946

POR LA CUAL SE APRUEBA EL FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE REESTRUCTURACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICO UTERINO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS DE SALUD.

Asunción, 15 de abril de 2003

VISTA :

La nota D.G.P.S. N° 122/03, de fecha 31 de marzo de 2003, por la cual la Dirección General de Programas de Salud, solicita la aprobación del funcionamiento de la Comisión Nacional de Reestructuración del Programa Nacional de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino, de la Dirección General de Programas de Salud; y

CONSIDERANDO :

Que la conformación de la mencionada Comisión Interinstitucional e Intergubernamental es una de las recomendaciones dejadas por el Comité de expertos de la OPS/OMS que trabajará en la Evaluación de necesidades para un programa de prevención y control del cáncer cervico uterino en el Paraguay.

Que la misión de la mencionada Comisión es la realización de la reestructuración del citado programa y ella ya se halla trabajando activamente en la ejecución de sus tareas.

Que es de vital importancia la aprobación formal y oficial del funcionamiento de la citada Comisión, teniendo en cuenta la necesidad de institucionalizar el trabajo de la misma a fin de asegurar su continuidad y la efectividad de sus actuaciones

Que la institucionalización del trabajo de los diferentes estamentos ministeriales es uno de los propósitos de la labor de esta gestión ministerial.

POR TANTO, en uso de sus atribuciones;

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
R E S U E L V E :

ARTÍCULO 1°. Crear la ***Comisión Nacional de Reestructuración del Programa Nacional de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino***, de la Dirección General de Programas de Salud, la cual estará conformada por las siguientes personas en representación de sus respectivas instituciones:

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Secretaría General
Resolución S.G. N° 946

15 de abril de 2003
Hoja N° 2

- ✓ ***Prof. Dr. Vicente Bataglia Doldán*** *(M.S.P. y B. S.)*
- ✓ ***Prof. Dr. Fernando Llamosas*** *(M.S.P. y B. S.)*
- ✓ ***Prof. Dr. Pedro Aníbal Rolón*** *(M.S.P. y B. S.)*
- ✓ ***Prof. Dra. Bernardita Stark de González*** *(Cruz Roja Paraguaya)*
- ✓ ***Dra. Ana María Soilán*** *(Hospital Nacional - M.S.P. y B. S.)*
- ✓ ***Dra. María Cristina Vera de Flores*** *(F.C. M. – UNA)*
- ✓ ***Dra. Hilda Ortigoza Lezcano*** *(F.C.M.–UNA y Hospital Policial)*
- ✓ ***Dra. Nelly Maldonado de Champagne*** *(I.N.C. - M.S.P. y B.S.)*
- ✓ ***Dra. Marta González de Díaz Peña*** *(I.P.S.)*
- ✓ ***Dr. Rubén Darío Ortiz*** *(M.S.P. y B. S.)*
- ✓ ***Dra. Julia Noemí Mancuello de Alúm*** *(M.S.P. y B. S.)*
- ✓ ***Dra. Nidia Dávalos de Oxilia*** *(M.S.P. y B. S.)*
- ✓ ***Dra. Gladys C. Aquino Orrego*** *(M.S.P. y B. S.)*
- ✓ ***Dra. Marcia Moreira*** *(OPS/OMS).*

ARTÍCULO 2°. Aprobar el funcionamiento de la Comisión creada en el artículo anterior.

ARTÍCULO 3°. Establecer que la Presidencia de la Comisión será ejercida por el ***Prof. Dr. Vicente Bataglia Doldán*** y la Secretaría por la ***Dra. Gladys C. Aquino Orrego.***

ARTÍCULO 3°. Comunicar a quienes corresponda y cumplida, archivar.

DR. JOSÉ ANTONIO MAYÁNS
MINISTRO

/Dm

DIRECCION GENERAL DE PROGRAMAS DE SALUD
RECIBIDO Fecha: 16-04-03
Hora: 13:35hs
N° 691 FIRMA

14 APR 2003

Enviar una copia a c/u de los integrantes
Prof. Dr. VICENTE BATAGLIA DOLDAN
Director General
Dirección General de Programas de Salud

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Secretaría General
Resolución S.G. Nº 510

POR LA CUAL SE APRUEBA EL USO DE LA NOMENCLATURA DESCRIPTIVA DE BETHESDA, PARA EL INFORME DE EXTENDIDOS CITOLÓGICOS CERVICOVAGINALES, EN REEMPLAZO DE LA NOMENCLATURA PAPANICOLAU, EN LOS LABORATORIOS DE CITODIAGNÓSTICO, DEPENDIENTES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.

Asunción, 04 de julio de 2002

VISTA:

La necesidad de uniformar los criterios diagnósticos y la nomenclatura utilizada en la lectura de extendidos citológicos cervicovaginales, en los laboratorios de citodiagnóstico dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, para facilitar la comunicación entre los distintos laboratorios y el personal médico, técnico y auxiliar encargado de la interpretación de los resultados de dichos estudios, y cumplir con los requisitos necesarios para ingresar en la Red Panamericana de Citología de la OPS/OMS; y

CONSIDERANDO:

Que en el año 1975, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de Salud ha desaconsejado la nomenclatura numérica de Papanicolau;

Que en la reunión de expertos de Bethesda, se ha acordado crear una terminología uniforme, usando términos descriptivos, así como una nomenclatura con correlación citohistológica, y que ofrece la facilidad de ser informatizada para el monitoreo continuo de la calidad del material obtenido;

Que el comité de expertos de la OPS/OMS, en su informe a la Dirección General de Programas de Salud, recomienda la utilización del Sistema de Nomenclatura de Bethesda para los resultados de extendidos citológicos cervicovaginales.

POR TANTO, en uso de sus atribuciones;

EL MINISTRO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
R E S U E L V E :

ARTÍCULO 1º. Aprobar y disponer la utilización del **Sistema de Nomenclatura de Bethesda,** como sistema único de clasificación de extendidos citológicos cervicovaginales en los laboratorios de citodiagnóstico dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

ARTÍCULO 2º. Eliminar el uso de la nomenclatura numérica de Papanicolau en los informes de los extendidos citológicos cervicovaginales.

ARTÍCULO 3º. Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.

DIRECCION GENERAL DE PROGRAMAS DE SALUD
05/07/02
8 40

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL MINISTRO

DR. MARTIN ANTONIO CHIOLA V.
MINISTRO

Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social
Secretaría General
Resolución S.G. Nº 500

POR LA CUAL SE EXCLUYE DE LA DISPOSICIÓN CONTENIDA EN EL ART. 1° DE LA RESOLUCIÓN S.G. N° 457, DE FECHA 13 DE SETIEMBRE DE 2001, A LA RESOLUCIÓN S.G. N° 682/99, QUE EXONERA EL COBRO DE ARANCELES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE INSERCIÓN DE D.I.U., COLPOSCOPIA, BIOPSIA DEL CUELLO DE UTERO, LIGADURA POST-PARTO, LIGADURA TRANS-CESAREA Y PAP, EN TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.

Asunción, 11 de octubre de 2001

VISTA:

La Resolución S.G. N° 457/2001 *"Por la cual se dejan sin efecto todas las Resoluciones que exoneran la obligación del pago de aranceles por los servicios de Asistencia y Profilaxis, y se establecen medidas administrativo-financieras para el acceso de la población a los servicios dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social"*; y

CONSIDERANDO:

Que para este Ministerio es de especial prioridad adoptar las medidas tendientes a facilitar el acceso a los Servicios de Salud Reproductiva, especialmente a las poblaciones rural y urbana marginal, con miras a elevar las coberturas de dichos servicios y, por ende, contribuir a reducir las tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal existentes en el país.

POR TANTO, en uso de sus atribuciones;

EL MINISTRO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:

Artículo 1°. Excluir la Resolución S.G. N° 682, de fecha 22 de diciembre de 1999, de la disposición contenida en el Art. 1° de la Resolución S.G. N° 457/2001, y consecuentemente, poner en plena vigencia la exoneración del cobro de aranceles por la prestación de los siguientes servicios médicos hospitalarios en todos los Establecimientos Sanitarios del país, dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social:

- ***Inserción de Dispositivo Intrauterino DIU***
- ***Colposcopia***
- ***Biopsia del Cuello de Utero***
- ***Ligadura Post-Parto***
- ***Ligadura Trans-Cesárea***
- ***Estudio Citológico de Papanicolau***

Artículo 2° Establecer que la presente Resolución forme parte, como anexo, de la Resolución S.G. N° 457/2001.

Artículo 3° Comunicar a quienes corresponda y cumplida, archivar.

DR. MARTIN ANTONIO CHIOLA V.
MINISTRO

GLOSARIO

GLOSARIO

Este glosario contiene definiciones de uso común en las afecciones del cuello uterino. Las definiciones aparecen en forma alfabética.

Abstinencia: no tener relaciones sexuales.

Actinomices: genero de bacterias gram (+). Son patógenos oportunistas del ser humano. El uso de DIU causa actinomicosis pélvica.

Adenocarcinoma: tumor maligno del cuello del útero originado en el tejido epitelial glandular. Representa aproximadamente el 5 por ciento de los casos de cáncer cervical en todo el mundo.

Alto riesgo: cuando la probabilidad de contraer cáncer es mayor que la observada normalmente en la población general. Las personas pueden tener un alto riesgo debido a muchos factores, entre los que se incluyen la herencia (los antecedentes familiares de cáncer del seno), los hábitos personales (fumar) o el medio ambiente (una exposición prolongada a la luz solar).

Ambiente habilitante: espacio con carácter ideal para tratamiento de Lescu.

Anemia: bajos niveles de hemoglobina y/o de los glóbulos rojos.

Anoxia: falta total de oxigeno en sangre.

Asintomático: sin presencia de signos o síntomas de enfermedad (el paciente no manifiesta síntomas).

Aspiración manual endouterina: procedimiento generalmente ambulatorio y con anestesia local mediante el cual se extrae contenido del útero a través de una cánula y una jeringa de vacío.

Atrofia: perdida de masa muscular.

Biopsia: la extracción de una muestra de tejido para determinar la presencia de células cancerosas.

Cambios celulares reactivos: se asocian con la inflamación.

Cáncer: un grupo de enfermedades en las que las células del cuerpo cambian y crecen sin control.

Cándida: (albicans) tipo común de hongo, presente en la boca, la vagina, tubo digestivo y piel.

Condiloma: Formación blanca e hiperqueratosica.

Carcinoma: tumor maligno que se origina en la capa que recubre (células epiteliales) de los órganos. Al menos el 80% de todos los tumores cancerosos son carcinomas.

Carcinoma in situ: etapa temprana del cáncer en la cual e! tumor está confinado al órgano donde se originó por primera vez. Se respeta la membrana basal. La enfermedad no se ha extendido a otras partes del órgano ni se ha propagado a zonas del cuerpo distantes. La mayoría de los carcinomas in situ tienen grandes posibilidades de ser curables.

Carcinoma invasor: etapa avanzada del cáncer en la cual el tumor ha invadido los tejidos subyacentes o eventualmente puede haber comprometido a otros órganos. Se respeta la membrana basal. La enfermedad no se ha extendido a otras partes del órgano ni se ha propagado a zonas del cuerpo distantes. La mayoría de tos carcinomas in situ tienen grandes posibilidades de ser curables.

Centro de referencia: departamento o servicio dentro de un hospital general u oncológico con un área adecuada (sala de espera, sala de entrevista y sala de exploración); equipo básico adecuado (colposcopio de alta resolución y una unidad de electrocirugía de alta frecuancia), así como almenos un médico capacitado donde se realiza el diagnóstico colposcópico y tratamiento conservador de las lesiones pre-malignas y malignas intrepiteliales del cuello uterino.

Cérvix: el cuello del útero.

Citología: rama de la ciencia que estudia la estructura y función de las células, También se refiere a las pruebas para diagnosticar el cáncer en su estadío temprano y otras enfermedades mediante el examen de las células bajo el microscopio.

Citología cervical: toma de muestras del endocervix uterino y ectocervix uterino.

Colposcopía: examen de la vagina y el cerviz utilizando un instrumento llamado colposcopio que aumenta los tejidos de dichos órganos, al cual se le puede realizar tinciones de orientación diagnostica.

Cono frío: es un procedimiento quirúrgico que se realiza en el hospital ya sea bajo sedación intravenosa o anestesia local, regional o anestesia general para diagnosticar y tratar un cambio precanceroso en el cuello uterino.

Se extrae una pequeña muestra de tejido en forma de cono del cuello uterino y se examina bajo un microscopio para buscar signos de cáncer. Si se extirpa todo el tejido afectado, esta biopsia también puede servir como tratamiento.

Crioterapia: procedimiento ambulatorio en el cual se usa frío extremo para congelar y destruir las células anormales.

Cúpula vaginal: parte superior de la vagina en mujeres que han extraído el útero.

Curetaje endocervical: procedimiento ambulatorio que usa un instrumento angosto llamado cureta para raspar el revestimiento del canal endocervical. Este tipo de biopsia usualmente se realiza en conjunto con una biopsia colposcópica.

Deciduosis: placa que aparece durante el embarazo con vasos prominentes; puede simular lesión de alto grado o carcinoma.

Detección: encontrar la enfermedad. La detección temprana significa que la enfermedad se detecta en sus primeras etapas, antes de que haya crecido mucho o se haya propagado a otros sitios.

Diagnóstico: identificar una enfermedad por sus signos o síntomas, y mediante el uso de estudios por imágenes y resultados de laboratorio. Mientras más temprano se haga un diagnóstico de cáncer, mejores serán las probabilidades de curar y de supervivencia a largo plazo.

Displasia: desarrollo anormal del tejido. Describe un estadio precanceroso del epitelio cervical.

Ectocervix: superficie externa del cuello uterino.

Endocervix: superficie interna del cuello uterino.

Electrocauterización: tipo de tratamiento que destruye las células cancerosas quemándolas con corriente eléctrica alterna de alta frecuencia.

Epitelio acetoblanco: aparece con la aplicación del ácido acético.

Epitelio atrófico: epitelio delgado y friable, fácil de traumatizar por falta de estrógenos.

Epitelio cilindrico: epitelio que recubre la superficie interior de órganos huecos o tubulares.

Epitelio escamoso: formado por una o varias capas de células unidas entre si.

Erosión: epitelio desnudo que expone el estroma subyacente.

Espátula de Ayre: dispositivo de madera que se utiliza para raspar el ectocervix.

Especificidad: proporción de todos aquellos sin la enfermedad (normales) a los cuales la prueba identifica correctamente como negativos.

Etiología: la causa de una enfermedad. En el cáncer probablemente hay muchas causas, aunque las investigaciones indican que los principales factores en muchos tipos de cáncer son tanto genéticos como del estilo de vida.

Evolución: progresión de una enfermedad con o sin tratamiento, pasando gradualmente de un estadio a otro.

Factor de riesgo: cualquier cosa que aumente la probabilidad de que una persona contraiga una enfermedad como el cáncer.

Falso negativo: resultado de una prueba que implica que no existe un padecimiento cuándo en realidad sí existe.

Falso positivo: resultado de una prueba que implica que existe un padecimiento cuando en realidad no existe.

Filtro verde: mejora la visión del trayecto de los vasos sanguíneos del cuello uterino.

Grupo etáreo: grupo de mujeres en la que la incidencia de lesiones intraepiteliales es mayor.

Hibridización: prueba diagnóstica para reconocer e identificar la estructura del DNA de un organismo celular.

Histerectomía: cirugía para extirpar el útero a través de una incisión en el abdomen o a través de la vagina. Se puede realizar la extirpación de los ovarios (ooforectomía) al mismo tiempo.

Incidencia: casos nuevos de una enfermedad.

Inflamación: Alteración patológica en una parte cualquiera del organismo, caracterizada por transtornos de la circulación de la sangre y, frecuentemente, por aumento de calor, enrojecimiento, hinchazón y dolor.

IVAA: procedimiento en el cual se le aplica ácido acético al cuello del útero para hacer evidente células o tejidos anormales.

Lápiz graso: cierto tipo de lápiz para identificar láminas porta objetos.

Lápiz vitrográfico: cierto tipo de lápiz para identificar laminas porta objetos.

LEC: procedimiento para biopsia del canal endocervical.

Leucoplasia: lesiones de mancha blanca visible en el cuello uterino sin necesidad de aplicar soluciones específicas.

Mosaico: se asocia a lesión intraepitelial de alto grado.

Morbilidad: medida de frecuencia de la presentación de una enfermedad o daño en una población, lugar o tiempo determinado.

Mortalidad: medida de frecuancia de las defunciones que ocurren en una población, lugar o tiempo determinado.

Necrosis: muerte patológica de un conjunto de células o de cualquier tejido del organismo.

Neoplasia: tejido nuevo de carácter tumoral.

Papanicolaou: técnica de coloración de las células del cuello uterino.

Papiloma virus humano (VPH): grupo de virus que generalmente son transmitidos sexualmente y causan crecimientos parecidos a las verrugas en los genitales. El VPH es asociado con algunos tipos de cáncer.

Patólogo: médico que identifica las enfermedades por medio del estudio de las células y los tejidos bajo el microscopio.

Pólipo: hiperplasia focal del epitelio cilíndrico del endocervix, sesil o pediculado que protruye por el orificio cervical externo.

Promiscuidad: La OMS define como mas de dos parejas sexuales en menos de seis meses.

Puntillado: responde con lesión de alto grado y lesiones microinvasivas.

Queratosis: lesiones de color blanco en el cuello uterino antes de la aplicación del ácido acético.

Quimioterapia: tratamiento para destruir las células del cáncer con drogas.

Quistes de Naboth: formación secundaria a la obstrucción de las criptas endocervicales. secretoras de mucina recubierto por epitelio escamoso metaplasico.

Radiofrecuencia: consiste en aplicar ondas electromagnéticas, para acceder a capas mas profundas de la dermis sin dañar las capas superficiales.

Radioterapia: tratamiento con rayos altos de energía (como los rayos X o los rayos gamma) para eliminar las células de cáncer; puede realizarse por medio de la radiación externa o interna de los materiales radioactivos colocados directamente en o cerca del tumor.

Schiller: examen para el diagnóstico en el cual el cuello uterino es recubierto por una solución de yodo para detectar la presencia de células anormales.

Screening: tamizaje, detección.

Sensibilidad: proporción de todos aquellos con la enfermedad a los cuales la prueba identifica correctamente como positivos.

Sistema Bethesda: clasificación descriptiva de la citología cervical actualmente en uso.

Taponamiento: procedimiento posterior a la biopsia, para evitar el sangrado del cuello uterino.

Tejido: grupo o capa de células que juntas realizan funciones específicas.

Tricomonas vaginales: protozoarios que determina infección vaginal.

Tumor: masa anormal de tejido que resulta de un exceso en la división celular; puede ser benigna (no cancerosa) o maligna (cancerosa).

Ulceración: perdida del epitelio pavimentoso de revestimiento y del tejido conectivo subyacente.

Unión escamocolumnar: punto de unión entre el epitelio pavimentoso y el epitelio columnar (cilíndrico)

Vasos atípicos: vasos irregulares de trayecto brusco, dilatados y/o estenosados con aspecto de coma, tira buzón, etc.

Vaginosis bacteriana: causada por crecimiento excesivo de bacterias anaeróbicas en la vagina y un organismo llamado gardnerella.

Vigilancia epidemiológica: búsqueda intencionada de los casos de lesiones precursoras y carcinomas en los servicios de salud.

Zona de transformación: proceso fisiológico de metaplasia por el cual el epitelio cilíndrico se sustituye por el epitelio plano. Zona del cuello uterino mas suceptetible.

ABREVIATURAS

ABREVIATURAS

ACCP: Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino

AGC: Células glandulares atipicas

AGUS: Células glandulares atipicas de significado indeterminado.

AMEU: Aspiración manual endouterína

ASC-H: Células escamosas atípicas-no se puede descartar SIL de alto grado

ASC-US: Células escamosas atipicas de significado indeterminado.

CA: Cáncer

CIN: Neoplasia Intraepitelial cervical

DGPS: Dirección General de Programas de Salud

DIU: Dispositivo intrauterino

DNA: Acido desoxirribonucleico

FCM: Facultad de Ciencias Médicas

VPH: Virus del Papiloma Humano

VPHs: Serotipo del Virus del papiloma humano

HVS: Herpes Virus Simple

IPS: Instituto de Previsión Social

IVAA: Inspección visual con ácido acético

LASER: Light Amplification Stimulate Emission of Radiation.

LEC: legrado endocervical

LEEP: La conización por asa diatérmica por sus siglas en ingles Loop Electro Excisión Procedure.

LUI: Legrado uterino instrumental

MSP y BS: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

NOM: Norma Oficial Mexicana

OCI: Orificio cervical interno

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PNSSR: Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

SIL: Lesión escamosa intraepitelial.

SIL-AG: Lesión escamosa intraepitelial de alto grado

SIL-BG: Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado

SPGO: Sociedad Paraguaya de ginecología y Obstetricia

SPTGIC: Sociedad Paraguaya del Tracto Genital Inferior y Colposcopía

UEC: Unión escamo-columnar

UNA: Universidad Nacional de Asunción

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

USF: Unidad de Salud de la Familia.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1- Diane M. Harper *et al*. "Efficacy of a bivalerrt LI virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomised controlled trial". Tomado de www.thelancet.com. Vol. 364, November 13, 2004.

2- Luisa L. Villa *et al*. "Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, II, 16, and 18) LI virus-like particle vaccine in young women: a randomised double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial". Lancet Oncology - Vol. 6, 5, May 2005, págs. 271-278.

3- Angela Zimm and Etain Lavelle. "Glaxo Trails Merck in Race for New Cervical-Cancer Vaccine". Last Updated: June 29, 2005 03:23 EDT. Tomado de http://www.bloomberg.com/apps/ news?pid= 10000102&sid=aQXEU6K4Blt4.

4- Pai-kin DM *et al*. "Cáncer burden in the year 2000. The global picture", Eur J Cáncer, 2001; 37(suppl. 8); S4-66.

5- OPS. "Cáncer del cuello del útero: creciente amenaza en las Américas". Información de Prensa [on line]. Washington (DC); 7 Febr. 2002. Tomado de http://www.paho.org/spanish/dpi/100/ 100feature06.htm [2004 Fev. 2].

6- Shaw AR. "Human papillomavirus vaccines in development: Ifthey're successful in clinical trials, how will they be implemented?". Gynecol Oncol. 2005 Oct 3; [Epub ahead of print].

7- Ed Silverman. "Parents Balk at Idea of STD Vaccine for Kids, C.2005 Newhouse News Service, April 8, 2005. Tomado de http://www,newhouse.com/archive/silverman040805.html.

8- Pedro M. Politi. "Una vacuna para prevenir el cáncer de cuello de útero". Tomado de http://cancerteam.tripod.com/poli023.html.

9- Koss L., "The Papanicolaou Test for cervical cáncer detection, A triumph and a tragedy". JAMA, 1989:261: 737-743.

10- American Medical Association: Council on Scientific Affairs. "Quality assurance in Cervical Cytology, The Pap Smear". JAMA, 1989:262:1672-1678.

11- Sherman M., Schiffman M., Erozan Y, Wacholer S., Kurman R. "The Bethesda System. A proposal for reporting abnormal cervical smears based on the reproducibility of cytopathologic diagnoses". Arch Pathol. Lab Med. 1992:1 16:1 155-1158.

12- Tabbara S. Saleh Ab., Andersen W, Barber S., Taylor R., Crum GR, "The Bethesda clasification for squamous intraepithelial lesions: Histology, cytology, and viral correlates". Obstet Gynecol, 1992:79:338-346.

13- ACOG TECHNICAL BULLETIN 183., 1993: "Cervical cytology: Evaluation and management of abnormalities".

14- Koss LG,. "Cervical Rap smears: New directions", Cáncer, 1993:71:1406-1412.

15- Kurman RJ., Luff R., Solomon D., Henson D. "The Bethesda system for reporting cervical / vaginal cytology diagnoses. Definitions, criteria, and explanatory notes for terminology and specimen adequacy". New York, Springer Verlag, 1993.

16- Ostor AG.: "Natural history of cervical intraepithelial neoplasia. A critical Revíew". Int.J. Gynecol Pathol, 12:186-192.1993.

17- Papanicolaou GN. "Atlas ofexfoliative cytology". Cambridge, Massachusetts. Harvard University Press, 1954,

18- Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino, OPS/OSR 3a. edición, 2002.

19- Alianza para la prevención del cáncer cervicouterino. *"Relatos de mujeres, vidas de mujeres: Experiencias con el tamizaje y el tratamiento del cáncer cervicouterino"*. Seattie: ACCP; 2004.

20- OMS. "Comprehensive Cervical Cáncer Control. A guide to essential practice". 2006.

21- "Manual Nacional de Normas y Procedimiento para la Prevención y el Control del Cáncer de Cuello Uterino". Paraguay, 2003.

22- Organización Panamericana de la Salud. Manual de Procedimientos del Laboratorio de Citología - 2002.

23- "Manual Nacional de Normas y Procedimiento para la Prevención y el Control del Cáncer de Cuello Uterino". Paraguay, 2006.

9 789275 331101

MANUAL NACIONAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL CANCER DE CUELLO UTERINO